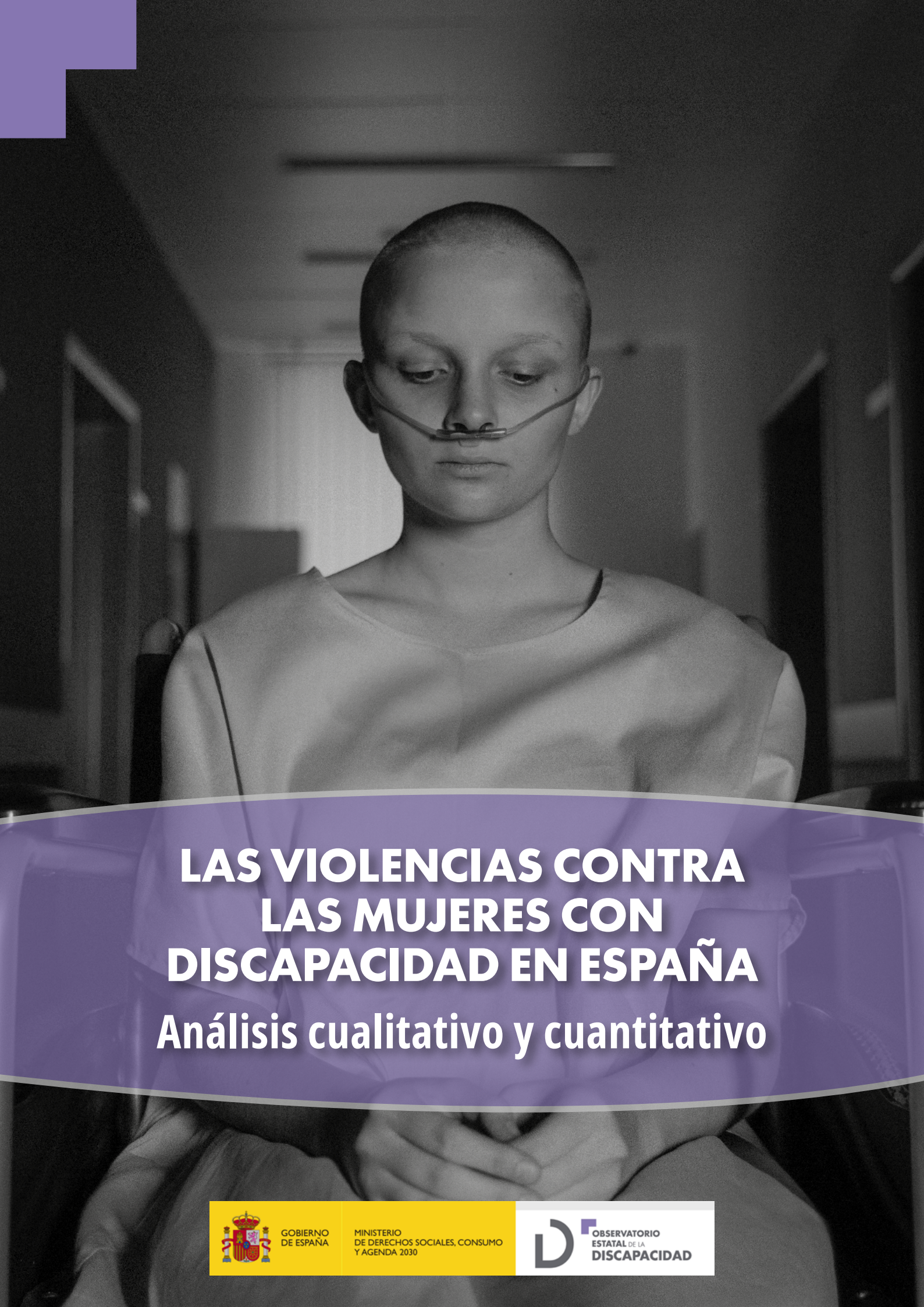


LAS VIOLENCIAS CONTRA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

Análisis cualitativo y cuantitativo

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030
OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD

LAS VIOLENCIAS CONTRA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

Título
Las violencias contra las mujeres con discapacidad en España: análisis cualitativo y cuantitativo.

Edita
Observatorio Estatal de la Discapacidad. www.observatoriodeladiscapacidad.info
Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. www.dsca.gob.es

Estudio realizado por el Observatorio Estatal de la Discapacidad
Ana Peláez Narváez, Regina Martínez Álvarez, Laura Parra Sánchez e Isabel Rodríguez Rodríguez **(Fundación CERMI Mujeres).**
Martha Yolanda Quezada García y Elena Díaz García **(InterSocial, consultoría e investigación social).**
Mónica del Pilar Otaola Barranquero y Agustín Huete García **(INICO, Universidad de Salamanca).**

Maquetación
Diseño MDSCA.

NIPO: 233-26-052-2

Noviembre, 2026

Catálogo de Publicaciones Oficiales de la Administración General del Estado. https://cpage.mpr.gob.es

Reservados todos los derechos. El contenido de este documento es propiedad del Real Patronato sobre Discapacidad. Se autoriza la visualización, impresión y descarga del documento solo y exclusivamente si no se realizan con fines comerciales o para su distribución, comunicación pública o transformación; si ninguno de los contenidos se modifica y siempre citando la fuente.

ÍNDICE

1. Presentación 9
1.1. Objeto del Estudio 12
1.2. Ámbitos de investigación 12
2. Metodología 17
2.1. Trabajo de campo cualitativo con mujeres con discapacidad 19
2.1.1. Definición de la entrevista semiestructurada 20
2.1.2. Identificación de casos 23
2.1.3. Descripción de la muestra 27
2.1.4. Criterios de seguridad y protección a las víctimas durante el proceso de investigación . . 31
2.1.5. Criterios de accesibilidad universal y ajustes razonables 34
2.1.6. Definición de medidas inclusivas para la validación de resultados 38
2.1.7. Recogida, codificación y procesamiento de la información 40
2.2. Estudio de recursos de atención 43
2.2.1. Trabajo de campo cualitativo con personal técnico de recursos y servicios 50
2.3. Análisis de microdato de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024 51
2.3.1. Construcción de indicadores específicos 52
2.3.2. Alcance y limitaciones 56
3. Marco teórico y legislativo del estudio 59
3.1. Conceptualización de la violencia contra mujeres con discapacidad 60
3.2. Tipos de violencias contra mujeres con discapacidad 63
3.2.1. Violencia interpersonal 64
3.2.2. Violencia institucional y estructural 66
3.2.3. Prácticas nocivas 67
3.3. Marco legislativo y de política pública 70
3.3.1. Obligaciones contraídas por España en virtud de los tratados de derechos humanos de Naciones Unidas 71
3.3.2. Revisión de la legislación del Consejo de Europa 73
3.3.3. Revisión de la legislación de la Unión Europea 75
3.3.4. Revisión de la legislación estatal 76
3.3.5. Revisión de la legislación autonómica 80
3.3.6. Síntesis explicativa 92
4. Resultados 95
4.1. Diagnóstico de la violencia en mujeres con discapacidad, según datos disponibles 96
4.1.1. Diagnóstico global 96
4.1.2. Situación en España, según estudios sectoriales 105
4.1.3. Diagnóstico según la V Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 121
4.1.3.1. Mujeres con discapacidad y violencia de género 122
4.1.3.2. Las violencias hacia las mujeres con discapacidad 125
4.1.3.3. Redes de partida, apoyos y consecuencias 131
4.1.3.4. Síntesis explicativa 138
4.1.4. Diagnóstico de recursos de atención hacia las mujeres con discapacidad 142
4.1.4.1. Estructura institucional 144
4.1.4.2. Modelos de gestión 146
4.1.4.3. Ámbitos de actuación 148

4.1.4.4. Objeto y alcance de la intervención . . . 155
4.1.4.5. Respeto y conciencia hacia la discapacidad . . . 157
4.1.4.6. Conciencia inclusiva . . . 162
4.1.4.7. Discapacidad e inclusión en el contexto de los recursos . . . 168
4.1.4.8. Síntesis explicativa . . . 172
4.2. Estudio cualitativo sobre la violencia contra mujeres con discapacidad. . . . 173
4.2.1. La perspectiva de las víctimas . . . 173
4.2.1.1. Discapacidad y reconocimiento . . . 177
4.2.1.2. Discriminación . . . 181
4.2.1.3. Experiencias de violencia . . . 184
4.2.1.4. Protección y atención . . . 190
4.2.1.5. Denuncia y acceso a la justicia. . . . 192
4.2.1.6. Recomendaciones de las participantes . . . 195
4.2.2. La perspectiva desde los recursos de apoyo y atención . . . 198
4.2.2.1. Barreras y limitaciones en la atención . . . 202
4.2.2.2. La invisibilidad de la discapacidad como barrera transversal . . . 216
4.2.2.3. Perfiles especialmente vulnerables . . . 218
4.2.2.4. Propuestas de mejora . . . 220
4.2.3. Síntesis explicativa . . . 226
4.2.3.1. Con respecto a la prevención de la violencia hacia mujeres y niñas con discapacidad . . . 226
4.2.3.2. En relación con la detección de casos de violencia hacia mujeres y niñas con discapacidad . . . 228
4.2.3.3. En relación con la atención y protección de las víctimas con discapacidad . . . 230
4.2.3.4. En relación con la rehabilitación y reintegración social de las mujeres con discapacidad víctimas de violencia . . . 232
4.2.3.5. En relación con el enjuiciamiento de los autores de la violencia contra mujeres con discapacidad . . . 233
4.2.3.6. En relación con el acceso a la justicia de las mujeres con discapacidad . . . 234
4.2.3.7. En relación con los recursos de apoyo . . . 236
5. Conclusiones generales del estudio . . . 239
5.1. Retos y orientaciones para la investigación. . . . 244
6. Orientaciones clave para el diseño y la planificación de la política pública . . . 253
6.1. Orientaciones para la atención a las mujeres con discapacidad víctimas de violencia . . . 254
6.2. Orientaciones en el ámbito de la prevención . . . 256
6.3. Orientaciones para la detección de casos, investigación y enjuiciamiento de los autores . . . 258
6.4. Orientaciones para la protección de las víctimas . . . 260
6.5. Orientaciones para la rehabilitación de las víctimas. . . . 263
6.6. Orientaciones para la reparación de las víctimas . . . 265
6.7. Orientaciones para la recopilación de datos y estadísticas . . . 267
Las violencias contra las mujeres con discapacidad en España. . . . 269
Resumen ejecutivo en lengua de signos española . . . 293
Bibliografía . . . 295

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Perfil sociodemográfico sintético (n = 30). 30
Tabla 2. Distribución de casos por apartado analítico. Solo se consignan los casos con cita literal o referencia explícita en el texto. 31
Tabla 3. Entrevistas en profundidad. 51
Tabla 4. Grado de discapacidad reconocida oficialmente (filas) según limitación funcional percibida (columnas). 53
Tabla 5. Nivel de necesidades de apoyo funcional por discapacidad o limitación.. 54
Tabla 6. Nivel de necesidades de apoyo funcional por discapacidad o limitación.. 57
Tabla 7. Formas de violencia según necesidades de apoyo funcional. 126
Tabla 8. Formas de violencia según tipo de discapacidad. 127
Tabla 9. Formas de violencia según nivel de integración social. 128
Tabla 10. Nivel de integración social según necesidades de apoyo funcional. 132
Tabla 11. Lazos sociales según necesidades de apoyo funcional. 132
Tabla 12. Lazos sociales según tipo de discapacidad. 133
Tabla 13. Denuncia de alguna de las formas de violencia sufridas. 134
Tabla 14. Apoyos activados tras la violencia según necesidades de apoyo funcional.. 135
Tabla 15. Apoyos activados tras la violencia según tipo de discapacidad. 136
Tabla 16. Dispositivos y recursos según estadío en el que intervienen y ámbito institucional. 145
Tabla 17. Estadío por gestión. 147
Tabla 18. Tipos de acción y estadios de intervención.. 149
Tabla 19. Tipos de alojamiento y estadios de intervención. 150
Tabla 20. Tipos de actuación y ámbitos institucionales.. 153
Tabla 21. Tipos de actuación y modelo de gestión. 154
Tabla 22. Objeto de la intervención y estadios de actuación. 156
Tabla 23. Conciencia específica hacia la discapacidad según estadio de intervención. 158
Tabla 24. Conciencia específica hacia la discapacidad según ámbito institucional. 159
Tabla 25. Conciencia específica hacia la discapacidad según modelo de gestión. 159
Tabla 26. Conciencia específica hacia la discapacidad según tipo de acción.. 160
Tabla 27. Conciencia específica hacia la discapacidad según tipo de alojamiento. 161
Tabla 28. Conciencia específica hacia la discapacidad según objeto de intervención. 162
Tabla 29. Conciencia inclusiva según estadio de intervención.. 163
Tabla 30. Conciencia inclusiva según ámbito institucional. 164
Tabla 31. Conciencia inclusiva según modelo de gestión. 164
Tabla 32. Conciencia inclusiva según tipo de acción. 165
Tabla 33. Conciencia inclusiva según tipo de alojamiento. 166
Tabla 34. Conciencia inclusiva según objeto de intervención. 167
Tabla 35. Indicadores de conciencia específica e inclusiva según estadio, ámbito, gestión y tipo de acción. 171

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Formulario utilizado para recogida de datos: 47
Figura 2. Tipología de recursos según reconocimiento de la discapacidad y perspectiva inclusiva. 169

1. Presentación

La violencia contra las mujeres con discapacidad constituye una de las expresiones más complejas y persistentes de la discriminación estructural basada en el género y la discapacidad. A pesar del progresivo reconocimiento de los derechos de las mujeres y de las personas con discapacidad en los marcos normativos internacionales, europeos y nacionales, las mujeres con discapacidad continúan enfrentándose a formas específicas y agravadas de violencia que permanecen, en gran medida, invisibilizadas en la legislación y las políticas públicas, en los sistemas de atención y en los mecanismos de producción de conocimiento y datos oficiales.

Esta violencia no puede entenderse como un fenómeno aislado ni como la mera suma de la violencia contra las mujeres y la discriminación por discapacidad. Se trata de un fenómeno sistémico que emerge de la interacción entre desigualdades de poder, estereotipos de género y discapacidad, situaciones de dependencia, barreras institucionales y la persistente negación de la autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres con discapacidad. En este contexto, la ausencia de análisis específicos y diagnósticos integrales ha contribuido a la reproducción de respuestas fragmentadas, insuficientes o inadecuadas.

En este sentido, el **Observatorio Estatal de la Discapacidad (OED)** como instrumento técnico creado al amparo del artículo 73 del 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, que se encarga de la recopilación, sistematización, actualización, generación de información

y difusión relacionada con el ámbito de la discapacidad. Sobre este mandato legal ha impulsado **Las violencias contra las mujeres con discapacidad en España: análisis cualitativo y cuantitativo**, con el objetivo de cerrar esta brecha de conocimiento y de acción pública, siendo el primer análisis científico en profundidad que se aborda de esta cuestión. Desde un enfoque basado en los derechos humanos, la interseccionalidad y la centralidad de las experiencias de las propias mujeres, el estudio ofrece una aproximación amplia y contextualizada tanto a las formas de violencia que las afectan como a las respuestas institucionales y sociales destinadas a prevenirlas, detectarlas, atenderlas, repararlas y garantizar el acceso a la justicia.

Para ello, el estudio articula distintos componentes complementarios. En primer lugar, presenta un marco teórico y conceptual y una revisión del marco legislativo y de política pública relacionado con la violencia contra las mujeres con discapacidad. En segundo lugar, incorpora un diagnóstico cuantitativo basado en la revisión de los datos disponibles y en la explotación específica de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024. Este diagnóstico se completa con un análisis documental de los recursos y servicios que conforman la respuesta institucional.

La parte cualitativa se sustenta, por un lado, en el análisis de entrevistas realizadas a mujeres con discapacidad que han sufrido distintas formas de violencia y, por otro, en entrevistas a profesionales vinculadas a los servicios de atención y al movimiento asociativo. La integración de estas fuentes permite contrastar las experiencias de las mujeres con el diseño y el funcionamiento efectivo de los recursos, identificar barreras y avances y examinar la distancia existente entre el reconocimiento formal de los derechos y su aplicación práctica.

Finalmente, el estudio reúne sus principales resultados en unas conclusiones generales y formula orientaciones para el diseño y la planificación de las políticas públicas. Estas se dirigen a mejorar la prevención, la detección, la protección, la atención, la rehabilitación, la reparación y el acceso a la justicia, así como la accesibilidad y calidad de los sistemas de recopilación de datos y estadísticas.

1.1. Objeto del Estudio

El objeto principal de este estudio son las violencias contra las mujeres con discapacidad, atendiendo tanto a las experiencias de violencia vividas por las propias mujeres como a las respuestas institucionales y sociales existentes para hacer frente a dicha violencia. El estudio parte de la premisa de que cualquier aproximación rigurosa a este fenómeno debe situar en el centro a las mujeres con discapacidad como sujetos de derechos, reconociendo su diversidad, su capacidad de agencia y la especificidad de las violencias que les afectan.

En este sentido, el estudio tiene como finalidad generar conocimiento que permita comprender cómo se manifiesta la violencia contra las mujeres con discapacidad, en qué contextos se produce, cuáles son sus impactos y de qué manera las víctimas con discapacidad interactúan con los sistemas de protección, atención y justicia. Al mismo tiempo, el estudio se propone analizar críticamente la adecuación, accesibilidad y eficacia de los servicios y recursos existentes, identificando tanto las barreras estructurales que limitan su efectividad como las prácticas que pueden considerarse avances o buenas prácticas.

El objeto del estudio no es, por tanto, meramente descriptivo. Se orienta a producir un diagnóstico que permita fundamentar propuestas de mejora de las políticas públicas y de los sistemas de atención especializada, desde un enfoque coherente con los estándares internacionales de derechos humanos, en particular aquellos que reconocen la necesidad de integrar de manera transversal la perspectiva de género y discapacidad.

1.2. Ámbitos de investigación

El estudio se desarrolla en varios ámbitos de investigación interrelacionados, que permiten abordar la violencia contra las mujeres con discapacidad desde una perspectiva integral, atendiendo tanto a sus manifestaciones y consecuencias como a las respuestas institucionales y sociales existentes.

En primer lugar, el estudio se apoya en un marco teórico y conceptual que entiende la violencia contra las mujeres con discapacidad como una violación de derechos humanos vinculada a la discriminación estructural. Este marco incorpora los aportes del derecho internacional de los derechos humanos, especialmente los desarrollos en torno a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y el Convenio de Estambul. Desde esta perspectiva, la violencia se analiza en relación con la negación de la autonomía, la sustitución de la voluntad, los estereotipos de género y discapacidad y las barreras institucionales que limitan el acceso a la protección y a la justicia. Esta base conceptual se complementa con una revisión del marco legislativo y de política pública, que examina la incorporación de la perspectiva de discapacidad en las normas internacionales, europeas, estatales y autonómicas sobre violencia contra las mujeres.

Sobre esta base, el primer ámbito empírico consiste en un diagnóstico cuantitativo a partir de los estudios y datos disponibles y de la explotación específica de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024. Se analizan las distintas formas de violencia, su distribución según las necesidades de apoyo funcional y el tipo de discapacidad, así como su relación con la integración social, las redes de apoyo, la denuncia y el acceso a servicios. El análisis considera también las condiciones de recogida de la información y las limitaciones de las fuentes para representar adecuadamente la diversidad de situaciones de las mujeres con discapacidad.

El segundo ámbito empírico consiste en un análisis temático de las violencias a partir de los testimonios de mujeres con discapacidad que las han sufrido. Este análisis se centra en las experiencias vividas, atendiendo a las distintas formas de violencia —física, psicológica, sexual, económica, institucional y estructural— y a los contextos en los que se producen, tanto en el ámbito privado como en el público e institucional. Se busca comprender las dinámicas que las sostienen, los mecanismos de control y dependencia que las acompañan y los impactos que generan en la vida, la salud y los proyectos vitales de las mujeres. Asimismo, se examinan sus experiencias de búsqueda de ayuda, protección y acceso a la justicia, junto con las propuestas de mejora formuladas por las propias participantes.

El tercer ámbito se orienta al diagnóstico de la atención a las mujeres con discapacidad víctimas de violencia. Este diagnóstico combina el análisis documental de los recursos y servicios con entrevistas a profesionales vinculadas a la atención y al movimiento asociativo. Se examina la respuesta ofrecida por las administraciones públicas y las entidades del tercer sector en materia de prevención, detección, protección, atención integral, rehabilitación y reparación. El análisis presta especial atención a la accesibilidad, la incorporación de la perspectiva de discapacidad en los recursos de violencia de género, la coordinación entre los sistemas implicados y las barreras que dificultan una atención adecuada y continuada.

Estos ámbitos aportan evidencias complementarias que se ponen en relación en la interpretación de los resultados y en las conclusiones generales. El diagnóstico cuantitativo permite situar las experiencias individuales en un contexto más amplio, mientras que los testimonios de las mujeres y de las profesionales ayudan a comprender los procesos y las barreras que las cifras no recogen por sí solas. Su lectura conjunta permite identificar coincidencias y diferencias entre el reconocimiento formal de los derechos, las características de los recursos y las experiencias de atención, y fundamentar orientaciones para la mejora de las políticas públicas.

2. Metodología

El estudio combina técnicas documentales, cuantitativas y cualitativas para abordar de manera integral un fenómeno complejo, estructural y profundamente atravesado por experiencias subjetivas y contextos institucionales. Esta estrategia permite captar la profundidad, la diversidad y la complejidad de las experiencias de violencia, al tiempo que sitúa dichas experiencias en relación con los marcos normativos, los datos disponibles y el funcionamiento de los servicios y recursos de atención.

El enfoque metodológico se fundamenta en los principios de los derechos humanos, la perspectiva de género y discapacidad y el enfoque interseccional. Asimismo, reconoce la participación y la escucha activa de las mujeres con discapacidad como elementos centrales del proceso de investigación. Esto implica diseñar las técnicas de manera accesible, garantizar el consentimiento libre e informado y respetar la autonomía y la dignidad de las personas participantes, procurando en todo momento un entorno seguro y de confianza.

El estudio articula varias fuentes y técnicas complementarias: entrevistas en profundidad a mujeres con discapacidad que han sufrido violencia; entrevistas a profesionales de servicios especializados de las administraciones públicas, del tercer sector y del movimiento asociativo; análisis documental de estudios previos sobre la materia, de marcos normativos, protocolos, planes y recursos existentes; y explotación específica de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024, realizada por el Ministerio de Igualdad. A ello se añade el análisis cuantitativo de los recursos identificados, orientado a caracterizar

la estructura institucional de la respuesta y su grado de conciencia y respeto social hacia la discapacidad y su inclusión.

La integración de estas fuentes permite contrastar las experiencias de las mujeres con los discursos profesionales, el diseño formal de los recursos y la información estadística disponible. El análisis conjunto atiende a las convergencias, divergencias y vacíos existentes entre los distintos componentes, con el fin de ofrecer una visión amplia y fundamentada del fenómeno y de las respuestas institucionales y sociales desarrolladas frente a él.

2.1. Trabajo de campo cualitativo con mujeres con discapacidad

El presente estudio ha sido diseñado y desarrollado por el Observatorio Estatal de la Discapacidad (OED) instrumento técnico creado al amparo del artículo 73 del 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, que se encarga de la recopilación, sistematización, actualización, generación de información y difusión relacionada con el ámbito de la discapacidad.

El proceso metodológico se ha llevado a cabo a través de un equipo de trabajo de carácter interdisciplinar, integrado por profesionales con experiencia en el ámbito de la discapacidad, la violencia contra las mujeres y el enfoque de derechos humanos.

Asimismo, el equipo cuenta con el apoyo periódico de personas expertas externas en materias relacionadas con la discapacidad, la igualdad de género y los derechos humanos, que contribuyen al contraste y fortalecimiento de los enfoques adoptados. Esta articulación entre conocimiento técnico interno y asesoramiento experto externo refuerza la calidad metodológica del estudio y garantiza la adecuación de las decisiones adoptadas a los estándares vigentes en materia de derechos humanos, accesibilidad universal e igualdad.

2.1.1. Definición de la entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada constituye la técnica principal de recogida de información del estudio, en coherencia con su carácter cualitativo, aplicado y orientado al análisis de casos de mujeres con discapacidad víctimas de violencia. La elección de esta técnica responde a la necesidad de articular un dispositivo de recogida de información que permita, por un lado, asegurar una base común de análisis entre los distintos casos y, por otro, ofrecer la flexibilidad necesaria para recoger experiencias complejas, diversas y profundamente condicionadas por contextos personales, sociales e institucionales.

La utilización de entrevistas semiestructuradas permite abordar de manera sistemática un conjunto amplio de dimensiones relevantes para el objeto del estudio, garantizando al mismo tiempo que las mujeres participantes puedan desarrollar su relato de forma libre, priorizando aquellos aspectos que consideran más significativos. Esta característica resulta especialmente pertinente en el análisis de la violencia contra mujeres con discapacidad, dado que se trata de experiencias que, en muchos casos, han sido invisibilizadas, fragmentadas o normalizadas, y cuya reconstrucción requiere tiempo, cuidado y un marco de escucha no rígido.

El primer bloque, dedicado a la información sociodemográfica, tiene como finalidad situar la experiencia de cada mujer en su contexto vital y social. Variables como la edad, el entorno de residencia, la situación familiar, el nivel educativo, la situación sociolaboral o la situación económica permiten contextualizar las experiencias de violencia y comprender cómo determinados factores estructurales pueden influir en la exposición a la violencia, en la capacidad de afrontamiento y en el acceso a recursos de protección y apoyo. Este bloque resulta esencial para interpretar adecuadamente los relatos y evitar análisis descontextualizados.

El segundo bloque temático borda la situación de discapacidad y otras cuestiones relacionadas, incorporando información sobre el tipo y origen de la discapacidad, la existencia de reconocimiento administrativo, el nivel de autonomía personal y la situación en relación con la capacidad jurídica. Asimismo, se incluyen cuestiones

relativas a los derechos sexuales y reproductivos y a la maternidad. Este bloque es clave para analizar cómo la discapacidad interactúa con las situaciones de violencia, tanto en términos de riesgo como de barreras específicas en el acceso a derechos, apoyos y recursos. La información recogida permite identificar prácticas discriminatorias, vulneraciones de derechos y déficits en la provisión de apoyos adecuados.

El tercer bloque se centra en las experiencias de discriminación, con el objetivo de identificar contextos, ámbitos y motivos en los que las mujeres se han sentido discriminadas o maltratadas. Este bloque permite situar las experiencias de violencia en un marco más amplio de desigualdad estructural, visibilizando la acumulación de discriminaciones por razón de género y discapacidad. La información obtenida resulta relevante para analizar cómo determinadas actitudes, estereotipos o prácticas discriminatorias pueden normalizar o facilitar situaciones de violencia.

El cuarto bloque aborda de manera específica la situación de violencia vivida, incorporando preguntas sobre el momento de inicio, la situación actual, los tipos de violencia sufridos, los contextos en los que se produce y las personas que han ejercido la violencia. Se incluyen también cuestiones orientadas a identificar situaciones de violencia directamente relacionadas con la discapacidad, así como un espacio abierto para que las mujeres puedan añadir cualquier información que consideren relevante. Este bloque constituye el núcleo central de la entrevista y permite reconstruir las trayectorias de violencia desde la experiencia directa de las mujeres, atendiendo a su diversidad y complejidad.

El quinto bloque se dedica a la protección y atención a las víctimas, y tiene como objetivo analizar el acceso a recursos especializados, medidas de protección y servicios de rehabilitación y reintegración social. A través de este bloque se recogen valoraciones sobre la adecuación, accesibilidad y utilidad de los recursos utilizados, así como las razones para no haber accedido a determinados servicios en aquellos casos en los que no se ha producido dicha utilización. La información obtenida resulta fundamental para identificar barreras, déficits y buenas prácticas en los sistemas de atención existentes.

El sexto bloque aborda la denuncia y el acceso a la justicia, incorporando preguntas sobre las decisiones adoptadas ante las situaciones de violencia, la revelación de los hechos, la presentación o no de denuncias y la experiencia en los procesos judiciales. Este bloque permite analizar los obstáculos específicos que enfrentan las mujeres con discapacidad en el acceso a la justicia, así como el grado de conocimiento y adaptación del sistema judicial a las particularidades de la violencia contra mujeres con discapacidad. La información recogida resulta especialmente relevante para evaluar la eficacia de las medidas de protección y de los procedimientos judiciales desde una perspectiva de accesibilidad y ajustes razonables.

El último bloque se orienta a la formulación de recomendaciones para la mejora de las políticas públicas, recogiendo las propuestas de las propias mujeres en materia de prevención, detección, investigación, protección, rehabilitación y reparación. Este bloque refuerza el carácter aplicado del estudio y sitúa a las mujeres con discapacidad como agentes activas en la construcción de respuestas institucionales más adecuadas, incorporando su conocimiento experiencial en la formulación de propuestas de mejora.

La estructura por bloques del cuestionario facilita el desarrollo progresivo de la entrevista, comenzando por aspectos menos sensibles y avanzando hacia cuestiones de mayor carga emocional, lo que contribuye a generar un clima de confianza y a reducir el riesgo de revictimización. Al mismo tiempo, esta organización permite a la persona entrevistadora adaptar el ritmo y la profundidad de la entrevista en función de las necesidades y circunstancias de cada participante, manteniendo siempre la coherencia del instrumento.

En términos metodológicos, la combinación de bloques temáticos estructurados y preguntas abiertas permite garantizar la comparabilidad entre los casos analizados y, al mismo tiempo, recoger información cualitativa rica y contextualizada. Esta combinación resulta esencial para el análisis posterior de los datos y para la identificación de patrones comunes, dinámicas estructurales y áreas de mejora en las políticas públicas.

En definitiva, la entrevista semiestructurada, basada en un cuestionario validado y organizada en bloques temáticos relevantes, constituye

una herramienta idónea para recoger información profunda, sistemática y aplicable sobre las experiencias de violencia vividas por mujeres con discapacidad. Su diseño permite articular un análisis riguroso de los casos, respetuoso con los derechos de las participantes y orientado a generar conocimiento útil para la mejora de los sistemas de prevención, protección y atención a las víctimas.

2.1.2. Identificación de casos

La identificación de los casos y la definición de la muestra constituyen un elemento central del diseño del presente estudio, en la medida en que condicionan de forma directa la calidad, la pertinencia y la utilidad de la información recogida. Dado el carácter temático y aplicado de la investigación, así como su orientación a la mejora de las políticas públicas, la selección de las participantes no responde a criterios de representatividad estadística, sino a la necesidad de acceder a experiencias relevantes, diversas y suficientemente contrastadas de mujeres con discapacidad que han sufrido distintas formas de violencia.

El estudio se apoya en un enfoque cualitativo basado en el análisis de casos, lo que implica considerar cada experiencia individual como una fuente de conocimiento situada, contextualizada y portadora de información clave para comprender las dinámicas de violencia que afectan a las mujeres con discapacidad. En este marco, la identificación de los casos se orienta a garantizar la inclusión de mujeres cuyas trayectorias vitales permitan analizar tanto las situaciones de violencia vividas como las respuestas institucionales recibidas, así como las barreras y apoyos existentes en el acceso a derechos.

La identificación de los casos se ha realizado a través del movimiento asociativo de la discapacidad a nivel estatal, contando con la colaboración de Fundación CERMI Mujeres, entidad de referencia en el ámbito de la defensa de los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad. También se ha contado con el apoyo de distintos CERMIS Autonómicos, que han desempeñado un papel relevante en la difusión del estudio y en la localización de posibles participantes en sus respectivos territorios.

Este canal de identificación permite acceder a mujeres con discapacidad que cuentan con un vínculo previo con entidades del sector, lo que facilita la realización del estudio en condiciones de seguridad, acompañamiento y respeto a los derechos de las participantes.

La utilización del movimiento asociativo como vía de identificación de los casos responde a criterios técnicos y éticos. Desde el punto de vista técnico, permite contactar con mujeres que han tenido experiencias diversas de violencia y que han interactuado, en mayor o menor medida, con recursos sociales, sanitarios, judiciales o asociativos, aportando información relevante para el análisis de las respuestas institucionales. Desde el punto de vista ético, este canal garantiza un entorno de mayor confianza, reduce el riesgo de revictimización y facilita la derivación a apoyos en caso necesario.

La muestra del estudio se define a partir de un muestreo no probabilístico de carácter intencional, por criterios, propio de investigaciones cualitativas orientadas a la comprensión en profundidad de fenómenos complejos. La selección de las participantes se realiza atendiendo al cumplimiento de una serie de criterios de inclusión que garantizan la adecuación de los casos a los objetivos del estudio.

Entre los criterios de inclusión se encuentran, en primer lugar, ser mujer y tener una discapacidad, con independencia de su tipo o grado, de conformidad con el enfoque social de la discapacidad y con los principios de igualdad y no discriminación. En segundo lugar, haber declarado haber sufrido alguna forma de violencia a lo largo de la vida, entendida en un sentido amplio e inclusivo, de acuerdo con la definición adoptada en el objeto del estudio.

Estos criterios no tienen como finalidad delimitar un perfil homogéneo de las participantes, sino garantizar que los casos seleccionados aporten información pertinente y contrastable sobre las experiencias de violencia y las respuestas institucionales. La muestra se concibe, por tanto, como un conjunto de casos diversos que permiten analizar la complejidad del fenómeno y extraer aprendizajes relevantes para la acción pública.

Junto a estos criterios básicos, la definición de la muestra incorpora una estrategia de máxima variación, orientada a incluir mujeres con

distintos tipos de discapacidad, trayectorias vitales y contextos de vida. Esta estrategia resulta especialmente relevante en un estudio de estas características, ya que las experiencias de violencia y las barreras de acceso a la protección pueden variar de manera significativa en función del tipo de discapacidad, del grado de autonomía personal, del entorno residencial o de la disponibilidad de apoyos.

En este sentido, la muestra incluye mujeres con discapacidad, motivadas por deficiencias físicas, sensoriales, intelectuales y mentales, así como mujeres en las que confluyen múltiples factores originarios de la discapacidad. La inclusión de esta diversidad no persigue establecer comparaciones rígidas entre categorías, sino identificar patrones comunes y diferencias relevantes que permitan comprender cómo interactúan la violencia, el género y la discapacidad en distintos contextos. La diversidad de la muestra constituye, por tanto, un elemento central para la calidad del análisis.

Asimismo, se ha procurado incorporar mujeres con experiencias de violencia en distintos ámbitos, incluyendo la pareja o expareja, el entorno familiar, los contextos de cuidados, los recursos residenciales o asistenciales y las interacciones con instituciones. Esta diversidad de contextos permite analizar la violencia contra las mujeres con discapacidad como un fenómeno que trasciende el ámbito privado y que se manifiesta también en espacios institucionales y comunitarios.

La identificación de los casos se ha realizado de manera progresiva, en coordinación con las entidades colaboradoras, respetando en todo momento la voluntariedad de la participación y la autonomía de las mujeres. En ningún caso se ha contactado directamente con posibles participantes sin mediación previa de las organizaciones cívicas, ni se ha condicionado la participación a la recepción de apoyos o servicios. Este procedimiento refuerza la dimensión ética del estudio y garantiza que la participación se produce en condiciones de libertad e información suficiente.

El tamaño de la muestra se ha definido atendiendo al criterio de saturación temática, habitual en estudios cualitativos de estas características. Se ha estimado un número aproximado de treinta casos, considerado suficiente para captar la diversidad de experiencias y alcanzar un

nivel adecuado de profundidad analítica, sin comprometer la calidad del trabajo de campo ni el bienestar de las participantes. La saturación temática se entiende como el punto en el que la incorporación de nuevos casos no aporta información sustantivamente nueva en relación con los objetivos del estudio.

Este enfoque permite justificar el tamaño de la muestra desde una lógica de pertinencia y utilidad, y no desde criterios cuantitativos. El objetivo no es extrapolar resultados al conjunto de la población de mujeres con discapacidad, sino generar conocimiento cualitativo robusto que permita identificar dinámicas estructurales, barreras recurrentes y áreas de mejora en las políticas públicas.

La definición de la muestra incorpora igualmente una reflexión sobre el alcance y los límites del estudio. El hecho de que las mujeres participantes estén vinculadas al movimiento asociativo de la discapacidad implica que, en general, cuentan con un mayor nivel de información y de acceso a recursos que otras mujeres con discapacidad que permanecen fuera de estos circuitos. Este aspecto no se considera una limitación metodológica, sino una característica del diseño que permite analizar con mayor detalle la interacción entre las mujeres y los sistemas de apoyo existentes, así como identificar déficits y buenas prácticas desde una posición informada.

Al mismo tiempo, el estudio es consciente de que existen mujeres con discapacidad en situaciones de mayor aislamiento o exclusión que no están representadas directamente en la muestra. Esta constatación refuerza la necesidad de interpretar los resultados desde una perspectiva estructural y de utilizarlos como base para ampliar y mejorar las estrategias de detección y atención en el futuro.

La identificación de los casos se ha realizado garantizando la confidencialidad y la protección de los datos personales desde el primer momento. Las entidades colaboradoras han facilitado la información de contacto únicamente con el consentimiento previo de las mujeres, y la incorporación a la muestra se ha formalizado mediante la firma del correspondiente consentimiento informado. En todo el proceso se han aplicado criterios estrictos de anonimización y de minimización de datos, en coherencia con la normativa vigente en materia de protección de datos.

La definición de la muestra y el procedimiento de identificación de los casos se conciben, en definitiva, como un componente estratégico del estudio, estrechamente vinculado a su finalidad aplicada. La selección de mujeres con experiencias diversas, vinculadas al movimiento asociativo de la discapacidad, permite generar un conocimiento situado y útil para la mejora de las políticas públicas, al tiempo que garantiza condiciones adecuadas de seguridad, accesibilidad y respeto a los derechos de las participantes.

En conjunto, la identificación de los casos y la definición de la muestra responden a un equilibrio entre rigor metodológico, viabilidad operativa y compromiso ético. Este equilibrio resulta imprescindible para abordar un fenómeno tan complejo y sensible como la violencia contra las mujeres con discapacidad, y constituye una de las fortalezas principales del diseño del estudio.

2.1.3. Descripción de la muestra

El presente análisis está formado por 30 entrevistas en profundidad realizadas a mujeres con discapacidad que han experimentado alguna forma de violencia a lo largo de su ciclo vital. Los casos se identifican con los códigos MD001 a MD032, con la excepción de MD014 y MD015, que no forman parte del análisis definitivo al no haber podido establecerse el contacto con las personas correspondientes. Todas las participantes son mujeres, en consonancia con los objetivos del estudio, centrados en la intersección entre género, discapacidad y violencia.

Las entrevistas reflejan una notable diversidad de perfiles sociodemográficos, tipos de discapacidad y formas de violencia experimentadas. Aunque el reclutamiento de las participantes se realizó a través de organizaciones del movimiento asociativo de la discapacidad y de recursos especializados de atención a víctimas, el abanico de situaciones documentadas cubre la práctica totalidad del espectro de violencias reconocidas en el marco normativo vigente: violencia de pareja, violencia sexual, violencia institucional, acoso laboral, bullying en entornos educativos, violencia vicaria y violencia obstétrica.

Desde el punto de vista de la edad, se presenta una distribución amplia. La franja de 35 a 55 años concentra aproximadamente 15 de los

30 casos, lo que refleja una mayoría de mujeres en etapa adulta media. Doce casos corresponden a participantes de 55 años o más y en torno a tres casos a mujeres de entre 18 y 30 años. El caso más joven del estudio es MD011, estudiante universitaria con trastorno del espectro autista, cuya experiencia de violencia se sitúa íntegramente en el contexto educativo. Esta distribución ilustra que la violencia contra mujeres con discapacidad no se limita a una franja de edad concreta, si bien la etapa adulta media es la más representada, con frecuencia porque en ella se consolidan o hacen más visibles dinámicas de violencia de pareja de larga duración.

La distribución geográfica abarca varias comunidades autónomas: Cataluña, Galicia, Canarias, Extremadura, Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y otras regiones, con presencia tanto de entornos urbanos como rurales. Los casos procedentes de entornos rurales o semirrurales presentan de forma sistemática mayor aislamiento social, menor disponibilidad de recursos especializados y mayor dependencia del movimiento asociativo de la discapacidad como primer punto de acceso a la atención.

En relación con el estado civil se documentan situaciones heterogéneas: mujeres casadas y convivientes con el agresor en el momento de la entrevista (MD025, MD020), mujeres separadas o en proceso de separación (MD007, MD021, MD022), mujeres divorciadas y mujeres sin pareja actual. En varios casos, la ruptura de la relación de pareja se había producido recientemente o era inminente en el momento de la entrevista, lo que añadía complejidad a la situación de riesgo y a la disponibilidad de recursos.

La maternidad o la existencia de personas dependientes a cargo está documentada en más de la mitad de los 30 casos. En un número significativo de ellos, los hijos o hijas presentan también algún tipo de discapacidad (MD008, MD020, MD024), lo que incrementa la carga de cuidados y la vulnerabilidad estructural de la madre. El caso de MD008 es singular en este sentido: la participante ejerce como cuidadora principal de una hija con discapacidad múltiple severa, lo que condiciona toda su trayectoria laboral, su acceso a recursos y su exposición a la violencia institucional de los sistemas sanitario y de atención a la dependencia.

El nivel educativo varía desde estudios básicos o sin titulación hasta estudios universitarios en curso. Es reseñable que las participantes con mayor nivel educativo (MD001, MD007, MD011) no presentan menor exposición a la violencia, lo que refuerza el análisis de la discapacidad como factor de vulnerabilidad con capacidad explicativa independiente del capital cultural o de la posición socioeducativa. La situación laboral es precaria o de inactividad en la mayoría de la muestra: se documentan pensiones contributivas y no contributivas por discapacidad, subsidios de desempleo, situaciones de baja laboral de larga duración y trabajo informal.

Respecto al tipo de discapacidad, la discapacidad psicosocial o de salud mental constituye el grupo más numeroso, con ocho casos identificados: MD006, MD018, MD020, MD024, MD025, MD029, MD030 y MD031. En varios de ellos, la discapacidad tiene carácter adquirido: por enfermedades de aparición en la vida adulta, como el cáncer y el posterior trastorno ansioso-depresivo de MD007 —cuya discapacidad combina, además, un componente físico oncológico—, o por el impacto acumulativo de la violencia sostenida sobre la salud mental de las participantes, como en los casos de MD020 y MD025. A este mismo patrón de discapacidad sobrevenida se suma, ya fuera del grupo estrictamente psicosocial, la patología neurológica de aparición tardía de MD008. Este fenómeno de discapacidad adquirida apunta a una relación bidireccional entre violencia y discapacidad.

La discapacidad física o motora agrupa cinco casos (MD004, MD008, MD010, MD023 y MD027). La discapacidad visual reúne cuatro casos (MD009, MD012, MD022 y MD028). La discapacidad auditiva o sordera está representada por cuatro casos (MD002, MD005, MD017 y MD026), y el trastorno del espectro autista por dos casos (MD003 y MD011). La discapacidad intelectual, por su parte, se documenta en dos casos (MD016 y MD019). Cinco casos presentan pluridiscapacidad o combinación de condiciones: MD001 (física y psicosocial), MD007 (adquirida oncológica y psicosocial), MD013 (física y psicosocial), MD021 (física y psicosocial) y MD032 (visual y física). La **Tabla 1** ofrece una síntesis sociodemográfica de los 30 casos del cuerpo del estudio. Los campos marcados como ND corresponden a información no disponible en el texto de la transcripción o no revelada por la participante.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico sintético (n = 30).

Código	Edad (tramo)	Entorno geográfico	Estado civil	Hijos/depend.	Nivel educativo	Sit. laboral	Tipo de discapacidad
MD001	55–60	Castilla y León / urbano	Viuda	Sí (dos hijos)	Superior	Pensionista	Física + psicosocial/SM
MD002	35–40	Madrid / urbano	Casada	Sí (tres hijos)	FP superior	Empleada / indefinida	Sensorial / auditiva
MD003	55–60	Valencia / rural	Divorciada	Sí (2 hijos adultos)	Superior (doctora)	Activa	TEA (autismo nivel 1)
MD004	30–35	Madrid / urbano	Soltera	No	Máster	Desempleo	Física (parálisis cerebral, 88%)
MD005	35–40	Madrid / urbano	Divorciada	Sí (una hija)	Superior	Media jornada	Sensorial / auditiva
MD006	55–60	Cataluña / urbano	Divorciada (en pareja)	Sí (hija 27 a.)	Básico	Pensionista / incapacidad	Psicosocial + fibromialgia
MD007	50–55	C.-La Mancha / rural	Divorciada	Sí (hija c/ discap.)	Medios / FP	Activa	Adquirida: cáncer + SM
MD008	45–50	Galicia / rural	Pareja de hecho	2 hijos (hija c/ discap. múlt.)	ND	Cuidadora / inactiva	Adquirida neurológica
MD009	60–65	Girona / urbano	Soltera	No	Máster	Jubilada / incapacidad	Visual (85%)
MD010	35–40	Madrid / residencia	Viuda	No	FP medio	Pensionista	Física (lesión medular, 75%)
MD011	20–25	ND / urbano	Soltera	No	Superiores (en curso)	Estudiante	TEA
MD012	45–50	Barcelona / urbano	Casada	Sí (niña 9 a.)	Posgrado / Máster	Gran invalidez	Sensorial visual (76%)
MD013	65–70	Barcelona / urbano	Separada	Sí (2 hijos adultos)	Básico (primaria)	Pensionista	Física + psicosocial/SM
MD016	45–50	ND	Sin pareja	4 hijos (1 a cargo)	Sin estudios	Limpiadora / SMI	Intelectual (44%)
MD017	45–50	Granada / urbano	Soltera	Sí (hijo 13 a.)	FP (medio + sup. en curso)	Activa	Auditiva (sorda, 75%)
MD018	35–40	Madrid / urbano	Casada	No	Universitario	Activa / pluriempleada	Psicosocial / SM
MD019	>70	Cataluña / piso tutelado	Separada	No	Sin estudios	Prog. empleo apoyo	Intelectual
MD020	55–60	Extremadura / semiurbano	Casada	3 hijos adultos + nieto	Básico	Jubilada	Psicosocial / SM
MD021	45–50	Canarias (La Laguna) / urbano	Divorciada	Sí (una hija)	Básico (EGB)	Pensionista / incapacidad	Física + psicosocial/SM
MD022	55–60	Canarias / urbano	Divorciada	No	Medios (Bachiller)	Activa	Visual (baja visión - ONCE)
MD023	45–50	España / urbano	Separada	2 hijas	Superior	Gran invalidez / pensión	Física-motora (síndrome)
MD024	60–65	Extremadura / semiurbano	Separada	Sí (hijo adulto indep.)	Básico	Mínimo vital	Psicosocial severa (SM múltiple)
MD025	45–50	Extremadura / semiurbano	Casada	Sí (hijo c/ discap. intelectual)	Básico	Inactiva	Psicosocial (depresión / disociación)
MD026	60–65	Galicia / rural	Divorciada	3 hijos	Superior (licenciada)	Pensionista / incapacidad	Auditiva (sorda)
MD027	55–60	Murcia / urbano	Divorciada	2 hijos	Superior (Trabajo Social)	Activa / presidenta asoc.	Física-motora (acondroplasia)
MD028	35–40	Murcia / urbano	En pareja	Sí (un hijo)	Máster	Activa / perm. mat.	Visual (65%)
MD029	28–32	Madrid / urbano	En pareja	No	Universitario (en curso)	Autónoma / consultora	Psicosocial (44%)
MD030	60-65	Valencia / urbano	Divorciada	Sí (dos hijas)	Bachillerato	Activa / Baja laboral	Psicosocial
MD031	45-50	Madrid / urbano	En pareja	No	Básico	Inactiva	Psicosocial
MD032	50-55	Andalucía / rural	Divorciada	Sí (Una hija)	Básico	Inactiva	Múltiple (Visual, física)

Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas. ND = no disponible en la transcripción. SM = salud mental. TEA = trastorno del espectro autista.

La siguiente tabla sintetiza los casos específicamente citados en cada uno de los apartados analíticos del presente informe. Los identificadores responden al sistema de codificación del estudio.

Tabla 2. Distribución de casos por apartado analítico. Solo se consignan los casos con cita literal o referencia explícita en el texto.

Apartado	Casos referenciados
6.2 Discapacidad y reconocimiento	MD003, MD005, MD006, MD007, MD008, MD013, MD020, MD021, MD024, MD025, MD027, MD029, MD030, MD032 (n=14)
6.2 Discriminación	MD001, MD002, MD007, MD008, MD011, MD018, MD022, MD023, MD024, MD032 (n=10)
6.2 Experiencias de violencia	MD001, MD006, MD007, MD008, MD009, MD010, MD011, MD012, MD013, MD019, MD020, MD021, MD024, MD025, MD028, MD030; MD031 (n=17)
6.2 Protección y atención	MD007, MD008, MD020, MD021, MD022, MD024, MD025, MD032 (n=8)
6.2 Denuncia y acceso a la justicia	MD004, MD007, MD011, MD016, MD018, MD019, MD020, MD021, MD022, MD023, MD024, MD025, MD026 (n=13)
6.2 Recomendaciones	MD001, MD007, MD008, MD011, MD019, MD020, MD021, MD025, MD029 (n=9)

Fuente: Elaboración propia.

2.1.4. Criterios de seguridad y protección a las víctimas durante el proceso de investigación

La seguridad y la protección de las mujeres con discapacidad participantes constituyen un principio rector del diseño y desarrollo del presente estudio. Dado que la investigación aborda experiencias de violencias, muchas de ellas de carácter continuado y con impacto significativo en la vida de las mujeres, resulta imprescindible adoptar un enfoque preventivo que minimice cualquier riesgo de daño, revictimización o exposición indebida derivada del proceso de investigación.

Los criterios de seguridad y protección se conciben como elementos transversales, presentes en todas las fases del estudio, desde la identificación de los casos hasta la finalización del trabajo de campo y el tratamiento de la información recogida. Estos criterios no se entienden como requisitos formales, sino como condiciones necesarias para garantizar una participación segura, informada y respetuosa con los derechos y la autonomía de las mujeres con discapacidad.

Uno de los pilares fundamentales de estos criterios es el consentimiento informado, entendido no como un acto puntual, sino como un proceso continuo que acompaña a la participante a lo largo de toda su implicación en el estudio. Antes del inicio de la entrevista, las mujeres reciben información clara, comprensible y adaptada sobre los objetivos del estudio, la naturaleza de su participación, el uso de la información recogida, las garantías de confidencialidad y su derecho a interrumpir o finalizar la entrevista en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que ello tenga consecuencias negativas.

Este enfoque procesual del consentimiento resulta especialmente relevante en el caso de mujeres con discapacidad, en coherencia con el reconocimiento de su capacidad jurídica y con la obligación de proporcionar los apoyos necesarios para el ejercicio efectivo de sus derechos. En los casos en que sea preciso, se facilitan explicaciones adicionales, apoyos a la comprensión o tiempos ampliados para asegurar que la decisión de participar se adopta de manera libre y consciente. La voluntad y las preferencias de la mujer constituyen en todo momento el criterio determinante.

Durante el desarrollo de las entrevistas, se aplican criterios específicos orientados a prevenir la revictimización. La entrevista se conduce desde una lógica de escucha respetuosa, evitando presiones, juicios o cuestionamientos que puedan generar malestar. Las participantes no están obligadas a responder a todas las preguntas del cuestionario, y se respeta su decisión de omitir aquellas cuestiones que les resulten especialmente difíciles o dolorosas. La persona entrevistadora adapta el ritmo, el orden y la profundidad de las preguntas en función de las señales verbales y no verbales de la participante.

La seguridad física y emocional de las mujeres se tiene en cuenta de manera especial en las entrevistas realizadas en modalidad telemática, que constituyen una parte relevante del trabajo de campo. En estos casos, se comprueba previamente que la participante se encuentra en un entorno seguro y con la privacidad necesaria para mantener la conversación, evitando situaciones en las que la presencia de terceras personas pueda comprometer su seguridad o libertad de expresión. Asimismo, se acuerdan de antemano mecanismos para interrumpir la entrevista si la mujer lo considera necesario.

Otro elemento central de los criterios de protección es la confidencialidad de la información. Todos los datos recogidos durante el proceso de investigación son tratados con estricta confidencialidad y conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos personales. La información se anonimiza desde el momento de su recogida, eliminando cualquier dato que permita la identificación directa o indirecta de las participantes. Los nombres, lugares concretos y cualquier otro elemento identificativo son sustituidos por códigos, garantizando que los relatos no puedan ser atribuidos a personas concretas.

El acceso a la información recogida queda restringido al equipo investigador directamente implicado en el estudio, que asume compromisos específicos de confidencialidad. No se comparte información individualizada con terceros, ni siquiera con las entidades colaboradoras, más allá de los supuestos estrictamente necesarios para garantizar la seguridad o el bienestar de la participante, y siempre con su conocimiento y consentimiento.

En el diseño del estudio se contempla asimismo la gestión de situaciones de riesgo que puedan detectarse durante el trabajo de campo. Si durante la entrevista se identifica una situación de violencia actual o un riesgo grave para la seguridad de la participante, la persona entrevistadora actúa conforme a un protocolo previamente establecido, priorizando la protección de la mujer y facilitando información sobre recursos especializados disponibles. Esta actuación se realiza siempre respetando la voluntad de la mujer y evitando intervenciones que puedan incrementar el riesgo o vulnerar su autonomía.

La protección de las participantes se extiende también al tratamiento posterior de la información, incluyendo la transcripción, el análisis y la elaboración de resultados. En ningún caso se incorporan al informe fragmentos de relato que puedan permitir la identificación de las mujeres, ni se describen situaciones de manera tan específica que comprometan su anonimato. Los resultados se presentan de forma agregada y respetuosa, evitando enfoques sensacionalistas o estigmatizantes.

Asimismo, se ha previsto la destrucción de los datos personales una vez finalizado el estudio, en coherencia con los principios de minimización y limitación del plazo de conservación. Los archivos de audio, las

transcripciones y cualquier otro material que contenga información sensible serán eliminados de manera segura tras la finalización del análisis, no siendo almacenados ni reutilizados con posterioridad por la entidad responsable del estudio.

La adopción de estos criterios de seguridad y protección responde a una concepción de la investigación basada en el respeto a los derechos humanos, la dignidad y la autonomía de las mujeres con discapacidad. El proceso de investigación se entiende no solo como una fuente de información, sino como un espacio que debe garantizar condiciones de seguridad, cuidado y reconocimiento, evitando reproducir dinámicas de poder o de exclusión.

En conjunto, los criterios de seguridad y protección aplicados en este estudio constituyen una garantía fundamental para el desarrollo de un trabajo de campo ético, riguroso y respetuoso, y refuerzan la validez y la legitimidad de los resultados obtenidos. Estos criterios permiten asegurar que la participación de las mujeres con discapacidad se produce en condiciones de seguridad y confianza, y que el conocimiento generado contribuye a la mejora de las políticas públicas sin comprometer el bienestar de las personas participantes.

2.1.5. Criterios de accesibilidad universal y ajustes razonables

La accesibilidad universal y la provisión de ajustes razonables constituyen principios esenciales para garantizar la participación efectiva, segura y en igualdad de condiciones de las mujeres con discapacidad en el proceso de investigación. En un estudio centrado en el análisis de experiencias de violencia, la incorporación de estos criterios no responde únicamente a una exigencia técnica u organizativa, sino a una obligación derivada del enfoque de derechos humanos que fundamenta el diseño metodológico y orienta el conjunto del proceso investigador.

De conformidad con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la accesibilidad se define como la condición que deben reunir los entornos, procesos, bienes, productos, servicios, información y comunicaciones para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas, en condiciones de seguridad y autonomía (art. 9). Esta definición explica el carácter am-

plio y transversal de la accesibilidad, que no se limita a la eliminación de barreras físicas, sino que abarca también dimensiones sensoriales, cognitivas y comunicativas. Por su parte, los ajustes razonables se definen como las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones con las demás (art. 2).

Ambos conceptos, estrechamente relacionados, pero jurídicamente diferenciados, constituyen un eje transversal del estudio. La accesibilidad se concibe como una condición general que debe estar garantizada de manera previa y sistemática en todo el proceso de investigación, mientras que los ajustes razonables se aplican de forma individualizada, atendiendo a las necesidades específicas de cada mujer participante. Esta distinción resulta especialmente relevante en un estudio de carácter cualitativo, ya que permite evitar enfoques homogéneos y reconocer la diversidad de situaciones, capacidades y apoyos necesarios para una participación efectiva.

En el marco del estudio, la accesibilidad universal se aplica al conjunto de elementos que conforman el proceso de investigación, incluyendo la información previa a la participación, el consentimiento informado, la formulación de las preguntas, el desarrollo de las entrevistas, los soportes utilizados y los canales de interacción. La accesibilidad se entiende, así como un requisito estructural que condiciona tanto el acceso inicial al estudio como el desarrollo de la participación a lo largo de todas sus fases, y no como una medida puntual o excepcional.

Un aspecto central de este enfoque es la diferenciación entre el acceso a la información y el acceso a la comunicación, dos dimensiones que, aunque relacionadas, responden a finalidades y necesidades distintas. El acceso a la información se refiere a la posibilidad de que las mujeres con discapacidad puedan conocer y comprender de manera adecuada los objetivos del estudio, las condiciones de participación, el contenido del consentimiento informado y el uso que se hará de la información aportada. Para garantizar este acceso, toda la información relevante se facilita en un lenguaje claro, comprensible y adaptado, evitando tecnicismos innecesarios y estructuras complejas que puedan dificultar la comprensión.

Cuando las necesidades individuales de alguna participante lo requieren, se adoptan ajustes razonables específicos orientados a facilitar el acceso a la información, tales como la adaptación de los formatos, la ampliación del tiempo dedicado a las explicaciones, la reformulación de contenidos o el uso de apoyos adicionales. Estas medidas se aplican siempre respetando la voluntad y las preferencias de la mujer, y se conciben como instrumentos para garantizar una participación informada, libre y consciente.

De manera diferenciada, el acceso a la comunicación se vincula a la posibilidad de que las mujeres con discapacidad puedan expresarse, interactuar y participar activamente en el desarrollo de la entrevista, transmitiendo su experiencia en sus propios términos. La accesibilidad comunicativa adquiere una relevancia particular en un estudio basado en el análisis de relatos y discursos, ya que condiciona directamente la capacidad de las mujeres para narrar, matizar y contextualizar las situaciones vividas. En este sentido, se adoptan medidas orientadas a facilitar la interacción, como la adaptación del ritmo de la entrevista, la reformulación de preguntas cuando sea necesario o el uso de ejemplos aclaratorios.

En aquellos casos en los que resulta necesario, se aplican ajustes razonables específicos para garantizar el acceso a la comunicación, que pueden incluir la utilización de apoyos a la comunicación, la flexibilización de los tiempos de respuesta o la adaptación de los canales utilizados. Estas medidas se determinan de manera individualizada, en diálogo con la participante, y se orientan a facilitar la expresión directa de su experiencia sin interferir en el contenido de su relato.

Asimismo, con el fin de garantizar la participación efectiva de las mujeres con discapacidad en condiciones de igualdad, se contempla la posibilidad de que la entrevistada cuente con el acompañamiento de una persona de su confianza durante el desarrollo de la entrevista, siempre que así lo desee. Este acompañamiento se concibe como una medida de apoyo que puede contribuir a facilitar la comunicación, reforzar la sensación de seguridad o proporcionar apoyo emocional, sin sustituir ni mediar en la expresión directa de la experiencia de la mujer. La presencia de esta persona se acuerda previamente con la entrevistada y se adapta a sus preferencias, respetando en todo momento su autonomía y su voluntad.

La modalidad de realización de las entrevistas, tanto presencial como telemática, se organiza teniendo en cuenta estos criterios de accesibilidad y comunicación. En el caso de las entrevistas telemáticas, se seleccionan plataformas que permitan una interacción estable y accesible, y se ofrecen apoyos previos para facilitar su uso cuando sea necesario. Asimismo, se tiene en cuenta la accesibilidad del entorno desde el que participa la mujer, procurando que pueda desarrollar la entrevista en condiciones de privacidad, seguridad y comodidad.

Los ajustes razonables se aplican de manera individualizada a lo largo de todo el proceso, atendiendo a las necesidades concretas de cada mujer en función de su tipo de discapacidad, su situación personal y sus preferencias. Estos ajustes pueden incluir, entre otros, la ampliación del tiempo de la entrevista, la realización de pausas, la adaptación del orden de las preguntas, la simplificación del lenguaje o la flexibilización de los canales de contacto. Su determinación se realiza evitando presunciones y partiendo siempre del diálogo con la participante.

La provisión de ajustes razonables se concibe como un derecho de la participante y como una obligación del equipo investigador. En ningún caso la necesidad de apoyos se interpreta como una limitación para la participación, ni se condiciona la inclusión en el estudio a la ausencia de necesidades específicas. Por el contrario, el diseño metodológico incorpora la previsión de estos ajustes como un elemento inherente al proceso de investigación.

En coherencia con el enfoque adoptado, la validación de la comprensión constituye un elemento central de los criterios de accesibilidad. A lo largo de la entrevista, la persona entrevistadora comprueba de manera continuada que la participante comprende tanto las preguntas como la información facilitada, ofreciendo aclaraciones adicionales cuando resulta necesario. Esta validación no se plantea como un mecanismo de control, sino como una medida de apoyo orientada a reforzar la participación informada y a reducir el riesgo de malentendidos.

La accesibilidad y los ajustes razonables se extienden también a las fases posteriores del estudio, en particular a los procesos de validación de resultados con las propias mujeres participantes. En estos procesos se adoptan medidas para facilitar la comprensión de los hallazgos

y para recoger las aportaciones de las mujeres en formatos accesibles, reforzando su papel como sujetas activas del conocimiento generado.

La integración de estos criterios responde a una concepción de la investigación que reconoce la diversidad de las mujeres con discapacidad y rechaza enfoques estandarizados que no tengan en cuenta sus necesidades y derechos. La accesibilidad y los ajustes razonables no se entienden como medidas excepcionales, sino como condiciones necesarias para garantizar la igualdad de oportunidades y la no discriminación en el acceso a la investigación y a sus beneficios.

La aplicación transversal de estos criterios, definidos conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad e integrados en el diseño metodológico del estudio, constituye una garantía esencial para el desarrollo de una investigación inclusiva, respetuosa y alineada con los estándares internacionales de derechos humanos, reforzando la calidad, la solidez y la legitimidad del conocimiento generado para la mejora de las políticas públicas.

2.1.6. Definición de medidas inclusivas para la validación de resultados

La validación de los resultados constituye una fase esencial del proceso de investigación, especialmente en un estudio orientado al análisis de experiencias de violencia vividas por mujeres con discapacidad y a la mejora de las políticas públicas. En este marco, la validación no se concibe únicamente como un procedimiento técnico de control de calidad de la información, sino como una medida inclusiva orientada a reforzar la legitimidad, la pertinencia y la utilidad de los resultados, incorporando la perspectiva y el conocimiento experiencial de las propias mujeres participantes.

Las medidas de validación adoptadas se fundamentan en el reconocimiento de las mujeres con discapacidad como sujetos activos de derechos y de conocimiento, cuyas experiencias y valoraciones resultan imprescindibles para interpretar adecuadamente los hallazgos del estudio. Este enfoque se alinea con los principios de participación, accesibilidad y no discriminación que inspiran el diseño metodológico y refuerza el carácter aplicado del análisis.

La validación de resultados se articula mediante espacios específicos de contraste y devolución, diseñados para permitir que las mujeres participantes puedan conocer, comprender y valorar los principales hallazgos del estudio, así como realizar aportaciones, matizaciones o correcciones desde su experiencia directa. Estos espacios no tienen como finalidad someter a aprobación individual los resultados, sino verificar su coherencia con las experiencias recogidas y enriquecer su interpretación.

Se realizó un grupo focal de validación, integrado por mujeres que han participado previamente en el estudio y que, de manera voluntaria, desean contribuir a esta fase. La selección de las participantes en este espacio se realiza respetando criterios de diversidad en cuanto a tipos de discapacidad, trayectorias y experiencias de violencia, con el objetivo de recoger una pluralidad de miradas que refuercen la consistencia de los resultados.

El grupo focal se concibe como un espacio seguro, accesible y facilitado, en el que se presentan de manera sintética y comprensible los principales ejes de análisis, patrones identificados y conclusiones preliminares. La información se adapta a formatos accesibles y se utiliza un lenguaje claro, evitando tecnicismos y facilitando la participación de todas las mujeres, en coherencia con los criterios de accesibilidad y ajustes razonables definidos en el apartado anterior.

Durante el proceso de validación, se presta especial atención a recoger las valoraciones de las mujeres sobre la adecuación de los resultados a sus experiencias, la identificación de posibles omisiones o matices relevantes y la pertinencia de las interpretaciones realizadas. Estas aportaciones se incorporan al análisis final en la medida en que contribuyen a mejorar la precisión, el equilibrio y la utilidad de los resultados para la acción pública.

La validación inclusiva se extiende también a la formulación de recomendaciones. Las propuestas de mejora en materia de prevención, detección, atención, protección, acceso a la justicia, rehabilitación y reparación se contrastan con las mujeres participantes, con el fin de asegurar que responden a necesidades reales y a obstáculos efectivamente vividos. Este contraste refuerza el carácter operativo de las recomendaciones y su potencial impacto en las políticas públicas.

Desde un punto de vista ético, las medidas de validación se desarrollan respetando los mismos criterios de seguridad, confidencialidad y voluntariedad aplicados durante el trabajo de campo. La participación en los espacios de validación es siempre opcional, y las mujeres pueden decidir el grado de implicación que desean asumir, sin que ello tenga consecuencias en su relación con las entidades colaboradoras o con el estudio.

La validación de resultados se concibe, asimismo, como un mecanismo para evitar interpretaciones sesgadas o descontextualizadas, especialmente relevantes en un ámbito tan sensible como la violencia contra las mujeres con discapacidad. La incorporación de las voces de las propias mujeres permite reforzar la fidelidad del análisis a las experiencias vividas y reducir el riesgo de enfoques simplificadores o estereotipados.

Desde una perspectiva institucional, estas medidas de validación contribuyen a reforzar la credibilidad y legitimidad del estudio como herramienta de apoyo a la toma de decisiones públicas. La participación de las mujeres con discapacidad en la validación de los resultados garantiza que el conocimiento generado no solo es técnicamente sólido, sino también socialmente pertinente y alineado con los principios de igualdad, participación y respeto a los derechos humanos.

En conjunto, las medidas inclusivas para la validación de resultados constituyen un elemento clave del diseño metodológico del estudio. Su incorporación permite cerrar el proceso de investigación de manera coherente con el enfoque de derechos que lo inspira, fortaleciendo la calidad del análisis y asegurando que los resultados y recomendaciones reflejan de forma fiel y respetuosa las experiencias y necesidades de las mujeres con discapacidad víctimas de violencia.

2.1.7. Recogida, codificación y procesamiento de la información

La recogida, codificación y procesamiento de la información constituyen una fase central del estudio, orientada a transformar los relatos y experiencias recogidas en conocimiento sistemático, riguroso y útil para la mejora de las políticas públicas. Esta fase se diseña conforme a criterios de coherencia metodológica, trazabilidad analítica y respeto

a los derechos de las mujeres participantes, garantizando que la información se trate de manera fiel, segura y contextualizada.

El punto de partida del análisis es la transcripción de las entrevistas, realizada de forma literal a partir de los registros de audio obtenidos con el consentimiento de las participantes. La transcripción se concibe como una operación técnica clave, en la medida en que constituye el soporte principal del análisis cualitativo posterior. Se respeta la forma de expresión de las mujeres, incluyendo pausas significativas, énfasis y expresiones propias del discurso oral, evitando reinterpretaciones o reformulaciones que puedan alterar el sentido del relato. Este criterio resulta especialmente relevante en un estudio basado en el análisis narrativo y del discurso.

De manera simultánea a la transcripción, se aplica un proceso estricto de anonimización, mediante la eliminación o sustitución de cualquier dato que permita la identificación directa o indirecta de las participantes. Los nombres propios, referencias geográficas concretas y otros elementos identificativos se reemplazan por códigos alfanuméricos, garantizando la confidencialidad de los relatos y la protección de la identidad de las mujeres. Esta anonimización se mantiene en todas las fases posteriores del análisis y en la elaboración de resultados.

Una vez transcritas y anonimizadas, las entrevistas se organizan como un corpus de análisis, estructurado por casos individuales. Cada entrevista se considera una unidad de análisis completa, sin perjuicio de la identificación posterior de fragmentos, temas o secuencias discursivas relevantes. Esta organización por casos permite preservar la coherencia interna de cada trayectoria y facilita el análisis comparado entre experiencias diversas.

La estrategia de codificación se desarrolla de manera progresiva y sistemática, combinando criterios deductivos e inductivos. En una primera fase, se establecen categorías iniciales de codificación vinculadas a los grandes bloques del cuestionario y a los objetivos del estudio, tales como las formas de violencia, los contextos en los que se producen, las experiencias de discriminación, el acceso a recursos de protección, la interacción con el sistema judicial y las propuestas de mejora formuladas por las mujeres. Estas categorías permiten una primera organización estructurada de la información.

En una segunda fase, la codificación se enriquece mediante la identificación de categorías emergentes, derivadas del propio discurso de las participantes. Este proceso inductivo permite captar matices, significados y dinámicas no previstas inicialmente, así como identificar patrones recurrentes, tensiones, contradicciones o silencios significativos en los relatos. La combinación de codificación deductiva e inductiva refuerza la profundidad del análisis y evita enfoques excesivamente rígidos o predefinidos.

El análisis de la información se apoya en el uso del software *Atlas.ti,* seleccionado por sus capacidades para el tratamiento sistemático de datos cualitativos complejos y por su adecuación a estudios basados en análisis de casos y del discurso. *Atlas.ti* permite organizar grandes volúmenes de información textual, aplicar sistemas de codificación jerárquicos, establecer relaciones entre categorías y realizar búsquedas y comparaciones transversales entre casos, garantizando la trazabilidad del proceso analítico.

La utilización de *Atlas.ti* refuerza el rigor metodológico del estudio, al permitir documentar de manera transparente las decisiones analíticas adoptadas y facilitar la revisión interna del proceso de codificación. Asimismo, el software favorece un análisis iterativo, en el que las categorías pueden revisarse, redefinirse o agruparse a medida que avanza la interpretación de los datos, sin perder la coherencia del conjunto.

El enfoque analítico adoptado combina el análisis narrativo de experiencias con el análisis del discurso, prestando atención tanto al contenido de los relatos como a la forma en que las mujeres construyen y expresan sus experiencias. Este enfoque permite identificar no solo hechos y situaciones, sino también significados, marcos interpretativos, estrategias discursivas y elementos contextuales que influyen en la vivencia y el reconocimiento de la violencia.

El análisis narrativo facilita la reconstrucción de las trayectorias vitales y de violencia de las mujeres, atendiendo a la secuencia de acontecimientos, a los puntos de inflexión y a las consecuencias a lo largo del tiempo. Por su parte, el análisis del discurso permite examinar cómo se nombran las violencias, cómo se justifican o normalizan determinadas prácticas y cómo se expresan las percepciones sobre los recursos y las respuestas institucionales.

A lo largo del proceso de análisis se presta especial atención a la identificación de patrones comunes y dinámicas estructurales, sin perder de vista la singularidad de cada caso. El objetivo no es la generalización estadística, sino la identificación de elementos recurrentes que permitan comprender las barreras, déficits y buenas prácticas existentes en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres con discapacidad.

La calidad y consistencia del análisis se refuerzan mediante procesos internos de revisión y contraste, así como mediante la validación de resultados con las propias mujeres participantes, tal como se describe en el apartado metodológico correspondiente. Esta validación contribuye a asegurar que las interpretaciones realizadas reflejan de manera fiel las experiencias recogidas y resultan pertinentes para la formulación de recomendaciones.

En conjunto, el procesamiento, la codificación y el análisis de la información se conciben como un proceso riguroso, transparente y orientado a la acción pública. La combinación de transcripciones literales, codificación sistemática, análisis narrativo y uso de herramientas especializadas permite generar un conocimiento sólido y aplicable, que constituye la base para la elaboración de conclusiones y propuestas dirigidas a mejorar las políticas públicas y los sistemas de atención a mujeres con discapacidad víctimas de violencia.

2.2. Estudio de recursos de atención

El estudio documental se construyó a partir de un análisis sistemático de la información disponible sobre los servicios y dispositivos que conforman la respuesta institucional frente a la violencia contra las mujeres en España. El objetivo no fue elaborar un inventario exhaustivo, sino representar la estructura actual del sistema y analizar hasta qué punto dicha red incorpora la perspectiva de discapacidad e inclusión. La lógica metodológica parte de una distinción fundamental: el interés no reside en conocer cuántos recursos existen, sino en identificar aquellos que, por su visibilidad institucional, accesibilidad informativa

y presencia en la arquitectura formal del sistema, configuran de facto la red de referencia para la intervención, analizar cómo se organizan y con qué grado de respeto y conciencia integran la diversidad de las mujeres, incluidas aquellas con discapacidad.

Construcción de la tipología de recursos

El punto de partida consistió en identificar, -a partir de la literatura especializada, documentos normativos y prácticas institucionales consolidadas-, las categorías que permiten describir el funcionamiento de los recursos dirigidos a la atención de la violencia de género. Este proceso condujo a la elaboración de una tipología estructural que organiza los dispositivos a lo largo de varios ejes:

- **Estadios de intervención**, que reflejan las fases comúnmente aceptadas en los circuitos de violencia de género: prevención, detección, atención, rehabilitación y reparación.

- **Ámbitos institucionales**, que responden a los sectores que intervienen habitualmente en la materia: servicios sociales, sanidad, sistema educativo, fuerzas de seguridad, sistema judicial y organizaciones del tercer sector.

- **Modelos de gestión**, que distinguen entre dispositivos de titularidad pública, concertada o privada.

- **Tipos de acción principal**, agrupando los recursos según su función predominante: normas y políticas, información, protección, asesoramiento (legal o de otro tipo), atención (psicológica o de otro tipo), alojamiento, inserción sociolaboral, formación, sensibilización, investigación o difusión de información, y elaboración de guías o protocolos.

- **Modalidades de alojamiento**, clasificadas de acuerdo con su finalidad y duración: emergencia, temporal, residencia, vivienda tutelada.

La decisión de trabajar con esta tipología parte de un principio metodológico clave: no se busca representar la totalidad de recursos existentes, sino los tipos de recursos que articulan el sistema. Esta aproxi-

mación es coherente con estudios previos sobre redes de servicios en políticas públicas, en los que lo relevante no es el número absoluto de dispositivos sino la estructura, funciones y relaciones entre los distintos nodos del sistema.

Estrategia de selección de recursos

A partir de la tipología previamente definida, se diseñó una estrategia de recogida de información de carácter intencional y estructural. La selección de recursos respondió a tres criterios principales:

- **Cobertura competencial.** Se incorporaron recursos de todas las comunidades autónomas, atendiendo a la distribución territorial de las competencias en materia de violencia de género, servicios sociales y atención comunitaria. De forma complementaria, se incluyeron dispositivos de municipios de gran tamaño o relevancia administrativa, así como recursos de ámbito estatal con funciones de coordinación, planificación estratégica o provisión directa.

- **Búsqueda estructurada.** La localización de recursos se realizó tomando como referencia las categorías definidas en la tipología analítica del estudio (estadios de intervención, ámbitos institucionales, tipos de acción, modelos de gestión y modalidades de alojamiento), con el fin de asegurar la presencia de las principales funciones que articulan el sistema.

- **Localización natural.** Se incorporaron asimismo aquellos recursos que emergieron de forma no forzada, en coherencia con los usos habituales de información, derivación y acceso a los servicios tal como operan en la práctica institucional y social. No se buscó localizar de manera dirigida dispositivos especializados en discapacidad ni saturar categorías específicas; el objetivo fue caracterizar el funcionamiento general del sistema tal como se presenta en fuentes institucionales, y referentes del tercer sector.

La combinación de estos tres criterios permitió conformar una base de datos variada y estructuralmente representativa, aunque no censal. Cada recurso identificado se trató como un caso analítico individual, lo que permitió aplicar posteriormente indicadores comparativos y ex-

plorar patrones sistemáticos entre ámbitos institucionales, tipos de acción y niveles de respeto y conciencia hacia la discapacidad.

Dispositivo de recogida de información

La información se recopiló mediante un formulario estructurado que recoge datos clave sobre la naturaleza, funciones y alcance territorial de cada dispositivo. El formulario fue construido a partir de la tipología descrita y validado internamente por el equipo investigador. Incluye preguntas de identificación, ubicación territorial, contenido funcional y, especialmente, un apartado dedicado a valorar el **nivel de respeto y de conciencia hacia la discapacidad**, con cinco categorías que distinguen entre ausencia de mención, fundamentación inclusiva, mención explícita, medidas de actuación y enfoque específico. La recogida de información se realizó entre el 15 de mayo y el 15 de septiembre de 2025.

Se completó un formulario por recurso, con el fin de recoger los principales dispositivos que administraciones y organizaciones presentan como su red básica de servicios, sin buscar un inventario exhaustivo. El objetivo fue estimar la presencia de la discapacidad en estos recursos, identificar posibles buenas prácticas y definir perfiles útiles para el trabajo de campo.

Figura 1. Formulario utilizado para recogida de datos:

Estudio sobre la violencia contra las mujeres con discapacidad. *Se completa un formulario por recurso. No es un inventario, sino una recogida de los dispositivos principales publicados por administraciones y organizaciones. Se trata de estimar la presencia de la discapacidad en estos recursos, identificar buenas prácticas y definir perfiles para el trabajo de campo. Recogida realizada entre el 15 de mayo y el 15 de septiembre de 2025.*

1. Profesional que cumplimenta el formulario: _____

2. Denominación del dispositivo *(ley, recurso, servicio, material, protocolo, etc.)*: **_____**

3. Estadio de intervención (*multirrespuesta*)

1. Prevención
2. Detección
3. Atención
4. Rehabilitación
5. Reparación

4. Ámbito institucional (*multirrespuesta*)**:**

1. Servicios Sociales
2. Sanidad
3. Sistema de enseñanza
4. Fuerzas de Seguridad
5. Sistema Judicial
6. ONG/Asociaciones
7. Otro:

5. Ámbito de gestión:

1. Pública
2. Concertada
3. Privada
4. Otro:

6. Ámbito de aplicación:

1 Estatal
2 Autonómico
3 Local

6a. CCAA.: _____

6b. Localidad: _____

7. Tipo de acción principal (*multirrespuesta*)**:**

1. Ley/Plan/Programa/Política pública
2. Información
3. Protección, vigilancia
4. Asesoramiento (legal o de otro tipo)
5. Atención (psicológica o de otro tipo)
6. Alojamiento (pasa a 7a)
7. Inserción laboral, social o similar
8. Guías/Protocolos
9. Formación, capacitación
10. Sensibilización, incidencia
11. Observatorio, difusión
12. Otro:

7.a Tipo de alojamiento (*multirrespuesta*)**:**

1. Emergencia
2. Temporal
3. Residencia
4. Vivienda tutelada (promoción autonomía)
5. Otro:

8. Objeto principal (*multirrespuesta*)**:**

1. A la Víctima
2. Al Agresor
3. A Profesionales (técnicos, agentes…)
4. A la Sociedad general
5. Otro:

9. Respeto y conciencia hacia Discapacidad:

1. No menciona
2. No explícita (tiene fundamentos inclusivos, pero no contempla discapacidad)
3. Menciona
4. Actúa
5. Es específico de discapacidad

10. Enlace o referencia: _____

11. Observaciones: _____

Construcción de indicadores explicativos sobre inclusión y discapacidad

Para cada recurso se registró el nivel de respeto y conciencia hacia la discapacidad según la expresión indicada en el formulario (campo 9, respeto y conciencia hacia discapacidad). A partir de esta información se construyeron dos indicadores sintéticos que serán el eje explicativo del informe:

- Un indicador dicotómico de **respeto y de conciencia hacia la discapacidad**, que identifica los recursos en los que la discapacidad aparece mencionada de manera explícita, se incorporan medidas concretas, o el propio recurso está diseñado específicamente para este colectivo (valores 3, 4 y 5, campo 9 del formulario). Este indicador permite distinguir los dispositivos orientados de manera directa a las necesidades de las mujeres con discapacidad, ya sea a través de referencias normativas, adaptaciones prácticas o recursos orientados exclusivamente a ellas.

- Un indicador dicotómico de **conciencia inclusiva**, que identifica los recursos que, aun sin estar dirigidos específicamente a mujeres con discapacidad, incorporan principios de accesibilidad universal, atención a la diversidad, o un enfoque inclusivo en su diseño (valores 2, 3 y 4, campo 9 del formulario). Este enfoque permite valorar hasta qué punto los servicios ordinarios son capaces de atender a todas las mujeres sin necesidad de crear circuitos paralelos.

Estos indicadores permiten comparar recursos con funciones diversas y analizar patrones de respeto y conciencia según el ámbito institucional, el tipo de acción, el modelo de gestión o el estadio de intervención. Su utilización conjunta responde a una necesidad conceptual relevante: en ocasiones, la intervención dirigida exclusivamente a la discapacidad no es plenamente inclusiva según los principios de la CDPD y del diseño universal. La existencia de dispositivos exclusivos para población con discapacidad puede constituir un ajuste razonable en determinados contextos, pero no siempre implica un enfoque inclusivo; en algunos casos refleja que los servicios ordinarios no son accesibles o no se han adaptado adecuadamente. Por ello, distinguir entre **conciencia específica** e **inclusiva** resulta

fundamental para comprender qué parte del sistema reconoce la discapacidad como categoría particular y qué parte avanza hacia la accesibilidad universal.

Preparación de datos y explotación

Utilizando como instrumento para recogida de información el formulario ya explicado, se compuso una base de datos de 288 recursos sobre violencia contra las mujeres disponibles España. Una vez finalizada la recogida de información, los datos fueron trasladados a un archivo específico de análisis y sometidos a un proceso sistemático de preparación. Este proceso incluyó la revisión de los nombres y tipos de variables, la comprobación de la coherencia interna de los registros y la transformación de los campos textuales en variables codificadas, tanto binarias multirrespuesta como categóricas. Durante esta fase se detectaron inconsistencias puntuales, registros duplicados o con información insuficiente para su clasificación tipológica y/o de conciencia que, una vez depurados, dejaron la información en 270 dispositivos útiles para el análisis.

La explotación de la base de datos se orientó a la obtención de una caracterización estructural del sistema de recursos, combinando análisis descriptivos y comparativos. El análisis se diseñó para examinar la distribución de los recursos según los principales ejes definidos en la tipología: estadios de intervención, ámbitos institucionales, modelos de gestión, tipos de acción, modalidades de alojamiento y objeto de la intervención. Sobre esta base se desarrollaron análisis cruzados destinados a identificar patrones sistemáticos en la incorporación de la discapacidad y la inclusión en los distintos tipos de dispositivos. La lógica del análisis es fundamentalmente comparativa, orientada a detectar diferencias relevantes entre ámbitos, funciones y modelos organizativos, más que a estimar volúmenes absolutos de recursos. Las preguntas de respuesta múltiple (estadio, ámbito, tipo de acción, objeto…) se descompusieron en conjuntos de variables binarias, de forma que cada recurso puede aparecer simultáneamente en varios estadios y ámbitos institucionales.

Todas las transformaciones aplicadas a la base de datos, desde la preparación inicial hasta la construcción de variables e indicadores y la

generación de tablas de análisis, se encuentran documentadas en sintaxis SPSS. Este procedimiento garantiza la reproducibilidad completa del proceso analítico y permite su revisión, réplica o actualización en fases posteriores del proyecto.

Alcance del análisis

El análisis se centra deliberadamente en los recursos visibles y accesibles a través de los canales ordinarios de información institucional, por ser los que las víctimas u otras personas interesadas pueden localizar de manera más probable. Dado el carácter intencional de la muestra, la base de datos no se ha preparado para realizar inferencias sobre la extensión del sistema ni para estimar el número total de dispositivos existentes en España. El análisis no es descriptivo en términos de magnitudes, sino estructural y comparativo. Las variables se interpretan como indicadores de configuración institucional y de orientación de los dispositivos. En este sentido, el estudio no evalúa la implementación efectiva de los servicios, sino su formulación, su diseño y su orientación declarada hacia la discapacidad y la inclusión.

2.2.1. Trabajo de campo cualitativo con personal técnico de recursos y servicios

En total se han realizado 18 entrevistas en profundidad a profesionales con perfiles diversos, pertenecientes a administraciones públicas, entidades del tercer sector y recursos especializados en violencia contra las mujeres y/o discapacidad. Las entrevistas se han desarrollado siguiendo un enfoque metodológico abierto, con una orientación semiestructurada, a partir de un guion temático flexible elaborado de acuerdo con los objetivos de la investigación. Este guion ha permitido asegurar la comparabilidad entre entrevistas, al tiempo que ha facilitado la incorporación de temas emergentes relevantes durante el trabajo de campo.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas íntegramente y analizadas conforme a los objetivos del proyecto, desde un enfoque de derechos humanos, perspectiva de género y modelo social de la discapacidad.

Tabla 3. Entrevistas en profundidad.

Código	Perfil	Ámbito territorial
RS001	Servicio de Atención a Víctimas	Autonómico
RS002	016 - Servicio telefónico de información, de asesoramiento jurídico y de atención psicosocial	Estatal
RS003	Agente política pública estatal	Estatal
RS004	ALBA, servicio de atención y asesoramiento sobre violencia de género para mujeres sordas	Estatal
RS005	Centro de Atención a Personas con Discapacidad	Estatal
RS006	Profesionales fuerzas de seguridad (entrevista grupal)	Estatal
RS007	Profesional ONG mujeres con discapacidad	Autonómico
RS008	Profesional ONG discapacidad tamaño medio - grande	Estatal
RS009	Profesional ONG salud mental	Autonómico
RS0010	Profesional en inserción laboral	Estatal
RS0011	Profesional del ámbito jurídico, experta en violencia de género y discapacidad	Local
RS0012	Experta violencia a las mujeres Admón. Pública	Autonómico
RS0013	Trabajadora Social	Local
RS0014	Investigadora social. Especialista en violencia de género y discapacidad	Autonómico
RS0015	Profesional ámbito sanitario	Local
RS0016	Investigadora social. Especialista en género, discapacidad e inclusión educativa	Autonómico
RS0017	Asociación atención a personas con discapacidad	Local
RS0018	Experta en violencia de género en mujeres mayores	Autonómico

2.3. Análisis de microdato de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024

Se utiliza el microdato de la *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024*, principal operación estadística realizada en España para conocer la prevalencia y las características de las distintas formas de violencia contra las mujeres. La amplitud de su cuestionario permite analizar tanto las violencias sufridas como las respuestas ante ellas y sus consecuencias.

La encuesta incorpora dos aproximaciones complementarias a la discapacidad: el reconocimiento administrativo de un grado de discapacidad y la existencia de limitaciones funcionales derivadas de problemas de salud crónicos o de larga duración. Además, recoge el grado y el tipo de discapacidad, aunque el reducido número de casos en algunas categorías limita las posibilidades de desagregación.

La explotación realizada parte de la información ya publicada en el informe principal de la Macroencuesta y en el estudio específico sobre mujeres especialmente vulnerables, que ofrecen resultados amplios y relevantes sobre discapacidad y violencia. Este informe no pretende sustituirlos, sino ampliar algunos análisis a partir del microdato.

La estrategia adoptada ordena los resultados principalmente por formas de violencia, y no por la relación con la persona agresora, salvo cuando esta distinción resulta necesaria para interpretar los datos. Se trata así de ofrecer una información sobre violencias y su acumulación a lo largo de la vida de las mujeres con discapacidad. También combina la discapacidad reconocida administrativamente con la limitación funcional declarada, consideradas aproximaciones complementarias, aunque no equivalentes.

El análisis se estructura como una secuencia que relaciona la situación previa de discapacidad o necesidad de apoyo con la exposición y revelación de distintas violencias, las respuestas sociales e institucionales y las consecuencias identificadas. La comparación con las mujeres sin discapacidad se incorpora cuando resulta pertinente, mientras que los resultados por tipo de discapacidad se utilizan con carácter exploratorio, debido al reducido número de casos en algunas categorías.

2.3.1. Construcción de indicadores específicos

Para responder a los objetivos del estudio se construyeron varios indicadores a partir de las variables originales del cuestionario. Estas variables permiten integrar las distintas aproximaciones a la discapacidad, aproximarse a la posición social de las mujeres y agrupar la información sobre violencia, apoyos y consecuencias.

Población con discapacidad y necesidades de apoyo funcional

La Macroencuesta identifica, por una parte, la existencia y el grado de discapacidad reconocida administrativamente y, por otra, las limitaciones para realizar actividades cotidianas derivadas de problemas de salud crónicos o de larga duración, mediante una aproximación tipo GALI[1]. Ambas mediciones son complementarias, pero no equivalentes: la primera depende del reconocimiento administrativo, mientras que la segunda recoge la limitación funcional declarada por la mujer entrevistada.

A partir de ambas variables se construyó un indicador integrado de necesidades de apoyo funcional, cuya organización poblacional se detalla en las tablas siguientes. Para cada mujer se asignó el nivel más elevado identificado mediante el grado reconocido de discapacidad o la limitación funcional declarada. El indicador distingue cuatro categorías:

- Sin necesidades de apoyo identificadas.
- Necesidades leves de apoyo.
- Necesidades moderadas de apoyo.
- Necesidades altas de apoyo.

Tabla 4. Grado de discapacidad reconocida oficialmente (filas) según limitación funcional percibida (columnas).

	Sin limitación	Ligeramente limitada	Moderadamente limitada	Gravemente limitada	Total
No tiene discapacidad reconocida	16.347.519	1.733.466	1.167.414	376.817	**19.625.216**
Discapacidad reconocida inferior al 33%	66.181	39.481	52.963	23.136	**181.761**
Discapacidad reconocida 33%-64%	194.898	182.768	307.750	148.980	**834.396**
Discapacidad reconocida 65% o más	76.455	59.675	112.958	116.735	**365.823**

Fuente: elaboración propia a partir de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024

1 *GALI (Global Activity Limitation Indicator)* es un indicador utilizado en las estadísticas europeas para identificar limitaciones de larga duración en las actividades habituales debidas a problemas de salud. Distingue entre ausencia de limitación, limitación leve, moderada y grave, a partir de la percepción declarada por la propia persona.

Tabla 5. Nivel de necesidades de apoyo funcional por discapacidad o limitación.

	Total	Porcentaje
Sin necesidades de apoyo funcional identificadas	**16.347.519**	*77,8%*
Situaciones cercanas o necesidades leves de apoyo funcional	**1.839.128**	*8,8%*
Necesidades moderadas de apoyo funcional	**1.905.792**	*9,1%*
Necesidades altas de apoyo funcional	**914.757**	*4,4%*

Fuente: elaboración propia a partir de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024

Esta construcción busca captar la posición funcional relevante para analizar la exposición y revelación de la violencia, la disponibilidad y activación de apoyos, las barreras de salida y las consecuencias sufridas. En la presentación narrativa de los resultados se utiliza de forma general el término discapacidad cuando la distinción entre reconocimiento administrativo y limitación funcional no resulta sustantivamente necesaria, aunque ambas aproximaciones se mantienen diferenciadas en la construcción de las variables.

Indicador de integración social

Se construyó también un indicador sintético de integración social a partir de tres dimensiones: nivel educativo, disponibilidad de trabajo o ingresos personales propios, y existencia de lazos sociales y apoyo relacional. No se consideró como autonomía económica la posibilidad de utilizar el dinero de la pareja, dado que esta situación no implica necesariamente disponer de recursos propios y puede expresar una relación de dependencia económica.

El indicador distingue tres niveles:

- Integración alta: presencia de las tres dimensiones.
- Integración media: presencia de dos dimensiones.
- Integración baja: presencia de una o ninguna dimensión.

Su finalidad no es medir la integración social como un fenómeno autónomo, sino aproximarse a la posición social previa de las mujeres, considerando sus recursos, autonomía y anclajes relacionales.

Se trata de un indicador operativo elaborado para este análisis, no de una escala validada de integración social.

Indicadores de violencia

Los resultados se organizaron principalmente por formas de violencia, agrupando las variables originales de la encuesta en los siguientes indicadores:

- Violencia económica.
- Violencia psicológica, que comprende violencia emocional, control, miedo y acoso no sexual.
- Violencia física.
- Violencia sexual, diferenciando cuando procede el acoso sexual, otras prácticas sexuales forzadas, el intento de violación y la violación.
- Violencia digital o mediada por tecnologías.

Además del indicador agregado de violencia psicológica, sus componentes se presentan por separado cuando ofrecen pautas diferenciadas.

Se construyó un **indicador global de violencia** permite estimar la proporción de mujeres que ha sufrido al menos una de las formas consideradas, pero no sustituye al análisis específico de cada una de ellas. Cuando resulta pertinente, también se examina la acumulación de distintas formas de violencia.

Indicadores de respuesta, apoyo y consecuencias

Para analizar la respuesta posterior a la violencia se construyeron indicadores sobre denuncia o recurso a la Policía, la Guardia Civil o los juzgados; utilización de servicios sanitarios, psicológicos, sociales, jurídicos o especializados; comunicación de lo sucedido a personas del entorno; satisfacción con la atención recibida, e impedimento o disuasión para denunciar o buscar ayuda.

Las consecuencias se analizan mediante variables relativas a lesiones, efectos psicológicos, secuelas físicas o psicológicas presentes en el momento de la encuesta y discapacidad derivada o agravada por la violencia.

Los universos de referencia varían según el indicador. Algunos resultados se calculan sobre el conjunto de mujeres, otros únicamente sobre quienes han sufrido determinadas formas de violencia y otros sobre quienes han recurrido a servicios o personas concretas. Por ello, en las tablas y en el texto se especifica el universo correspondiente cuando resulta necesario para interpretar los porcentajes.

2.3.2. Alcance y limitaciones

La consideración de la variable discapacidad en la encuesta es destacable en esta encuesta. A pesar de ello, el diseño del cuestionario, las vías de cumplimentación y las condiciones de entrevista pueden afectar tanto a la participación de las mujeres con discapacidad como a la información obtenida. Esta cuestión resulta especialmente relevante en una encuesta sobre violencia, en la que la intimidad y la autonomía para responder pueden condicionar la revelación de las experiencias sufridas.

La Macroencuesta no fue diseñada para obtener una muestra representativa específica de mujeres con discapacidad. Aunque el estudio sobre mujeres especialmente vulnerables ha ampliado considerablemente la información publicada sobre discapacidad y limitaciones funcionales, algunas desagregaciones presentan frecuencias reducidas. Los resultados por tipo de discapacidad deben interpretarse, por tanto, con carácter exploratorio, especialmente en el caso de las discapacidades intelectual o cognitiva y psíquica o psicosocial.

Las condiciones de cumplimentación tampoco son homogéneas. Las mujeres con un grado reconocido de discapacidad igual o superior al 65% respondieron mediante la vía autoadministrada por internet —CAWI— en menor proporción que el resto: un 19,1%, frente al 37,6% de las mujeres sin discapacidad, el 34,3% de aquellas con un grado inferior al 33% y el 30,7% de quienes tenían reconocido un grado de entre el 33% y el 64%. Esta diferencia es relevante porque la vía au-

toadministrada ofrece mayores condiciones de privacidad y se asocia con una mayor revelación de violencia.

El indicador de necesidades de apoyo funcional confirma que las condiciones de entrevista se vuelven progresivamente menos privadas conforme aumentan dichas necesidades. La entrevista presencial pasa del 64% entre las mujeres sin necesidades identificadas al 74% entre quienes presentan necesidades altas; la realización en el interior de la vivienda aumenta del 31% al 60%, y la presencia de otra persona durante la entrevista, del 9% al 30%.

Tabla 6. Nivel de necesidades de apoyo funcional por discapacidad o limitación.

	Entrevista presencial (CAPI)	En el interior de la vivienda	En presencia de otra persona
Sin necesidades de apoyo funcional	64%	31%	9%
Necesidades leves de apoyo funcional	62%	39%	13%
Necesidades moderadas de apoyo funcional	71%	54%	18%
Necesidades altas de apoyo funcional	74%	60%	30%

Estas diferencias pueden limitar la autonomía y la intimidad durante la cumplimentación y favorecer una menor revelación de determinadas experiencias entre las mujeres con mayores necesidades de apoyo, aunque no es posible estimar la magnitud de este posible sesgo. Los resultados dependen, además, del recuerdo, reconocimiento y declaración de experiencias pasadas, y las asociaciones observadas no permiten establecer relaciones causales.

Finalmente, los indicadores de necesidades de apoyo funcional e integración social construidos para este informe tienen una finalidad operativa, cuya utilidad reside en ordenar la explotación del microdato y explorar patrones que complementan la información publicada, no en establecer clasificaciones definitivas de las mujeres entrevistadas.

3. Marco teórico y legislativo del estudio

3.1. Conceptualización de la violencia contra mujeres con discapacidad

En este estudio se analiza esta violencia a partir del marco interpretativo desarrollado en la Observación general núm. 3 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016), que permite comprenderla no como un fenómeno aislado ni como la mera acumulación de dos factores de vulnerabilidad, sino como el resultado de relaciones de poder desiguales que sitúan a las mujeres con discapacidad en una posición de especial exposición a distintas formas de abuso, explotación y maltrato. Desde esta perspectiva, el análisis exige una aproximación que tenga en cuenta la discriminación múltiple e interseccional que atraviesa sus vidas (Cavalcante Carvalho, 2018). La violencia contra las mujeres con discapacidad constituye una manifestación específica y agravada de la discriminación estructural que resulta de la interacción entre el género y la discapacidad (Palacios, 2008).

Las mujeres y niñas con discapacidad conforman un grupo heterogéneo, que incluye a mujeres con distintos tipos de discapacidad, cuyas experiencias están además condicionadas por factores como la edad, la orientación sexual e identidad de género, la situación socioeconómica, la institucionalización, la capacidad jurídica, la etnia, la condición de migración o la privación de libertad, entre otros (Cavalcante Carvalho, 2018). Esta diversidad se traduce en formas diferenciadas de exposición a la violencia, que varían en intensidad y contexto, pero que comparten un mismo sustrato de discriminación y exclusión (Alcázar, 2023).

La violencia que sufren las mujeres y niñas con discapacidad se produce tanto en el ámbito privado como en el público y adopta formas que van más allá de las agresiones físicas o sexuales tradicionalmente reconocidas. Se trata de un fenómeno estructural, vinculado a normas sociales, prácticas institucionales y estereotipos profundamente arraigados que limitan la autonomía de las mujeres con discapacidad y refuerzan su dependencia de otras personas (Bodelón, 2014). En este sentido, la violencia se manifiesta no solo a través de actos individuales, sino también mediante decisiones, omisiones y prácticas sistemáticas que restringen el ejercicio de derechos (Palacios, 2008).

Durante décadas, las políticas públicas han abordado la discapacidad y la igualdad de género como ámbitos separados, lo que ha contribuido a la invisibilización de las mujeres con discapacidad (Alcázar, 2023). Esta doble exclusión ha tenido como consecuencia la falta de respuestas adecuadas frente a las formas específicas de violencia que les afectan, normalizando prácticas que no serían aceptadas en otros contextos (Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019).

Un elemento central en la conceptualización de esta violencia es el papel de los estereotipos basados en el capacitismo y el patriarcado (Serra, 2017). Las mujeres con discapacidad son con frecuencia percibidas como incapaces, dependientes o infantiles, lo que legitima socialmente la sustitución de su voluntad y la toma de decisiones por parte de las personas de su entorno. Al mismo tiempo, persisten estereotipos que las presentan como asexuales o como incapaces de controlar su sexualidad, creencias que incrementan su exposición a la violencia sexual y dificultan el reconocimiento de los abusos (Gomiz Pascual, 2016).

Estos estereotipos se reproducen también en los sistemas de protección, justicia y salud, restando credibilidad a los testimonios de las mujeres con discapacidad y limitando su acceso a recursos de apoyo. La desconfianza hacia su capacidad para comprender, narrar o consentir determinadas situaciones contribuye a la impunidad de los agresores y refuerza el silencio en torno a la violencia (Rebolledo Silva, 2026).

La violencia contra las mujeres con discapacidad adopta múltiples formas, que incluyen la violencia física, psicológica y sexual, la explota-

ción económica, el abandono, la negligencia y el control coercitivo. A estas se suman formas específicas vinculadas a la discapacidad, como la imposición de tratamientos médicos sin consentimiento, la privación de apoyos necesarios o el aislamiento social, prácticas que vulneran gravemente la integridad y la dignidad de las mujeres (Fernández Gutiérrez *et al.*, 2024). En este sentido, una encuesta realizada en seis países europeos, entre ellos España, constató que el 87,9% de las mujeres con discapacidad participantes había sufrido algún tipo de violencia (Plena Inclusión España, 2023).

Especial relevancia adquieren aquellas formas de violencia que se ejercen sobre el cuerpo y la vida reproductiva. La imposición de decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción, la ausencia de consentimiento previo, libre e informado en procedimientos médicos y la negación del derecho a decidir sobre el propio cuerpo constituyen expresiones particularmente graves de violencia, facilitadas por la percepción de incapacidad atribuida a las mujeres con discapacidad (Gomiz Pascual, 2016).

La restricción o negación de la capacidad legal desempeña un papel determinante en la configuración de estas formas de violencia. Con frecuencia, a las mujeres con discapacidad se les priva del reconocimiento pleno como sujetos de derechos, permitiendo que otras personas decidan en su nombre. Esta sustitución de la voluntad crea un entorno propicio para la imposición de intervenciones forzadas y dificulta o impide la denuncia de situaciones de abuso (Bariffi, 2014).

La violencia sexual constituye una de las formas más extendidas y menos denunciadas de violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad (Fernández Gutiérrez *et al.*, 2024). Se produce en todos los ámbitos y afecta de manera particular a mujeres y niñas con discapacidad intelectual, psicosocial, sordas, sordociegas o con grandes necesidades de apoyos, cuya dependencia de otras personas y las barreras de comunicación y de movilidad incrementan el riesgo de abuso y la impunidad (Cavalcante Carvalho, 2018).

En el caso de las niñas con discapacidad, la violencia adopta formas específicas, como el descuido diferenciado por razón de género, la ocultación, el abandono, el abuso y la explotación sexual, que tienden

a intensificarse en determinadas etapas del desarrollo. A ello se suman prácticas nocivas justificadas por creencias culturales que refuerzan su exclusión y la vulnerabilidad (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016).

La relación entre violencia y salud sexual y reproductiva constituye otro eje central. La falta de acceso a información accesible y a servicios adecuados limita la capacidad de las mujeres con discapacidad para tomar decisiones informadas y aumenta el riesgo de violencia sexual, configurándose como una forma de violencia estructural (Gomiz Pascual, 2016).

La institucionalización y la privación de libertad representan contextos de especial riesgo, en los que la violencia hacia las mujeres y niñas con discapacidad se manifiesta a través de prácticas como la administración forzosa de medicación, la contención o la ausencia de mecanismos efectivos de denuncia (Tardón Recio, 2017). El aislamiento y la dependencia total del personal técnico agravan estas situaciones (Bodelón, 2014).

En conjunto, la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad debe entenderse como una violación sistemática de derechos humanos, vinculada a la discriminación de género y discapacidad, a la negación de la autonomía y a la persistencia de estereotipos y prácticas nocivas (Palacios, 2008). Esta conceptualización constituye una base imprescindible para analizar manifestaciones concretas de esta violencia, como la esterilización forzada, y para fundamentar la necesidad de respuestas integrales orientadas a la prevención, la protección, la reparación y la garantía efectiva de derechos (Serra, 2017).

3.2. Tipos de violencias contra mujeres con discapacidad

La violencia contra las mujeres con discapacidad adopta múltiples formas que se superponen y refuerzan entre sí, configurando un entramado complejo de vulneraciones de derechos humanos. Tal como señala la Observación general núm. 3 sobre las mujeres y las niñas

con discapacidad, del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (2016), estas violencias no pueden entenderse únicamente como hechos aislados o como conductas individuales desviadas, sino como manifestaciones de desigualdades estructurales profundamente arraigadas que sitúan a las mujeres con discapacidad en una posición de subordinación y riesgo incrementado. Desde este enfoque, la violencia puede ser interpersonal, institucional y estructural, y manifestarse tanto mediante actos directos como a través de prácticas, normas y omisiones sistemáticas que restringen la autonomía y el ejercicio efectivo de derechos (Fernández Gutiérrez *et al.*, 2024).

En este sentido, la Observación general nº 3 subraya que las mujeres con discapacidad «corren mayor riesgo de sufrir violencia, explotación y abuso, en comparación con otras mujeres» y advierte que determinadas formas de violencia, en particular el abuso sexual, se producen «en todos los ámbitos, en instituciones estatales y no estatales y en la familia o la comunidad». Esta exposición diferenciada no es casual, sino el resultado de la interacción entre estereotipos de género y discapacidad y la dependencia forzada (Cavalcante Carvalho, 2018), así como de la negación de la capacidad jurídica y la falta de accesibilidad de los sistemas de protección y justicia (Bariffi, 2014).

3.2.1. Violencia interpersonal

Dentro de este marco general, las formas más visibles de violencia contra las mujeres con discapacidad son aquellas que se expresan mediante agresiones físicas, psicológicas y sexuales. No obstante, la Observación general núm. 3 (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016) advierte que estas violencias deben interpretarse de manera amplia, incorporando prácticas que no siempre son reconocidas como tales en los marcos normativos o sociales tradicionales. En este sentido, el Comité identifica, entre otras, como manifestaciones de violencia el uso de la fuerza física, la intimidación, la agresión verbal, la manipulación psicológica, el control coercitivo, el aislamiento, las amenazas de causar daño y la ridiculización basada en la discapacidad. Ya en 2012, el estudio temático de Naciones Unidas sobre esta cuestión advertía de la necesidad de abordar estas violencias desde un enfoque que integrara conjuntamente el género,

la discapacidad y los derechos humanos (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2012).

Así, la violencia física incluye no solo las agresiones directas, sino también prácticas como la privación de alimentos o agua, la negación de asistencia para las actividades de la vida diaria o la destrucción de dispositivos de apoyo y movilidad. Estas conductas adquieren una especial gravedad cuando afectan a mujeres con discapacidad que dependen de apoyos para su supervivencia cotidiana, ya que pueden poner en riesgo su integridad física y su vida (Fernández Gutiérrez *et al.*, 2024).

De forma complementaria, la violencia psicológica constituye una de las formas más extendidas y normalizadas. Se manifiesta a través de humillaciones constantes, amenazas, infantilización, control coercitivo y manipulación emocional. El Comité señala que el miedo generado por la intimidación y la agresión verbal forma parte de los mecanismos de control utilizados contra las mujeres con discapacidad, reforzando su dependencia y dificultando la denuncia de los abusos. Esta violencia se ve agravada por estereotipos que presentan a las mujeres con discapacidad como incapaces de comprender o narrar adecuadamente los hechos, lo que mina su credibilidad tanto en su entorno inmediato como ante las instituciones (Rebolledo Silva, 2026).

En este contexto, la violencia sexual constituye una de las expresiones más graves y menos denunciadas de violencia contra las mujeres con discapacidad. Incluye la violación, el abuso sexual, la explotación y otras formas de agresión sexual que se producen tanto en el ámbito privado como en instituciones residenciales, sanitarias, educativas o de privación de libertad (COCEMFE, 2025). La Observación general núm. 3 (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016) afirma de manera expresa que «la violencia sexual contra las mujeres con discapacidad incluye la violación» y que «el abuso sexual se produce en todos los ámbitos».

Además, determinados grupos de mujeres con discapacidad se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad frente a este tipo de violencia. El Comité señala a través de esta observación general que «algunas mujeres con discapacidad, en particular las mujeres sor-

das y sordociegas y las mujeres con discapacidad intelectual, pueden correr un riesgo aún mayor de violencia y malos tratos a causa de su aislamiento, dependencia u opresión». A ello se suman las barreras de comunicación, la falta de información accesible sobre derechos sexuales y reproductivos y la ausencia de mecanismos accesibles de denuncia, factores que contribuyen a la impunidad de los agresores y al silenciamiento de las víctimas (Cavalcante Carvalho, 2018).

Junto a estas formas de violencia, la violencia económica constituye otra dimensión central de la violencia contra las mujeres con discapacidad. Puede adoptar la forma de explotación económica, apropiación de ingresos o bienes, control de los recursos financieros, endeudamiento forzado o trata con fines de explotación. El Comité reconoce que «las mujeres con discapacidad pueden ser objeto de explotación económica a causa de su deficiencia, lo que a su vez puede exponerlas a nuevos actos de violencia». La discriminación estructural en el acceso al empleo, la precariedad económica y la dependencia de cuidadores o familiares incrementan el riesgo de este tipo de violencia y limitan las posibilidades de escapar de situaciones abusivas (Serra, 2017).

3.2.2. Violencia institucional y estructural

Más allá de las formas interpersonales, las mujeres con discapacidad se enfrentan también a formas específicas de violencia institucional y estructural que tienen un impacto profundo y sostenido en sus vidas. La Observación general núm. 3 (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016) define la violencia institucional y/o estructural como «cualquier forma de desigualdad estructural o de discriminación institucional que mantiene a la mujer en una posición subordinada, ya sea física o ideológica». Esta violencia no siempre se manifiesta a través de actos individuales identificables, sino mediante leyes y políticas que restringen derechos (Bodelón, 2014), así como mediante prácticas administrativas y actuaciones profesionales que reproducen estereotipos (Tardón Recio, 2017).

Entre las manifestaciones más frecuentes de violencia institucional se encuentran la falta de ajustes razonables en los servicios de atención a víctimas de violencia, la inaccesibilidad de los recursos de apoyo, la

ausencia de protocolos específicos y la desestimación sistemática de las denuncias presentadas por mujeres con discapacidad. En este sentido, el Comité advierte que los estereotipos nocivos pueden dar lugar a «la incredulidad y la desestimación de alegaciones por la policía, los fiscales y los tribunales», lo que dificulta el acceso a la justicia y refuerza la impunidad (Rebolledo Silva, 2026).

Asimismo, la violencia estructural se ve especialmente reforzada en contextos de institucionalización y privación de libertad. Las mujeres con discapacidad internadas en instituciones residenciales, psiquiátricas o penitenciarias se encuentran en entornos de especial riesgo, caracterizados por el aislamiento, la dependencia total del personal y la ausencia de mecanismos efectivos de control y denuncia. El Comité documenta que, en estos contextos, la violencia puede incluir prácticas como la administración forzosa de medicación psiquiátrica, el uso de contenciones farmacológicas, físicas o mecánicas y el aislamiento o la reclusión (Tardón Recio, 2017).

A ello se suma que la falta de una perspectiva interseccional en las políticas públicas de igualdad y discapacidad ha contribuido históricamente a la invisibilización de estas formas de violencia (ONU Mujeres, 2018). La ausencia de datos desagregados, la escasa participación de las mujeres con discapacidad en la elaboración de políticas y la insuficiente formación del personal de los sistemas de protección y justicia refuerzan un marco estructural que normaliza la vulneración de derechos (Alcázar, 2023).

3.2.3. Prácticas nocivas

Entre las formas más graves de violencia contra las mujeres con discapacidad se encuentran las prácticas nocivas que afectan directamente a su cuerpo, su salud y su vida reproductiva. La Observación general núm. 3 (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016) señala que constituyen violaciones graves de derechos humanos prácticas como el embarazo y la esterilización forzados o realizados bajo coerción, así como los procedimientos e intervenciones médicas llevados a cabo sin el consentimiento libre e informado, incluidos aquellos relacionados con la anticoncepción y el aborto (Prados García, 2021).

Estas prácticas se encuentran estrechamente vinculadas a la negación o restricción de la capacidad jurídica. El Comité señala que, en la práctica, «suele hacerse caso omiso de las opciones de las mujeres con discapacidad, especialmente las mujeres con discapacidad psicosocial o intelectual, y sus decisiones suelen ser sustituidas por las de terceros». Esta sustitución de la voluntad crea un contexto que facilita intervenciones irreversibles sin consentimiento, justificadas erróneamente en el supuesto «interés superior» o en teorías de incapacidad (Bariffi, 2014). Esta vulnerabilidad resulta especialmente acusada en el caso de las mujeres con discapacidad psicosocial, para quienes la falta de protocolos específicos de detección y atención dificulta el reconocimiento de la violencia machista que sufren (Federación Salud Mental Castilla y León, 2023).

En particular, la esterilización forzada y el aborto forzado constituyen expresiones extremas de control sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres con discapacidad. Estas prácticas se ven reforzadas por estereotipos eugenésicos que cuestionan su derecho a la maternidad y por la percepción de que no son aptas para ejercer la crianza (Yupanqui-Concha *et al.*, 2021). El Comité advierte que la restricción de la capacidad jurídica puede facilitar la imposición de intervenciones forzadas, como la esterilización, el aborto o la anticoncepción, sin el consentimiento libre e informado de las mujeres con discapacidad (Prados García, 2021).

La esterilización forzada consiste en la anulación permanente de la capacidad reproductiva de una mujer sin su consentimiento libre, previo e informado. El artículo 23 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006) reconoce el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente sobre su vida reproductiva y a conservar su fertilidad en igualdad de condiciones, principio con el que esta práctica entra en contradicción directa. En España, la Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, puso fin a la posibilidad de autorizar judicialmente esterilizaciones sin consentimiento, de modo que hoy constituye delito sin excepciones vinculadas a la discapacidad (Prados García, 2021).

Asimismo la reforma de 2023 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del

embarazo, declara las esterilizaciones no consentidas como violencia de género y el Consejo de Ministros y Ministras aprobó una declaración institucional en diciembre de 2022 reconociendo a las mujeres con discapacidad víctimas de las esterilizaciones forzosa y en un acto público se pidió perdón por esa práctica nociva contra la integridad corporal de las mujeres con discapacidad. A pesar de este avance legislativo, la reparación de las mujeres que fueron esterilizadas sin su consentimiento ha seguido constituyendo una deuda pendiente en España (Prados García, 2021). La reforma de la legislación sobre discapacidad, en fase de tramitación parlamentaria al cierre de este informe, prevé avanzar en el reconocimiento, la reparación y la indemnización de las víctimas. Su aprobación y posterior desarrollo deberán traducir este compromiso en medidas efectivas que respondan al daño sufrido.

Finalmente, la negación de la autonomía no se limita al ámbito sanitario, sino que atraviesa múltiples dimensiones de la vida, como la elección del lugar de residencia, las relaciones personales, la maternidad, la gestión de los recursos económicos y la participación en la comunidad. Estas prácticas refuerzan la dependencia, perpetúan estereotipos de incapacidad y consolidan un marco estructural de violencia que impide a las mujeres con discapacidad ejercer plenamente sus derechos en igualdad de condiciones (Palacios, 2008).

En conjunto, los distintos tipos de violencia contra las mujeres con discapacidad deben entenderse como manifestaciones interrelacionadas de un sistema de discriminación múltiple e interseccional (Fernández Gutiérrez *et al.*, 2024). Tal como subraya la Observación general núm. 3, estas violencias constituyen violaciones sistemáticas de derechos humanos y exigen respuestas integrales que aborden tanto las agresiones individuales como las estructuras y prácticas que las hacen posibles. Esta tipología proporciona un marco analítico fundamental para comprender la especificidad de la violencia que enfrentan las mujeres con discapacidad y para fundamentar la necesidad de medidas orientadas a la prevención, la protección, la reparación y la garantía efectiva de sus derechos (Serra, 2017).

3.3. Marco legislativo y de política pública.

El presente apartado supone una revisión de los aspectos en materia de discapacidad que se encuentran en la legislación sobre violencia contra la mujer en España, con el objeto de reunir todas las consideraciones que se dan en la normativa actual sobre los derechos de las personas con discapacidad, concretamente en cuanto a las mujeres con discapacidad y la situación de violencia de género, con la intención de establecer una base legal para la realización del estudio Las violencias contra las mujeres con discapacidad en España: análisis cualitativo y cuantitativo.

Este informe está estructurado en siete apartados, los cuales son:

1. Introducción
2. Obligaciones contraídas por España en virtud de los tratados de derechos humanos de Naciones Unidas
3. Revisión de la legislación del Consejo de Europa
4. Revisión de la legislación de la Unión Europea
5. Revisión de la legislación estatal
6. Revisión de la legislación autonómica
7. Conclusiones sobre la consideración de las víctimas con discapacidad en la legislación de violencia contra la mujer

Comenzado por el presente, en el primer apartado, *2.1. Introducción*, se establece el objeto de estudio además de la estructura que se ha diseñado y los contenidos incluidos.

El segundo apartado, *2.2. Obligaciones contraídas por España en virtud de los tratados de derechos humanos de Naciones Unidas*, enmarca las obligaciones a las que se acoge España en referencia a los tratados de derechos humanos de Naciones Unidas, ambos referentes para desa-

rrollar este estudio: la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

En cuanto al tercer apartado, *2.3. Revisión de la legislación del Consejo de Europa*, con respecto a la legislación establecida por parte del Consejo de Europa, se analiza otro gran referente, el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica – el Convenio de Estambul – y las recomendaciones en base a este que se dan por parte del GREVIO a España.

Para el cuarto apartado, 2.*4. Revisión de la legislación de la Unión Europea,* al igual que en el apartado anterior, se analiza la legislación, esta vez la de la Unión Europea, concretamente la Directiva sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica.

En el quinto apartado, 2.*5. Revisión de la legislación estatal*, se presenta el análisis de la normativa española que se ha utilizado para la preparación del estudio, tanto la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género como la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, además del nuevo Pacto de Estado Contra la violencia de género.

Para cerrar con la parte legislativa, en el sexto apartado, 2.*6. Revisión de la legislación autonómica*, y siguiendo el planteamiento de los puntos anteriores, se analizan las leyes vigentes en las diferentes comunidades autónomas de España en materia de violencia de género, para examinar la situación de la mujer con discapacidad en estas.

Por último, en el séptimo apartado, 2.7*. Conclusiones sobre la consideración de las víctimas con discapacidad en la legislación de violencia contra la mujer*, se incluyen las conclusiones.

3.3.1. Obligaciones contraídas por España en virtud de los tratados de derechos humanos de Naciones Unidas

En el desarrollo de este estudio, y para una mejor comprensión e identificación de la situación de la mujer con discapacidad en el ámbito

legal, en materia de violencia de género, se ha considerado el marco internacional de los Derechos Humanos ratificado por España. Concretamente, dos tratados de referencia en este ámbito: por un lado, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) y, por otro, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), así como las observaciones finales emitidas por estos órganos.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 6 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006), y la Observación General nº3 (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016), ambos sobre la mujer con discapacidad, se decreta, como un hecho actual, la existencia de múltiples formas de discriminación hacia las mujeres y a las niñas con discapacidad, y se establece la necesidad de adopción de medidas específicas en esta materia para lograr así la prevención y erradicación de la violencia género que afecta a este colectivo.

De igual forma, en cuanto a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Naciones Unidas, 1979), específicamente el artículo 1 y en el artículo 2, y considerando también la Recomendación General núm. 35 (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2017), se establece ahora un enfoque internacional, ya que se pretende garantizar que protejan los derechos de la mujeres en cuanto a la violencia, y ya no solo como mujeres sino también como mujeres con discapacidad, pues es en esta Recomendación General mencionada donde se referencia que la situación de la violencia contra la mujer está ligada a otros factores más allá de género, como es caso de la discapacidad, y que, en su mayoría, la intensifican.

Atendiendo, por último, las Observaciones Finales que ambos órganos remiten a España para su implementación, se establece, en las Observaciones Finales en cuanto a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que «El Comité insta al Estado parte a que amplíe la protección de la discriminación por motivos de discapacidad» (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2011) y se solicita que se trabaje en las medidas de prevención y protección de las múltiples situaciones de discriminación a las que se enfrentan

o se pueden enfrentar las mujeres con discapacidad. Así, en cuanto a las Observaciones Finales de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2023) se detalla, entre las recomendaciones que se establecen, la condición de adoptar las medidas que sean necesarias para asegurar que las mujeres víctimas puedan disfrutar y acceder a sus derechos.

Todas estas consideraciones se instauran como punto base para establecer las directrices del presente estudio y para poner el foco en las diferentes realidades a las que se pueden enfrentar tantas mujeres, teniendo en cuenta el marco legal sobre el que nos encontramos.

3.3.2. Revisión de la legislación del Consejo de Europa

El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Consejo de Europa, 2011)., o Convenio de Estambul, es el primer instrumento normativo internacional de obligado cumplimiento hacia los Estados Partes en materia de violencia de género. Este tratado tiene como objeto «proteger a las mujeres contra todas las formas de violencia; prevenir; perseguir; eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica». En este, se menciona a las personas con discapacidad únicamente en el artículo 4 sobre los Derechos fundamentales, igualdad y no discriminación, en el que se establece que la aplicación, por parte de los Estados Parte, de las diferentes medidas y directrices establecidas en el propio convenio, «deberá asegurarse sin discriminación alguna, basada en particular en el sexo, el género (...) la discapacidad (...) o cualquier otra situación».

Se hace referencia a necesidades específicas que puedan tener personas pertenecientes a colectivos vulnerables en el artículo 12, de observaciones generales, del Capítulo III sobre la Prevención, indicando que estas se tendrán en cuenta a la hora de aplicar las medidas establecidas. También se especifica en el artículo 18, de observaciones generales, del capítulo IV sobre Protección y apoyo, el cual indica que los Estados Partes deberán velar por las actuaciones establecidas y responderán a estas necesidades de personas vulnerables, así como hacerlas accesibles. En cuanto a accesibilidad, en el artículo 24, sobre

las guardias telefónicas, de este mismo capítulo, se indica que «las Partes tomarán las medidas legislativas u otras necesarias para establecer a nivel nacional guardias telefónicas gratuitas, accesibles las 24 horas del día (...)». Se refiere también el artículo 25 sobre apoyo a las víctimas de violencia sexual, en el que se establece la creación de centros de ayuda de emergencia para las mujeres que son víctimas de violaciones o de violencias sexuales, y se indica que estos deben ser fácilmente accesibles. Estas son las únicas indicaciones en cuanto a accesibilidad en el actual tratado.

Considerando que las personas con discapacidad y, en especial, las mujeres con discapacidad están incluidas en los anteriores artículos en referencia a personas vulnerables, estas son las únicas alusiones que se dan. En el Convenio no se especifican medidas para las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género ni ninguna especificidad hacia este colectivo.

En base a dicho tratado, el Primer Informe de Evaluación del GREVIO a España (Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género, 2024) constituye la evaluación por el Grupo de Expertos del Consejo de Europa sobre la Acción contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (GREVIO) del Convenio de Estambul en cuanto a la implementación de este en España, e incluye las recomendaciones pertinentes para que el Estado continúe trabajando por los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género.

Analizando la situación de los aspectos de discapacidad dispuestos en dicho tratado, una de las recomendaciones del GREVIO es que anima al Estado a «velar por que se lleve a cabo una mayor labor preventiva que aborde específicamente la violencia de género contra las mujeres y las niñas que sufren las mujeres con discapacidad (...)». Por otro lado, se menciona la ampliación del marco jurídico para fomentar la prevención y la lucha contra la violencia contra las mujeres, y se resalta como algo favorecedor el avance de España en la Ley Orgánica 2/2020, la cual erradica la esterilización forzosa o no consentida de las personas con discapacidad incapacitadas legalmente.

Otro aspecto referente es en cuanto a los servicios sociales, en el que se establece que las mujeres con discapacidad, con frecuencia, se en-

frentan a una gran falta de accesibilidad para hacer uso de estos servicios, por lo que se especifica que se deben implementar medidas adicionales para que, en casos de mujeres expuestas a algún tipo de discriminación, como son las mujeres con discapacidad, se les informe correctamente, y en igualdad de condiciones, de sus derechos.

Se hace referencia también, en cuanto a la actuación de las fuerzas del orden frente a las denuncias por violencia, que «las mujeres con discapacidad siguen enfrentándose a problemas de accesibilidad y, a pesar de la disponibilidad de nuevas orientaciones para los agentes de policía, éstos son a menudo incapaces de comunicarse de manera inclusiva o desconocen cómo responder a las denuncias en las que el agresor es el cuidador».

En este aspecto, el presente informe sí especifica de manera concreta algunas de las diferentes situaciones referentes a la situación de la mujer con discapacidad en relación a la violencia de género en España, en cuanto a la violencia, los derechos y en términos de accesibilidad.

3.3.3. Revisión de la legislación de la Unión Europea

La Directiva sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea, 2024) establecida por el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea, tiene como objetivo «proporcionar un marco integral para prevenir y combatir eficazmente la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica en toda la Unión». Esta directiva se enfoca en la definición de los delitos y las sanciones correspondientes, la protección de las víctimas y el acceso a la justicia, el apoyo a las víctimas, la mejora de la recogida de datos, la prevención, la coordinación y la cooperación.

En cuanto a los aspectos en relación a la discapacidad en el ámbito de la violencia contra las mujeres, una de las afirmaciones que se incluyen, al realizar una evaluación de las necesidades de algunas mujeres en cuanto a la protección y el apoyo de la víctima, es que «la principal preocupación debe ser salvaguardar la seguridad de la víctima y prestarle un apoyo personalizado», y se menciona que, dentro de los casos en los que se debería considerar, se encuentra el de las mujeres con discapacidad.

Ante las necesidades de protección y apoyo que presentan las víctimas de violencia, el Consejo recomienda que se establezca un punto de contacto en línea donde se pueda acceder a los servicios especializados pertinentes. De acuerdo con esto, se requiere, y así dice el texto, que este servicio web deber ser accesible a las personas con discapacidad, incluyendo que se preste, dicho servicio, en un lenguaje comprensible.

En el Artículo 33, sobre el apoyo específico para las víctimas con necesidades interseccionales y los grupos en riesgo, se detalla que los servicios de apoyo previamente redactados «tendrán capacidades suficientes para acoger a las víctimas con discapacidad, teniendo en cuenta sus necesidades especiales, incluida una asistencia personal».

Cabe destacar que, en todas estas referencias en cuanto a accesibilidad, la terminología que se utiliza es «personas con discapacidad», sin incidir en que se trate concretamente de mujeres, motivo de desarrollo de esta directiva.

3.3.4. Revisión de la legislación estatal

La **Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género**, es una norma fundamental el marco jurídico español por constituirse como la primera ley específica que trata la violencia contra las mujeres en España, y sigue el objeto de «actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas (...)».

En esta, en el artículo 3 sobre los planes de sensibilización, en cuanto a las campañas contra la violencia contra las mujeres, se establece que deberán realizarse de modo que se proporcione el acceso de las personas con discapacidad. Esto quiere decir, que se den medidas de accesibilidad. Así mismo, sobre el derecho a la información en el artículo 18, la ley enuncia que se proporcionará acceso integral a la información sobre los derechos y sobre los recursos existentes a todas las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género.

En el artículo 19 bis, sobre el derecho a la atención sanitaria, es importante destacar que se considera la implementación de medidas

concretas para el proceso de detección, el proceso de intervención y para la propia asistencia a mujeres en situación de discapacidad, al igual que mujeres con problemas de salud mental, en situaciones de violencia.

Sobre los derechos laborales y de Seguridad Social, en el artículo 21, se establece que las mujeres trabajadoras víctimas de violencia de género tendrán derecho, entre otros, a recibir y/o acceder a los apoyos necesarios que precise por la condición de discapacidad. Al igual que se establece que, sobre las ayudas sociales en el artículo 27, las mujeres con discapacidad víctimas de violencia que tengan reconocido un grado igual o superior al 33%, el importe de ayuda económica que reciban ascenderá a doce meses de subsidio por desempleo, siendo equivalente a seis meses para el resto de las mujeres.

El texto hace referencia también a la formación de los cuerpos de seguridad sobre la educación en materia de discapacidad.

La **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** implicó la supresión del párrafo segundo del artículo 156 del Código Penal eliminando del ordenamiento jurídico español toda posibilidad de esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas en virtud de resolución judicial. Esta modificación del ordenamiento penal nacional supuso un hito histórico para los derechos humanos en general, y particularmente para los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad, implicando el reconocimiento expreso de que las esterilizaciones forzadas o no consentidas constituyen una práctica nociva atentatoria contra la dignidad y la integridad física de las víctimas, y colocando a España a la vanguardia a nivel europeo e internacional en esta materia.

Por su parte, la reforma conjunta del **Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia** aprobada por el Pleno del Congreso de los Diputados el 16 de septiembre de 2026, incluye un mandato al Gobierno para que en el plazo de un año

desde su entrada en vigor este remita a las Cortes un proyecto de ley de reconocimiento, reparación e indemnización a las víctimas con discapacidad de la esterilización forzada o no consentida. Prospera así una demanda insistente del movimiento de mujeres con discapacidad, que entiende que no basta con la abolición de esta práctica, sino que debe garantizarse, además, el reconocimiento, reparación e indemnización de sus víctimas, principalmente mujeres con discapacidad.

Otra de las leyes de referencia nacional en la actualidad es la **Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual**. Primeramente, este texto consolidado introduce nueva terminología que, hasta ahora no había sido empleada. Algunos de estos conceptos son la violencia sexual o el feminicidio sexual. Es por ello que esta ley tiene como objetivo principal promover la prevención de los diferentes tipos de violencia sexual y garantizar los derechos de las mujeres que la sufren.

La **Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual**. apuesta por la garantía de los derechos humanos de las mujeres y de los niños y niñas, ofreciendo atención y protección a las víctimas en la superación de su proceso. En materia de educación, en el artículo 1, en cuanto a la formación de profesionales, se incide en que estos estén cualificados para atender las necesidades de las mujeres víctimas con discapacidad.

En el artículo 2, sobre los principios, se establece la prohibición de la discriminación, incluyendo cuando esta se por la razón de discapacidad. Además, en el mismo artículo se establece también, en cuanto a la accesibilidad, que todas las medidas inscritas en esta ley se planteen desde el modelo de accesibilidad universal, para adecuarlas a las víctimas con discapacidad.

Se redacta por otro lado, en el artículo 18, sobre la responsabilidad institucional, que las administraciones públicas prestarán especial atención a las víctimas con discapacidad.

Resumidamente, la presente Ley acoge la discapacidad en gran parte de su texto, incidiendo en que este grupo precisa, en todos los ámbitos, de una adecuación en cuanto a sus necesidades, tal y como se ha deta-

llado anteriormente con algunos artículos, y menciona, en su mayoría, a las «víctimas con discapacidad», sin especificar si se refiere a mujeres con discapacidad o a personas con discapacidad. De este modo, intuyendo que se trata de una forma de utilizar un lenguaje más inclusivo, determinamos que, al tratarse de una legislación en base a la violencia contra las mujeres, este término se refiere precisamente a ellas.

Por último, para cerrar con la legislación estatal, cabe analizar el **Pacto de Estado Contra la violencia de género.** En esta política aplicada con respecto a la versión anterior sobre las mejoras y progresos para erradicar la violencia de género, se han establecido claros avances, como el de incidir y prestar más atención a las mujeres con discapacidad.

En este sentido, en el punto 3 del Pacto, sobre asistencia, ayuda y protección a las víctimas, se establece un subpunto específico sobre discapacidad, el 3.6., que incluye las medidas de la 263 a la 280, todas ellas en materia de discapacidad. En ellas se abordan cuestiones como la asistencia personal para favorecer la autonomía en las mujeres con discapacidad (263); la implementación de un protocolo concreto para atender a personas con discapacidad víctimas de trata y explotación (267); dar prioridad a las víctimas de explotación sexual y trata en aquellos programas formativos públicos de empleo para las personas con discapacidad (269); garantizar que se atienda a las mujeres con discapacidad víctimas de violencia contra las mujeres desde los servicios y los diferentes programas especializados (271); formar a los y las profesionales de los distintos servicios a los que puede acudir una mujer con discapacidad víctima de violencia para que se logre adaptar toda la información, para que siga las mediadas de accesibilidad y para que sea inclusiva, proporcionando un trato digno y respetuoso (279).

Fuera de este punto específico, se considera también la discapacidad en otros aspectos, como, por ejemplo, en el de la salud, el punto 1.4., donde se especifica que se asegure el acceso a los canales informativos sobre salud sexual y reproductiva, atendiendo especialmente a las mujeres con discapacidad, y con problemas de salud mental, entre otras. Siguiendo en cuanto a la salud sexual y reproductiva, tal y como se establece en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se indica que se presente atención a las mujeres con discapacidad víc-

timas y que se sigan los principios de accesibilidad universal en las instalaciones y servicios del sector de la salud.

El punto 2.5. sobre sectores vulnerables, acoge dentro de estas vulnerabilidades la discapacidad, diseñando también medidas en las que se tiene en cuenta a estas mujeres con discapacidad, entre otras realidades, con un enfoque interseccional.

3.3.5. Revisión de la legislación autonómica

La **Ley 7/2012 integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana** tiene, como uno de los objetivos principales, la erradicación de la violencia contra la mujer. Para ello, se han llevado a cabo políticas sociales para ofrecer una atención integral a las víctimas, así como medidas para hacer frente la violencia, en base a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la cual ha servido de utilidad para la redacción la presente legislación.

En un primer contacto con esta legislación, se reconoce un apartado dentro del artículo 8 sobre los derechos de las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género. En este, se destaca la igualdad de condiciones en el acceso a la información y orientación judicial. Para ello, se aplicará la erradicación de las barreras existentes que imposibiliten el acceso a los recursos de atención que se ofrecen para las mujeres víctimas. De igual manera, como expone el artículo 31, en relación con las medidas de sensibilización sobre esta problemática, la Generalitat llevará a cabo la creación de campañas utilizando una comunicación accesible y comprensible para aquellas personas con discapacidad que presenten necesidades específicas a la hora de acceder a la información. Concretamente, se empleará lengua de signos y braille, entre otros sistemas de comunicación.

Otra de las medidas dirigida a las mujeres con discapacidad que han sufrido algún tipo de violencia, aparece en el artículo 57, acceso a la vivienda. Dentro de este, se describe el derecho preferente en cuanto al acceso de plazas en residencias de manera gratuita. No obstante, este apartado no va dirigido únicamente a las mujeres con discapacidad, ya que estas plazas también están reservadas para mujeres mayores de 65 años.

Finalmente, en cuanto a la atención integral y especializada, el artículo 12 menciona indirectamente que, a las mujeres víctimas de violencia, se les reconoce el derecho a recuperar su autonomía y desarrollo personal, entre otros, pero no se menciona ni específica sobre las mujeres con una condición de discapacidad.

La **Ley 5/2008 del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista de Cataluña**, hace énfasis en la violencia machista, entendida como una variedad de abusos hacia las mujeres. Por lo que, se establecen mecanismos para llevar a cabo la eliminación de esta violencia.

Cabe destacar que esta ley menciona en su título el derecho de las mujeres, entendido como los derechos humanos. Asimismo, se detalla que, toda mujer que haya sufrido violencia es una agente activa en su proceso de transformación y en relación con la superación de esta problemática en nuestra sociedad. Por tanto, la legislación parte de la Conferencia de Derechos Humanos de 1993 y de la Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, entre otras.

Acerca del tema de estudio en esta ley, el artículo 71 recoge dos apartados. El primero de ellos establece la garantía por parte del Gobierno para que el acceso a recursos esté libre de barreras en la accesibilidad. El segundo apartado expone el derecho a una ayuda económica dirigida a las mujeres víctimas de violencia con un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

Es importante mencionar que, textualmente, se entiende que las mujeres con discapacidad que han sufrido algún tipo de violencia machista son un colectivo preferente en cuanto al acceso a viviendas de promoción pública y a las residencias públicas, tal y como se establece en los artículos 35 y 36, respectivamente. De igual manera, en el artículo 37, se les da prioridad a estas mujeres en la resolución de ayudas para la adaptación del hogar.

Finalmente, la norma menciona una serie de principios orientadores recogidos en el artículo 7, para los/las profesionales que llevan a cabo intervenciones con las mujeres víctimas. Concretamente, el apartado

g) trata sobre la interseccionalidad y la importancia de considerar la diversidad de las mujeres, donde aparece la discapacidad física o intelectual como un grupo de atención especial dentro del ámbito de la violencia machista.

La **Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid** profundiza, desde un enfoque multidisciplinar, en las medidas de sensibilización y prevención persiguiendo el objetivo de combatir y eliminar la violencia de género, sea cual sea su forma, de la vida de tantas mujeres y de nuestra sociedad.

Se establece que esta Ley incide especialmente en atender a las mujeres víctimas de violencia que cursan esta realidad con otra realidad de vulnerabilidad, como es la discapacidad.

Se denuncian ciertas conductas que atentan contra las mujeres en esta Ley, siendo ejecutadas contra estas por parte de la pareja o expareja, o por quien haya tenido una relación de afectividad aún sin haber convivido. En el caso de las mujeres en situación de discapacidad, se incluyen también aquellas agresiones físicas o psíquicas ejercidas por hombres que pertenecen a su entorno familiar o institucional, independientemente de que no se dé una relación de pareja.

En cuanto a las mediadas de sensibilización en campañas de comunicación, se considera que se haga posible la accesibilidad para tener en cuenta a las mujeres con discapacidad.

En el artículo 15, sobre los principios de actuación, donde uno de estos principios para la intervención es el de la efectividad, considerando las medidas específicas que sean necesarias para las mujeres que se encuentren en una situación en la que acceder a la asistencia integral como víctimas les suponga un esfuerzo mayor, como es el caso de las mujeres con discapacidad.

Estas son las únicas intervenciones que se establecen en la propia Ley que incluyen a las mujeres con discapacidad, al igual que no hay más especificaciones sobre colectivos vulnerables. No se tratan temas de accesibilidad en ningún aspecto, más allá del citado anteriormente, que solo contempla las medidas de comunicación.

La **Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha** se compromete con las mujeres víctimas de violencia en España, especialmente en la propia comunidad autónoma, habiendo aprobado ya unos años antes, y abanderándose así de la causa, la Ley 5/2001, de 17 de mayo, de Prevención de Malos Tratos y Protección a las Mujeres Maltratadas.

En la Ley actual, en cuanto a los aspectos relacionados con la discapacidad, se hace referencia, en el artículo 13 sobre las campañas de información, que se lleven a cabo este tipo de acciones divulgativas para que, algunos colectivos de mujeres, entre ellas las mujeres con discapacidad y, en general, para aquellos colectivos vulnerables, tengan a su alcance de la información necesaria. Sin embargo, no se menciona la accesibilidad de estas campañas.

Sí se especifica sobre accesibilidad en el artículo 21, en cuanto al derecho a la información sobre la intervención, en mujeres víctimas de violencia. En él se indica que dicha información, tanto de forma verbal como escrita, será accesible y estará adaptada a las circunstancias personales de cada mujer a la que vaya destinada.

En el artículo 23, en cuanto a la red de recursos, se establece que los Recursos de Acogida, se especializarán poder asegurar que dan una atención acorde a las mujeres que ya no solo sufren una situación violencia, sino que, además, tengan otras condiciones añadidas, como la discapacidad o la enfermedad mental, entre otras.

En el artículo 27, en cuanto al acceso a la vivienda, se detalla que tendrán acceso preferente a la concesión de viviendas de carácter público las mujeres que sean víctimas de violencia de género y que, por otro lado, cuenten con una discapacidad reconocida igual o mayor al 33%, siendo viviendas adaptadas a sus necesidades.

Por último, se hace mención a los programas de inserción laboral en el artículo 28, sobre las medidas para el fomento de la inserción laboral, y se establece que dichos programas facilitarán la formación considerando las circunstancias específicas y las singularidades de las víctimas de violencia de género. Se entiende, aunque no se detalle, que dentro de estas se incluirán aquellas relacionadas con la condición de discapacidad.

La **Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la violencia de Castilla y León** pretende abordar la gran problemática social que es la violencia de género con la finalidad de erradicarla en el territorio autonómico a través de las diferentes medidas y pautas que establece.

Se especifica que esta Ley no busca únicamente prevenir la violencia, sino que, también, busca atender, proteger y asistir a las mujeres que se encuentran en situación de violencia de género y a aquellas que cuentan con otras necesidades.

En el artículo 4 sobre los principios rectores, se establece que se proporcionará una atención integral, cercana e indefinida a las víctimas, considerando aquellas necesidades que derivan, entre otras causas, de su situación personal de discapacidad.

En el artículo 9 en cuanto a la sensibilización, se indica que, debido a la complejidad para acceder a la información en situaciones específicas, se implanten campañas concretas con el fin de adecuarlas a los requerimientos que precisen, como es el caso de las mujeres con discapacidad.

Esta Ley cuenta con un artículo específico, el artículo 38, sobre las mujeres con discapacidad. En este se recoge, por un lado, que será la Administración Autonómica quien asegure que los recursos de atención que se establecen la presente Ley, no se verán interpuestos por existir barreras que no permitan su accesibilidad. Por otro lado, se considerará como una circunstancia válida para el acceso a la Red de Atención a las mujeres víctimas de violencia de género de Castilla y León, el reconocimiento en esta de un grado de discapacidad igual o mayor al 33%.

No se encuentran más apreciaciones en cuanto a la situación de las mujeres con discapacidad en la presente Ley de carácter autonómico.

La **Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género en la Comunidad Autónoma de Andalucía** nace del compromiso de dicha comunidad con la erradicación de la violencia de género y la protección integral a las mujeres.

Con la intención de velar por la igualdad, y así lograr prevenir y erradicar la violencia de género, la actuación que lleven a cabo los poderes públicos ante esta problemática, seguirá las pautas de accesibilidad a la comunicación que sean pertinentes, en cuanto a los derechos de las mujeres con discapacidad se refiere.

En el artículo 8 sobre el plan integral de sensibilización y prevención contra la violencia de género, se indica que se incluya a las mujeres con discapacidad en las campañas de información y sensibilización para combatir este tipo de violencia contra ellas. De igual forma, en dichas campañas, se requiere que se tengan en cuenta las condiciones que pueden acompañar a las mujeres víctimas más allá de la violencia por ser mujer, por lo que se refiere a las mujeres con discapacidad. También, en el artículo 26 sobre el derecho a la información, vuelve a referirse a las mujeres con discapacidad, esta vez para insistir en proporcionar los apoyos necesarios para acceder a este derecho.

Esta Ley dedica el artículo 29 tercero a la protección de personas mayores, con discapacidad o en situación de dependencia que convivan con la mujer víctima de violencia de género. Con esto, se refiere a la garantía propuesta por la Junta de Andalucía para proteger ante cualquier acto de violencia de género, a las personas con discapacidad, entre otras, que estén bajo la tutela o guarda y custodia de la mujer que se encuentra en situación de víctima de violencia de género y que compartan el entorno en el que viven.

Sobre los planes de salud en el artículo 33, se implementarán programas y actividades diseñados para ser eficaces y así poder detectar estas situaciones de violencia, considerando especialmente la situación de mujeres pertenecientes a colectivos más vulnerables, como es el caso de las mujeres con discapacidad.

En el artículo 45 en cuanto a la atención a colectivos especialmente vulnerables, se especifica en ellos las mujeres con discapacidad.

La **Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura** busca conseguir la verdadera igualdad entre mujeres y hombres, además de erradicar la violencia de género que sufren tantas mujeres.

En cuanto a las medidas para la integración de la perspectiva de género en las políticas públicas y en la normativa que establece la presente Ley, contempla principalmente la transversalidad de género, incluyendo en su artículo 22 sobre el desarrollo del principio de interseccionalidad que se atenderán los factores de discriminación, entre otros, hacia la discapacidad.

En el artículo 43 sobre incentivos a la contratación de mujeres, en el ámbito laboral, se considerarán medidas de fomento para contratar a mujeres que cuentan con una situación de mayor vulnerabilidad y riesgo de discriminación, como son las mujeres con discapacidad.

En el artículo 57 sobre la organización de espacios, horarios y creación de servicios, en cuanto a la conciliación de la vida laboral, familiar y personal, se indica que la Administración educativa y la Administración asistencial favorecerán la creación de centros de educación infantil y centros de cuidados de personas mayores o con algún tipo de discapacidad.

La Junta de Extremadura establece que llevará a cabo campañas de información que se propondrán sobre las medidas y normas establecidas, y lo hará a través de los medios pertinentes que sean necesarios para que sus mensajes lleguen a todas las mujeres posibles, en especial a las mujeres con discapacidad. Así lo establece en el artículo 63 sobre la igualdad en las políticas de inclusión social.

No se contemplan más medidas a favor de las mujeres con discapacidad en cuanto a la violencia de género en esta Ley de la Comunidad Autónoma de Extremadura, así como tampoco se refiere a otros aspectos relacionados.

La **Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón** busca abordar la problemática de la violencia hacia las mujeres aportando una visión integral y global, y considerando los aspectos que competen para instaurar medidas en todos los ámbitos.

En el Plan integral para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón, que se aprobó por el Gobierno de Ara-

gón el 24 de febrero de 2004, se considera la violencia de género como «todo acto de violencia que se ejerce contra la mujer por el simple hecho de serlo».

Sobre los aspectos relacionados con la discapacidad en la presente Ley, solo se hace referencia a esta una vez, y lo hace en el artículo 6 sobre información y buenas prácticas, en cuanto a las medidas de prevención y sensibilización, indicando que las campañas que se realicen para sensibilizar e informar frente a la violencia de género, se llevarán a cabo de manera que se garantice el acceso de las personas con discapacidad a las mismas.

En el resto del escrito no se encuentran más referencias sobre medidas ni apuntes con respecto a la discapacidad, a las mujeres con discapacidad, y a las diferentes situaciones y aspectos que las envuelven frente a la violencia de género y en cuanto a sus propios derechos. De igual forma, no se menciona la accesibilidad.

La **Ley 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género del Principado de Asturias** tiene como objetivo principal implementar un conjunto de medidas que encaminen a garantizar la igualdad de derechos, trato y oportunidades entre mujeres y hombres, y busca promover su presencia en el ámbito, tanto público como privado, del Principado de Asturias.

La única apreciación sobre la discapacidad que se da en esta Ley es en el artículo 21 en cuanto a la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres en las políticas de bienestar social, en el que se indica que se darán actuaciones específicas para atender a las mujeres pertenecientes a colectivos que están en una situación de vulnerabilidad, considerando dentro de estas a las mujeres que tienen una condición de discapacidad, entre otras.

No se considera la accesibilidad de ninguna de sus formas en la presente Ley, ni se tienen en cuenta tampoco aspectos de interseccionalidad que puedan envolver la realidad de estas mujeres víctimas de violencia de género en Asturias. Esta Ley se centra en la normatividad sin considerar otras dimensiones de las personas.

La **Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género de la Comunidad Autónoma de Galicia,** fue constituida con el objetivo de implementar medidas integrales para sensibilizar, prevenir y tratar la violencia de género, además de proteger y apoyar a las mujeres víctimas que sufren este tipo de violencia.

En el preámbulo de la actual Ley se menciona el Manifiesto de las mujeres con discapacidad de Europa, adoptado en Bruselas el 22 de febrero de 1997 por el Foro Europeo de la Discapacidad, en referencia a las recomendaciones que hace en relación a la violencia, al abuso sexual y a la seguridad de las mujeres y niñas con discapacidad, que van dirigidas a los propios estados miembros de la UE.

Entrando en la materia de la Ley en busca de los aspectos relacionados con la discapacidad, en el artículo 24 sobre el derecho a la atención sanitaria se indica que en todas las medidas protocolos sanitarios establecidos se proporcionarán recursos de apoyo en cuanto a las situaciones de violencia contra las mujeres con discapacidad o en situación de vulnerabilidad.

Por otro lado, en el artículo 47 sobre los criterios básicos – de la organización del sistema de protección y asistencia integral especializada frente a la violencia de género, se establece que facilitará que las mujeres con discapacidad que se encuentren en una situación de violencia de género puedan tener acceso integral a toda la información pertinente sobre sus derechos, así como acceder a los diferentes recursos, proporcionando dicha información de manera accesible y comprensible.

No se encuentran más consideraciones sobre medidas ni apuntes con respecto a la discapacidad, a las mujeres con discapacidad, y a las diferentes situaciones y aspectos que las envuelven frente a la violencia de género y en cuanto a sus propios derechos.

La **Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia,** persigue el objetivo de instaurar el principio de igualdad de mujeres y hombres en toda la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, regulando y poniendo el foco en aquellos aspectos sobre la

promoción y consecución de la igualdad, además de combatir íntegramente la violencia de género.

En cuanto a los aspectos expuestos sobre discapacidad en la presente Ley, en el artículo 26, sobre la integración social de mujeres en riesgo de exclusión o de especial vulnerabilidad, en cuanto a la atención social, expone que dentro de los referidos «grupos de especial vulnerabilidad» nombrados en la Ley, se incluye, entre otras, a las mujeres con discapacidad. De hecho, en este mismo artículo, se refiere a que la Administración de la Región de Murcia podrá llevar a cabo planes de actuación para una intervención sobre estos grupos.

En el artículo 37 sobre la igualdad de oportunidades en el marco de la comunicación, se indica que se hará uso de los medios adecuados para proporcionar y hacer llegar los mensajes, especialmente los que están dirigidos a mujeres con algún tipo de discapacidad sensorial, estableciendo los servicios de traducción pertinentes para cubrir estas necesidades.

No se dan más consideraciones en cuanto a otras medidas ni pautas en cuanto a la discapacidad ni a las mujeres con discapacidad en especial. Tampoco a las diferentes situaciones y aspectos que las envuelven frente a la violencia de género ni sobre sus propios derechos. No se considera la accesibilidad en la presente Ley.

La **Ley Foral 14/2015, de 10 de abril, para actuar contra la violencia hacia las mujeres en la Comunidad Foral de Navarra,** fue constituida con el objetivo de actuar en la Comunidad Foral de Navarra en cuanto a la violencia contra las mujeres o violencia de género, y busca adoptar medidas integrales para investigar y recoger información, así como prevenir y sensibilizar, a la vez que detectar, atender y proteger a las mujeres que son víctimas.

Se establece por parte de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra que se facilitará a las mujeres con discapacidades sensoriales la asistencia a través de un o una intérprete.

En cuanto a la prohibición de la discriminación, se determina que las medias presentadas en esta Ley se apliquen sin discriminar, entre

otras, por razón de discapacidad. Así lo establece en el artículo 6 sobre los principios rectores que informan esta ley foral. Con ello, en este mismo artículo hace referencia, con respecto a las discriminaciones múltiples, que se consideren a las mujeres que cursan con otros factores además del de víctimas, como son las mujeres con discapacidad.

Se refiere a las campañas informativas y de sensibilización, considerando especialmente a las mujeres con discapacidad, para que estas puedan acceder en igualdad de condiciones, en el artículo 17.

En el 21, sobre el derecho a la atención sanitaria, se indica que se ejecutarán medidas específicas para la detección, intervención y apoyo de situaciones de violencia contra mujeres con discapacidad o con problemas de salud mental.

Sobre los recursos y servicios de atención y recuperación, en el artículo 31 se indica que las mujeres con discapacidad se podrán beneficiar de las medidas que se establecen, sin distinción.

Se indica también en el artículo 36 sobre atención y recuperación psicosocial integral, que las mujeres que, además de ser víctimas de violencia, se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad, como el caso de las mujeres con discapacidad, tendrán asegurada una atención integral que responda a sus necesidades.

La **Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres del País Vasco** fue derogada y en su defecto se toma por referencia el **Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres.**

Este decreto tiene el objetivo principal de establecer los principios generales para la actuación de los poderes públicos en materia de igualdad, además de promover el empoderamiento de las mujeres, su autonomía y fortalecer su posición social, económica y política para eliminar la desigualdad.

El él, se establecen medidas que consideran los aspectos referidos a la discapacidad. En el artículo 3 sobre los principios generales, en re-

ferencia a la igualdad de oportunidades, se instaura que los poderes públicos vascos garantizarán la accesibilidad universal, de manera que se pueda acceder debidamente a los diferentes medios y recursos.

En el artículo 48 sobre la salud, en materia de los derechos sexuales y reproductivos, se establece que las mujeres con discapacidad tendrán garantizadas las prestaciones pertinentes para la reproducción asistida. Esta normativa es novedosa frente a otras Leyes. También se indica que las administraciones públicas vascas implantarán medidas para responder a los requerimientos de las mujeres con discapacidad, a través de la accesibilidad universal, promoviendo su participación en la sociedad.

En el artículo 66 sobre la vivienda, se menciona que, en cuanto al acceso a las viviendas financiadas con fondos públicos para mujeres víctimas de violencia, se considerarán las necesidades de accesibilidad que presenten las víctimas que estén en situación de discapacidad.

Es en el artículo 63 en cuanto a la atención policial, donde se establece la plena accesibilidad de este servicio para las mujeres con discapacidad.

En cuanto a la **Ley 11/2022, de 20 de septiembre, contra la Violencia de Género de La Rioja,** se compromete a trabajar por la erradicación de la violencia de género hacia la población riojana y lo hace en base las medidas del Pacto de Estado contra la Violencia de Género.

En cuanto a la prohibición de la discriminación, se determina en el artículo 2 sobre los principios rectores que, con respecto a las discriminaciones múltiples, se considera a las mujeres que cursan con otros factores además del de víctimas, como son las mujeres con discapacidad, excluidas de discriminación ante la aplicación de la presente Ley.

En el artículo 20 sobre campañas de sensibilización para prevenir y actuar frente a la violencia de género, se considerarán las condiciones específicas de las mujeres, ente otras, con discapacidad.

Sobre el artículo 27 del derecho a la atención sanitaria, se establecen medidas concretas para detectar, intervenir y apoyar a mujeres con discapacidad que se encuentran en una situación de violencia. En el

artículo 32 en base al derecho a la atención social integral, sobre los servicios sociales, también se establecerán medidas para atender a estas mujeres.

En el artículo 52 sobre el fomento de la inserción en el empleo, se especifica la creación de programas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral, y se presta atención especialmente a las mujeres víctimas de violencia de género que viven en el mundo rural y que también conviven con una situación de discapacidad.

Cabe destacar, por su relevancia e innovación, el artículo 62, sobre el derecho a intérprete y al facilitador o facilitadora. Se establece que la Administración proporcionará este recurso a las mujeres con discapacidad sensorial que lo precisen.

Las siguientes Leyes que van a ser numeradas, no consideran la discapacidad en ninguno de los aspectos referentes ni hacen referencia a las mujeres con discapacidad como colectivo que también sufre, y de manera múltiple, la violencia de género.

- Ley 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas, de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

- Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres, de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

- Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género, de la Comunidad Autónoma de Canarias.

3.3.6. Síntesis explicativa

Se observa que muchas de estas leyes están desactualizadas ya que se publicaron hace años, lo que impide que la información que ofrecen con relación al ámbito de igualdad no esté al corriente del movimiento feminista actual. Eso, principalmente, afecta a las mujeres víctimas de violencia de género con discapacidad, pues no se dedican artículos o apartados exclusivamente para este colectivo.

Cabe destacar que, este último punto no sucede en todas las legislaciones. Algunas, concretamente las más actuales, sí que prestan una atención más detallada al sector de mujeres víctimas de violencia de género con discapacidad, conceptualizándolas como un colectivo especialmente vulnerable y ofreciendo medidas más compactas. No obstante, en general, gran parte de las leyes analizadas limitan las medidas para estas mujeres al acceso a la información y recursos de manera accesible y adaptada.

De igual forma, se encuentran grandes carencias en materia de accesibilidad, considerándose relevante, por ejemplo, en cuanto al acceso a la información en campañas de sensibilización, pero no en otros aspectos relevantes, como el acceso a los espacios físicos o a los recursos especializados, entre muchos otros.

Cabe destacar también que, en muchas ocasiones, el lenguaje empleado acoge a nivel global el término «personas con discapacidad», en lugar de referirse concretamente a las mujeres con discapacidad, que son quienes sufren este tipo de violencia en primera persona y precisan de una perspectiva feminista y de género.

En resumen, se puede concluir que, es cierto que analizando toda la trayectoria de España en el marco legal en cuanto a violencia de género, se ven claros avances en esta materia, pero sí se revela que existe una gran desactualización en el sistema legislativo en materia de violencia de género y discapacidad, siendo la discapacidad todavía un elemento no tan presente, cuando se trata de una la realidad viva en la sociedad y la discriminación y la violencia hacia las mujeres que conforman este colectivo, todavía más.

4. Resultados

4.1. Diagnóstico de la violencia en mujeres con discapacidad, según datos disponibles

La violencia contra las mujeres con discapacidad está documentada en distintos contextos geográficos y socioculturales. Las investigaciones disponibles permiten identificar formas de violencia recurrentes, así como diferencias en las experiencias de las mujeres y en sus posibilidades de acceder a protección y apoyo. La evidencia internacional, los estudios realizados en España y la explotación específica de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024 ofrecen perspectivas complementarias para dimensionar y comprender esta realidad.

La diversidad de definiciones, muestras y procedimientos de recogida de información exige cautela al comparar los resultados. Asimismo, la accesibilidad de los instrumentos y las condiciones de participación de las mujeres con discapacidad siguen siendo aspectos fundamentales para valorar qué experiencias quedan recogidas y cuáles pueden permanecer invisibilizadas.

4.1.1. Diagnóstico global

Se ha llevado a cabo un análisis de las investigaciones ya existentes en cuanto a la situación de las mujeres con discapacidad y la violencia de género contra ellas. Este trabajo busca contrastar las diferentes formas de recabar datos, los diversos valores que se han tenido en cuenta y las diferentes perspectivas que se han podido implementar para desarrollar los diferentes estudios, además de conocer los resul-

tados, para dar con las claves para esta investigación en la que nos encontramos.

De esta forma, se han analizado seis estudios e informes a nivel global, llevados a cabo fuera del panorama nacional, y que han sido de gran ayuda para conocer estas metodologías y las diferentes conclusiones sobre la materia, aplicadas a diferentes contextos socioculturales. Estos estudios son:

- *Violence against women with disabilities study,* por el Consejo Nacional para la Mujer de Egipto y el CAPMAS junto a ONU Mujeres.

- Encuesta Nacional sobre la violencia hacia las mujeres con discapacidad en la pareja, por el Instituto de las Personas con Discapacidad (INDISCAPACIDAD CDMX) y el Centro Interdisciplinario de Derechos Infancia y Parentalidad A.C. (CIDIP) de México.

- *Addressing stigma and discrimination to eliminate violence against women with disabilities: lessons from Pakistan, Palestine, Republic of Moldova and Samoa, por el United Nations Development Programme (UNDP)* y ONU Mujeres en Pakistan, Palestina, República de Moldova y Samoa.

- *Disabled Women's Experiences of Intimate Partner Abuse in Ireland: Research Project Report, por Women's Aid, Trinity College de Dublín y The Disabled Gender Based Violence Taskforce,* en Irlanda.

- Mujeres y jóvenes con discapacidad: Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Women Enabled International (WEI).

- *Measuring violence against women with disability,* de la Organización Mundial de la Salud y ONU Mujeres.

***Violence against women with disabilities study*,** en español «Estudio de la violencia contra la mujer con discapacidad» es un estudio realizado en Egipto por The National Council of Women (NCW) – Consejo Nacional para la Mujer – y el CAPMAS, Central Agency for Public Mobilization and Statistics, en asociación con ONU Mujeres – UN Women, el UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas y el PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, con el generoso apoyo de la USAID – Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional – y el Reino de Noruega. Este proyecto contó también con expertos del ámbito de la investigación, la consultoría y otros colaboradores para el desarrollo del mismo. Fue publicado en febrero de 2022.

El objeto de estudio son las experiencias, los tipos y las formas de violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidad, incluidas las prácticas tradicionales nocivas. También identifica las características de las mujeres más vulnerables a la violencia y las afectadas por ella, así como los efectos de la violencia sobre las mujeres y sus familias. Dentro de la clasificación que se lleva a cabo de los tipos de violencia – física, psicológica y sexual – se añade la violencia basada en la discapacidad, con la intención de señalar concretamente aquellos casos en los que se atenta contra la condición de discapacidad y las necesidades o los recursos que la acompañan.

Participaron en el estudio 6.000 mujeres beneficiarias del «Takaful y Karama» program, programas que dotan de ayudas económicas a familias con hijos/as de bajos ingresos para cubrir gastos escolares y médicos (Takaful) y ayudas económicas a personas vulnerables, entre ellas las personas con discapacidad (Karama). La metodología seleccionada para la recogida de datos fue la encuesta. Este cuestionario supuso la firma de un protocolo de cooperación entre el National Council of Women y la «Fundación Egipcia para los Derechos de los Sordos e Intérpretes de Lengua de Signos» – Egyptian Foundation for the Rights of the Deaf and Sign Language Interpreters – para proporcionar intérpretes profesionales femeninos de lengua de signos para entrevistar a mujeres con discapacidad auditiva.

De los datos más destacables, presentados en una infografía, el 61% de las mujeres casadas habían experimentado violencia por parte de sus maridos en algún momento de su vida. En cuanto a la violencia sexual,

el 20% de las mujeres casadas indican haberla vivido. El 34% de las mujeres casadas afirman haber vivido violencia basada en su discapacidad por parte de sus maridos. El 33% de mujeres casadas que tienen graves dificultades para cuidarse a sí mismas experimentaron algún tipo violencia cometida por los maridos durante los 12 meses anteriores a la encuesta, y en el caso de las mujeres casadas con discapacidad auditiva grave, el 50% señala haberla experimentado. Uno de los resultados más relevantes es que el 48% de las participantes han sufrido violencia psicológica, física, sexual o basada en la discapacidad por miembros de la familia o de su entorno, desde los 15 años, siendo menores de edad.

La Encuesta Nacional sobre la violencia hacia las mujeres con discapacidad en la pareja es un estudio publicado en México en 2022 y realizado por del Instituto de las Personas con Discapacidad (INDISCAPACIDAD CDMX) y el Centro Interdisciplinario de Derechos Infancia y Parentalidad A.C. (CIDIP). Este estudio da continuidad a la Encuesta sobre la Atención a la Violencia hacia las Mujeres con Discapacidad en Ciudad de México 2020 y hora, con esta nueva investigación se busca ahondar y recabar datos concretos de violencia de género, específicamente, ejercida en mujeres con discapacidad.

El objeto es analizar las situaciones de violencia de género que viven a nivel nacional las mujeres con discapacidad en la pareja y que se creen recursos para proponer políticas públicas que apoyen el ejercicio del derecho a una vida libre de violencia de las mujeres con discapacidad en el país de México. Además, este trabajo busca analizar la prevalencia de la violencia hacia las mujeres con discapacidad y los tipos de violencia ejercidos, así como profundizar en las consecuencias y secuelas de sufrirlo. El estudio se centra en la violencia ejercida por la pareja.

Fueron 1.732 mujeres las que participaron en el estudio, de las cuales 43 son de otros países como España, Venezuela, Cuba, Colombia, Paraguay, Chile, Argentina, Ecuador, Costa Rica, Bolivia, Perú y Estados Unidos. De ellas, 119 no eran mujeres con discapacidad por lo que finalmente la muestra final del estudio fue de 1.570 mujeres, todas con discapacidad.

La metodología que se siguió fue la de la encuesta, proporcionada en formatos accesibles que permitieron obtener datos confiables de la situación que viven las mujeres con discapacidad. Esta encuesta cons-

taba de un formulario online diseñado para que su contenido pueda ser leído por el mayor número de mujeres posible, incluidas las que tienen algún tipo de discapacidad o de dificultad para la lectura y comprensión. Incluía lector de pantalla, audiodescripción, lectura fácil y adaptación a Lengua de Señas Mexicana.

Sobre los resultados, cabe destacar el relacionado con la prevalencia de la violencia en la pareja (pág. 20) que indica que el 79,2% de las mujeres han afirmado haber vivido violencia por parte de su pareja – novio o marido. De todas ellas, el 42% tiene una discapacidad física. De todas las mujeres que indican no haber tenido pareja nunca, el 44% son mujeres con discapacidad intelectual. También se estudian las secuelas que ha dejado la violencia a estas mujeres, donde además de afecciones físicas o psicológicas, entre otras, un 5% de las participantes dijo que la situación de violencia le había generado su discapacidad (pág. 40). En cuanto al proceso de salida de la violencia y la búsqueda de ayuda (pág. 33), el 77% oculta o niega que la está sufriendo o la ha sufrido, y en relación a las dificultades que enfrentan estas mujeres con discapacidad a la hora de denunciar (pág. 39) las principales barreras son la falta de capacitación del personal (22%), la falta de información en formatos accesibles (18%), las instalaciones no accesibles (13%) y la falta de transporte y comunicación accesible (9%). Además de los propios datos, también se recogieron comentarios y testimonios anexados a los resultados de la encuesta.

Addressing stigma and discrimination to eliminate violence against women with disabilities: lessons from Pakistan, Palestine, Republic of Moldova and Samoa, en español «Abordando el estigma y la discriminación para eliminar la violencia contra las mujeres con discapacidad: lecciones de Pakistán, Palestina, la República de Moldova y Samoa», es un estudio llevado a cabo por United Nations Development Programme (UNDP) y UN Women junto a organizaciones locales de personas con discapacidad de los países participantes, y las mujeres con discapacidad que han contribuido tanto Pakistan, Palestina, República de Moldova como Samoa. Fue financiado por la Asociación de las Naciones Unidas para los Derechos de las Personas con Discapacidad, United Nations Partnership on the Rights of Persons with Disabilities (UNPRPD) y contó con investigadores del University College de Londres que fueron contratados como consultores. Se publica en agosto de 2024.

El objeto de este estudio es la creación de una nueva medida para evaluar las experiencias de las mujeres y niñas con discapacidad para reunir pruebas sobre la intersección entre la discapacidad, el estigma y la discriminación por motivos de género.

Participaron en el estudio 667 mujeres, de las cuales 110 son de Moldova, 93 de Pakistán, 337 de Palestine y 127 de Samoa. La metodología de investigación se basó en una encuesta, pero se desconoce si el formato fue telemático o escrito. Se llevaron a cabo encuestas en cuatro países, utilizando un enfoque participativo y una estrecha colaboración con los asociados locales y las mujeres con discapacidad. No hay constancia de que la encuesta fuese accesible a los diferentes tipos de discapacidad que lo requiriesen, pero sí se indica que se establecieron directrices éticas para asegurar un enfoque basado en los derechos humanos y minimizar el daño.

En cuanto a los resultados, el informe señala que todos los datos y porcentajes son una estimación del problema ya que muchas de las mujeres participantes se mostraron incómodas o temerosas ante algunas preguntas y en muchos casos el número de respuestas «prefiero no responder» a algunas de estas preguntas fue bastante alto - cuando se les preguntó si habían sido obligados a casarse, 11,3% de las mujeres en Palestina y 5,5% de las mujeres en Pakistán y Moldavia eligieron «prefiero no responder» (Tabla 3, pág. 10). Uno de los datos más relevantes del estudio es que, de las mujeres que indican haberse sentido excluidas socialmente, más de la mitad relacionan esta discriminación con el hecho de ser mujeres con discapacidad. El 42,8% señala que la percepción de exclusión es causada por su condición de discapacidad, y el 26,9% indica que se da por razones de género (Tabla 2, pág. 6). De igual forma ocurre en respuesta a la cuestión sobre abuso en mujeres con discapacidad y las razones percibidas de abuso, siendo un 48,7% de mujeres las que indican que la razón del abuso que han vivido es su condición de discapacidad y un 28,4% responde que es por ser mujer (Tabla 4, pág.11).

Una vez terminado el estudio, se celebraron talleres y seminarios web con las participantes para validar y finalizar las conclusiones y recomendaciones.

Disabled Women's Experiences of Intimate Partner Abuse in Ireland: Research Project Report, en español «Experiencias de las mujeres con discapacidad en relación con el abuso por parte de su pareja en Irlanda: informe del proyecto de investigación» es un estudio realizado en Irlanda por Women's Aid, Trinity College de Dublín y The Disabled Gender Based Violence Taskforce – el grupo de trabajo sobre la violencia basada en el género. Fue publicado en 2024.

El objeto de este estudio es el abuso por parte de la pareja íntima (IPA), incluida la violencia, contra las mujeres con discapacidad en la República de Irlanda. El equipo humano que lo llevó a cabo trabaja para prevenir y combatir todas las formas de violencia y abuso contra las mujeres con discapacidad y están comprometidos a utilizar información y datos sólidos para impulsar el cambio social.

La metodología que se siguió fue la de la encuesta. Esto incluyó una investigación sobre la forma en que los servicios de violencia doméstica son accesibles y apropiados para las mujeres con discapacidad que experimentan esta forma de abuso. Se realizaron encuestas y entrevistas online a las mujeres que habían experimentado IAP, encuestando también a los proveedores de los diferentes servicios y, por último, un mapeo para categorizar la accesibilidad de estos servicios prestados y disponibles. No indica si el formato de participación de las mujeres en el estudio fue accesible o si estaba adaptado. Participaron un total de 97 mujeres con discapacidad en el estudio.

En cuanto a los resultados recogidos, algunos de ellos determinan que las formas más comunes de abuso y/o violencia que han vivido esto mujeres son el abuso emocional (psicológico) con un 89%, seguido de comportamientos coercitivos/controladores, con un 76%, al que le sigue la violencia física/abuso con el 70% y luego tácticas abusivas específicamente relacionadas con la discapacidad, con un 60%. El 96% de las participantes creía que su discapacidad hacía más difícil afrontar la IAP. En cuanto al abuso específico por la discapacidad experimentado por las participantes, se incluyen los insultos sobre discapacidad, con el 70%, la falta de aceptación de la discapacidad por parte de la pareja con un 66%, y la falta de apoyo para realizar actividades cotidianas, con el 49%. El 71% de las participantes dijo que se avergonzaban de lo que les sucedía, el 65% dijo que dudaban de si contar a otros lo que

estaba pasando, el 56% esperaba que su pareja cambiara su comportamiento, el 51% tenía miedo de volver a ser maltratada/agredida, y el 35% no disponían de medios alternativos de apoyo económico. El 60% indicaron que no podían irse cuando se sentían amenazadas o agredidas, debido a su discapacidad. En el 14% de los casos, la IPA fue una causa directa de discapacidad para estas mujeres. También es destacable que la mayoría de ellas no conocieran los servicios especializados de apoyo a la violencia doméstica y el abuso (DVA), ya que más de la mitad no pudo nombrar ningún servicio.

Mujeres y jóvenes con discapacidad: Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos es una guía realizada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, (UNFPA), concretamente desarrollada desde la Subdivisión de Género, Derechos Humanos y Cultura, junto a la entidad Women Enabled International (WEI). Fue publicada en el año 2018.

Este informe tiene como objeto proporcionar directrices prácticas y concretas para hacer que los servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva sean más inclusivos y accesibles para las mujeres y los jóvenes con discapacidad, y para orientar las intervenciones de manera que satisfagan las necesidades específicas de sus discapacidades.

Al no tratarse de un estudio, la metodología que se ha implementado para desarrollar esta guía informativa y estas directrices está basada en el estudio de marcos internacionales de derechos humanos y en la perspectiva de género e igualdad hacia tantas mujeres y tantas jóvenes que se ven afectadas por estas formas de violencia.

En cuanto al contenido, en resumen, las directrices establecen que el principio esencial que debe guiar todos los servicios basados en derechos de calidad para mujeres y jóvenes con discapacidad es: «cuando tenga dudas, pregúntele a la persona con discapacidad» (pág. 23). Estas directrices que se describen incluyen la creación de un entorno legislativo y normativo propicio, donde se desarrollen políticas y planes nacionales que tengan en cuenta a las mujeres con discapacidad. También el desarrollo, implementación y supervisión de programas que favorezcan

la participación de mujeres y jóvenes con discapacidad (pág. 28). Otro punto clave de esta guía es el de la implementación de accesibilidad en los servicios (reproductivos, de salud, en materia de violencia...), adaptándose a los diferentes tipos de discapacidad que se dan y teniendo en cuenta las diferentes necesidades de las jóvenes y mujeres con discapacidad. Otro gran bloque de este documento recoge los servicios en materia de violencia basada en género (pág. 49) donde considera desde un plan de prevención de la violencia de género en mujeres con discapacidad hasta la creación de diferentes servicios en diferentes ámbitos que velen por este colectivo y esta comunidad, como pueden ser los servicios de justicia y vigilancia policial, los servicios de protección y rehabilitación (sociales), o aquellos específicos en materia de género hacia mujeres y jóvenes con discapacidad en entornos institucionales o de fácil acceso. Esta guía cuenta también con otro bloque que se centra, concretamente, en los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos para mujeres y jóvenes con discapacidad (pág. 91) e incluye la puesta en marcha de planes de formación en educación social o en anticoncepción, entre otros, así como garantizar la toma de decisiones individual y personal en base a sus derechos o la accesibilidad para hacer uso de los diferentes servicios nombrados.

Measuring violence against women with disability, en español, «Midiendo la violencia contra las mujeres con discapacidad», es un informe desarrollado por la Organización mundial de la Salud (OMS) como parte del Joint Programme on Violence against Women Data – Programa conjunto sobre la Violencia contra la Mujer – que lleva a cabo con UN Women. Fue publicado en 2022.

Este documento tiene como objeto informar sobre el desarrollo y fortalecimiento de las medidas sobre la violencia contra las mujeres con discapacidad en las encuestas sobre la violencia contra las mujeres. Ofrece una visión general de los desafíos en la disponibilidad, medición y recopilación de datos sobre violencia contra las mujeres con discapacidad.

En cuanto a la metodología, la revisión parte de la comparativa de diferentes estudios realizados y se centra en la medición de la violencia en el contexto de la investigación centrada en la discapacidad, la medición de la violencia en investigaciones centradas en la intersección entre dis-

capacidad y violencia; y la medición de la discapacidad en el contexto de la investigación centrada en la violencia contra las mujeres.

Sobre los resultados obtenidos, uno de los puntos que se incluye en el informe como deficiencias identificadas en los datos e instrumentos (pág. 4), es sobre la falta de recopilación de datos de manera accesible e inclusiva, haciendo mención a que la ausencia de accesibilidad y adaptación de las encuestas realizadas en algunos estudios limita la participación de mujeres con algún tipo de discapacidad, como la cognitiva, y de este modo las excluye. Se realiza también una comparación entre diferentes herramientas de mediada sobre discapacidad (pág. 5) como el Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS), que es la medida más utilizada en los escudos sobre violencia contra la mujer, o la WHO Disability Assessment Schedule (WHO-DAS 2.0), una de las herramientas de referencia para la discapacidad. El estudio evalúa fortalezas y debilidades. Se menciona como deficiencia en la medición de la violencia (pág. 7) que la mayoría de los estudios se centran en la violencia relacionada con la pareja, siendo que esta se da muchas veces por parte de otros miembros de la familia o el entorno, o por personas desconocidas, y no necesariamente la pareja. El informe facilita algunas recomendaciones de buenas prácticas en medición (pág. 8) como la consideración de preguntas específicas y la extensión de las herramientas para abordar los problemas de accesibilidad, incluir preguntas basadas en las fortalezas y no tanto en debilidades, o incluir apoyo psicológico durante los procesos de investigación. Menciona que las mujeres con discapacidad necesitan ser incluidas en la investigación desde el principio, y deben representar una gama de discapacidades visibles e invisibles, así como que es necesario establecer alianzas con organizaciones de personas con discapacidad.

4.1.2. Situación en España, según estudios sectoriales

Siguiendo con el análisis de las diversas investigaciones centradas en la situación de las mujeres con discapacidad frente a la violencia de género, y habiendo examinado diferentes trabajos a nivel global, se han analizado, para la elaboración del estudio *Las violencias contra las mujeres con discapacidad en España: análisis cualitativo y cuantitativo*, un total de once estudios e informes desarrollados en España, y, en algunos casos, específicamente en el ámbito autonómico.

Estos documentos proceden de una variedad de fuentes y han sido seleccionados por su publicación reciente a través de entidades y organizaciones que trabajan por mejorar la situación que tantas mujeres sufren. Recogen diferentes perspectivas, metodologías y estructuras de investigación que resultan de utilidad para el presente estudio. Algunos comparten un mismo planteamiento aplicado en distintas comunidades autónomas, mientras que otros incorporan enfoques y procedimientos diferentes. Aunque se implementan distintas medidas, la accesibilidad sigue siendo un aspecto que requiere mejoras en el conjunto de los trabajos revisados.

La revisión permite conocer las investigaciones que se han llevado a cabo y los resultados que han proporcionado, aportando elementos para diseñar el cuestionario y establecer las bases de la investigación. Sus resultados y conclusiones reflejan una realidad que, aunque muchas veces se considere lejana, convive a nuestro alrededor y está presente con cifras destacables: la violencia de género afecta a las mujeres con discapacidad en España. Se trata de una cuestión de gran relevancia social que atraviesa distintos ámbitos del panorama nacional y exige atención tanto desde la investigación como desde la intervención.

Los estudios e informes seleccionados son:

- Niñas y mujeres con discapacidad víctimas de violencia machista. Pautas de intervención, por Emakunde, el Instituto Vasco de la Mujer, junto a Edekka, la Coordinadora Vasca de Representantes de Personas con Discapacidad.

- Diagnóstico sobre mujeres con discapacidad y violencia de género en Canarias, por el Instituto Canario de Igualdad (ICI).

- Diagnosi de necesitats especifiques per l'abordatge de les violencies masclistes en les dones ambas discapacitat i propostes d'actuació, por la asociación Dones No Estàndards.

- Violencia de género contra las niñas y mujeres en el espectro del autismo, por Autismo España.

- Ojo al dato. Visibilidad de una realidad oculta a través del dato: mujer, discapacidad y violencia, por INSERTA EMPLEO - Grupo Social ONCE.

- Estudio para la prevención e identificación de la violencia hacia las mujeres y niñas con discapacidad desde el ámbito sanitario, por la Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad – CEMUDIS.

- Mujer, discapacidad y violencia de género, por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género y la Federación de Mujeres Progresistas.

- Informe sobre violencia contra las mujeres con discapacidad a partir de la explotación de los datos de la Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2019 de la DGVG, por la Fundación CERMI Mujeres.

- Situación de la violencia de género contra las mujeres con discapacidad en la Comunidad Valenciana, por el CERMI de la Comunidad Valenciana.

- Situación de la violencia de género contra las mujeres con discapacidad en la Comunidad de Madrid, por el CERMI de la Comunidad de Madrid.

- Situación de la violencia contra las mujeres con discapacidad en Extremadura, por el CERMI de Extremadura.

Niñas y mujeres con discapacidad víctimas de violencia machista. Pautas de intervención es un informe desarrollado por Emakunde, el Instituto Vasco de la Mujer, junto a Edekka, la Coordinadora Vasca de Representantes de Personas con Discapacidad. Fue publicado en 2019.

El informe tiene como objeto recoger una serie de pautas a seguir para orientar la intervención de los y las profesionales que trabajan con niñas y mujeres con discapacidad víctimas de violencia, para lograr mejorar la atención que estas reciben. Estas pautas para implantar en la atención a niñas y mujeres con discapacidad víctimas de violencia están distribuidas según los diferentes tipos de discapacidad, aten-

diendo a las necesidades y demandas específicas de cada condición, ya no solo como mujeres y/o niñas con una situación de discapacidad sino en el contexto de la violencia de género, concretamente.

En cuanto a las niñas y mujeres con parálisis cerebral, se identifica la no infantilización, adaptar la comunicación o detectar señales de lesiones, entre otros. Para las niñas y mujeres con discapacidad física o movilidad reducida este informe pone el foco en la accesibilidad de los espacios y entornos, así como en la necesidad de acompañar y brindar apoyos.

En referencia a las niñas y mujeres con discapacidad orgánica, se habla de adaptarse a las necesidades de las diferentes patologías que las acompañan, además de prestar atención a los síntomas de cansancio o dolor, siendo algunos de los más frecuentes.

Sobre las niñas y mujeres con sordoceguera es indispensable el apoyo del intérprete, sin olvidar que a quien hay que dirigirse en la comunión es a la propia persona, a la mujer o niña con discapacidad.

Para las niñas y mujeres con discapacidad auditiva se especifica el uso ya aprendizaje de la Lengua de Signos Española además de la implementación de medios escritos.

En cuanto a las niñas y mujeres con discapacidad visual, los principales apoyos consisten en informar y facilitar para ayudar a comprender.

Respecto a las niñas y mujeres con discapacidad intelectual y del desarrollo, el punto principal y que supondría una puesta en común para cualquier tipo de discapacidad, es la no infantilización. En este caso también se destaca la importancia de explicar acorde a las necesidades y brindar los apoyos que se requieran.

Para las niñas y mujeres con problemas de salud mental, se resalta el respeto por ellas y por las situaciones que pueden estar viviendo, y la escucha.

Por último, en cuanto a las niñas y mujeres con discapacidad cognitiva por daño cerebral adquirido, se habla de trabajar el respeto y la con-

ciencia hacia estas mujeres y niñas y su condición, así como la adaptación.

Además, para finalizar, en el informe se añade un último punto donde recoge recursos y servicios de interés en los que se aborda la situación de la niña y la mujer con discapacidad frente a la violencia de género en el País Vasco.

El Diagnóstico sobre mujeres con discapacidad y violencia de género en Canarias es un estudio desarrollado por el Instituto Canario de Igualdad (ICI) fruto de la alianza con el Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de Canarias – CERMI Canarias – tras haber elaborado en conjunto el Protocolo General de Actuación para el desarrollo de acciones dirigidas a promover la efectividad del principio de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, la defensa de los derechos de las mujeres con discapacidad y la lucha contra las discriminaciones que les afectan por razón de género y discapacidad, en 2021. El presente estudio fue publicado en 2023.

Este estudio tiene como objeto aportar datos que mejoren el conocimiento sobre la situación y sobre los factores determinantes de la mayor vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad en Canarias con relación a la violencia de género. Además, tiene otros objetivos como también analizar las variables y experiencias que influyen en la discriminación y en las formas de violencia o investigar los síntomas y consecuencias de la violencia de género y el impacto que tiene en las mujeres con discapacidad que la sufren.

En cuanto al desarrollo, el estudio sigue una triangulación metodológica: fuentes secundarias, recabando información de estudios y fuentes bibliográficas nacionales; agentes clave del ámbito de la discapacidad y la violencia de género, como el personal de referencia de los siete Cabildos Insulares y el personal de gestión del Servicio de Atención a Mujeres Víctimas del 112; y las propias mujeres con discapacidad. En este caso, las mujeres, protagonistas, fueron un total de 224 participantes de las diferentes entidades pertenecientes a CERMI Canarias, las asociaciones del ámbito de la discapacidad de Canarias y de los diferentes recursos especializados en atención a violencia de género.

La recogida de datos de estas mujeres fue a través de una encuesta, que seguía el ejemplo metodológico propuesto por la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015, y lo adaptaba a los objetivos de la investigación incluyendo apartados específicos de preguntas relacionadas con la discapacidad. Además, para garantizar la accesibilidad del instrumento y facilitar la comprensión del contenido, se procedió a la adaptación del cuestionario a lectura fácil.

Algunos de los resultados recogidos indican que: el 81% de las participantes se ha sentido discriminada en algún momento o situación o a percibido estarlo por alguna condición (pág. 43). El 63% inicia que el motivo principal por el que sufre discriminación es por su condición de discapacidad y el 38% indica que es por ser mujer. El 56%, más de la mitad de las mujeres participantes, han experimentado algún tipo de violencia por alguna persona que no era pareja o expareja, siendo los casos más frecuentes, con el 34%, hombres de su familia y, con el 21%, otras personas hombres (pág. 63). El 20% de las mujeres que ha sido víctima dice haber sufrido violencia sexual (pág. 64). De las mujeres que han participado, el 35% ha sufrido violencia por parte de si expareja – hombre – y el 14% lo ha sufrido por su pareja, actual (pág. 69). El 13% determina que el tipo de violencia sufrido ha sido violencia sexual (pág. 70).

Diagnosi de necesitats especifiques per l'abordatge de les violencies masclistes en les dones ambas discapacitat i propostes d'actuació, en español, «Diagnóstico de necesidades específicas para hacer frente a la violencia sexista en las mujeres con discapacidad y propuestas de acción», es un estudio desarrollado por la asociación Dones No Estàndards y encargado por l'Institut Català de les Dones – el Instituto Catalán de las Mujeres. Fue publicado en 2021.

Este estudio tiene como objeto analizar, desde una perspectiva interseccional y feminista, la discriminación y violencia sufridas por las mujeres con discapacidad en su vida cotidiana. El informe hace visibles, a través de seis áreas específicas – trabajo remunerado, acceso a la salud, educación, justicia y fuerzas de seguridad, servicios sociales, vida social y dimensión personal y afectiva –, la raíz de estas violencias y las formas concretas en que éstas se manifiestan e impactan en la vida de mujeres con diversidad funcional.

En cuanto a la metodología, este trabajo se ha llevado a cabo de forma participativa con mujeres y grupos del campo, desde su enfoque inicial hasta las etapas finales de la redacción. Han participado 25 mujeres con discapacidad y 14 profesionales del campo. El estudio se llevó a cabo durante el COVID-19, lo que obligó a adaptar los espacios para reuniones, entrevistas y grupos focales. No se habla de accesibilidad. Todo esto se ha convertido en un informe en base a las experiencias y vivencias de diferentes mujeres con discapacidad.

Como resultado de los estudios, se han recogido algunas propuestas, entre las que se encuentran: implementar medidas que obliguen a todos los estados políticos, sociales, culturales, legales, académicos, sanitarios, económicos, científicos... a ser participadas por mujeres con discapacidad en los diferentes órganos de poder y de decisión (7% del total). Por otro lado, facilitar la vida independiente como primera opción en todos los ámbitos y en todas las dimensiones de la vida de las mujeres con diversidad funcional. Esto significa proporcionar recursos a iniciativas de vida independiente y ampliar cifras como las del asistente personal. También trabajar para hacer accesible, a la población en general, una percepción de las mujeres con discapacidad como lo que so, mujeres; con deseos, anhelos y necesidades, mediante el uso de los medios públicos.

Violencia de género contra las niñas y mujeres en el espectro del autismo es un estudio realizado por Autismo España y financiado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Fue publicado en el año 2024.

El estudio tiene como objeto favorecer una respuesta especializada a las situaciones de violencia de género que experimentan las mujeres con autismo, centrada en la prevención, la detección precoz y el apoyo a las víctimas desde la red de atención psicosocial que las atiende. El resultado de este estudio es el desarrollo de las barreras en la atención a las niñas y mujeres autistas víctimas de violencia de género que existen actualmente y cómo transformarlas.

En cuanto a la metodología, han participado en el estudio 19 profesionales seleccionadas por su trayectoria profesional en el ámbito de la violencia de género, 9 mujeres dentro del espectro del autismo

víctimas de violencia de género, y 123 profesionales de la Unidad de Atención a la Familia y Mujer de la Policía Nacional (UFAM) y de la Asociación a Favor de Personas con Discapacidad de la Policía Nacional (AMIFP). Se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales con trayectoria profesional en el ámbito de la violencia de género y a mujeres dentro del espectro del autismo víctimas de violencia de género. También se elaboró un cuestionario digitalizado administrado a profesionales de la Unidad de Atención a la Familia y Mujer de la Policía Nacional (UFAM) y de la Asociación a Favor de Personas con Discapacidad de la Policía Nacional (AMIFP).

En cuanto a las barreras en la atención a las niñas y mujeres autistas víctimas de violencia de género, este informe recoge que las mujeres y niñas con autismo experimentan una mayor vulnerabilidad a la violencia de género, que la violencia de género es un problema de salud pública y las mujeres con autismo están en una situación de mayor vulnerabilidad frente a la misma. Las niñas y mujeres con autismo no se sienten identificadas con las campañas y materiales de sensibilización y prevención contra la violencia de género, Faltan programas educativos específicos para mujeres con esta condición. No existen programas, protocolos, ni recursos específicos sobre autismo en las redes de atención a víctimas de violencia de género. La detección del autismo en mujeres es una tarea pendiente para un abordaje precoz y especializado. No existen recursos de apoyo específicos para mujeres con autismo en los centros y puntos de asistencia públicos. La falta de credibilidad y apoyo en los juzgados frecuentemente resulta en la negación de órdenes de alejamiento, dejando a las mujeres con autismo víctimas de violencia de género en situaciones de vulnerabilidad y riesgo. Además, no condenar la violencia sufrida dificulta su recuperación social y económica, y contribuye a que se sientan desprotegidas.

Todos estos son algunos de los datos redactados en el informe en base al estudio realizado.

Ojo al dato. Visibilidad de una realidad oculta a través del dato: mujer, discapacidad y violencia es un estudio realizado por INSERTA EMPLEO, entidad de Grupo Social ONCE, y desarrollado en el marco del proyecto Mujeres en Modo ON VG, el cual está cofinanciado por el Fondo Social Europeo. Dicho proyecto se enmarca en el Programa Opera-

tivo de Inclusión Social y Economía Social nº CCI 2014ES05SFOP012. Fue publicado en el año 2023. Se encuentra en la Confederación de Salud Mental de España.

El objeto de este estudio es el de realizar un análisis en profundidad de la violencia de género entre las mujeres con discapacidad, atendiendo a todo el proceso de identificación de necesidades y dispositivos de apoyo y ayuda.

Participaron en el estudio 1.541 mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género, que forman parte del proyecto Mujeres en Modo ON VG. La metodología seguida se basa en el análisis y la recogida de información de la base de datos de INSERTA para elaborar dicho informe. La base de datos de Inserta Empleo se nutre de la información proporcionada por el equipo compass de la entidad, cerca de 60 profesionales distribuidos por el territorio nacional.

En cuanto a algunos de los resultados se observa que el 77% de las mujeres participantes considera que su maltratador no tiene acceso a ella por algún canal como el móvil, las redes sociales o el correo electrónico, entre otros (pág. 21). Aun así, el 65% de las mujeres no mantiene contacto con el maltratador (pág. 22). Según la evaluación realizada por el equipo compass, en el momento del desarrollo del informe el 70% de las mujeres no estarían en riesgo actualmente y el 75% de las mujeres objeto de análisis tienen establecidas medidas de protección (pág. 23). La mayoría de las mujeres han denunciado a su maltratador ante las fuerzas de seguridad, el 59,8% (pág. 24). En el 98,2% de los casos la violencia ha sido ejercida por un miembro de la familia o pareja (pág. 33). En el 57,6% de los casos la discapacidad no es consecuencia de la violencia, pero el 13,4% señala que, si bien su discapacidad no es consecuencia directa de la violencia de género, ésta ha agravado su discapacidad (pág. 34). Hay una mayor prevalencia de violencia hacia las mujeres con discapacidad física, con un 35,2% (pág. 49). En cuanto a los tipos de violencia que han sufrido estas mujeres, la mayor evidencia estadística se encuentra en la violencia psicológica emocional y la violencia sexual (pág. 50).

Estudio para la prevención e identificación de la violencia hacia las mujeres y niñas con discapacidad desde el ámbito sanitario es el estudio realizado por la Confederación Estatal de Mujeres con Discapa-

cidad – CEMUDIS – y financiado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, la Fundación ONCE y el Instituto de las Mujeres. Fue publicado en 2022.

El estudio tiene como objeto visibilizar y detectar las diferentes situaciones de violencia que viven las mujeres y niñas con discapacidad, en distintos ámbitos de su vida diaria, entornos familiares, institucionales, educativo, laboral, etc., en especial, el sanitario. Para ello, analiza las demandas y reivindicaciones desde la diversidad de las mujeres con discapacidad.

Participaron un total de 1233 mujeres con discapacidad de toda España. La metodología empleada para la recogida de información fue por medio de una encuesta online para detectar situaciones de violencia contra mujeres y niñas con discapacidad. También se implementaron cuestionarios al personal sanitario de distintos centros de las Comunidades Autónomas de Galicia, Cataluña y Navarra. También se llevó a cabo una evaluación de la accesibilidad en centros de salud, hospitales y consultorios de las tres comunidades autónomas con el objetivo de extraer información que suponga un acercamiento tanto desde el punto de vista de las mujeres como del de los profesionales.

En cuanto a los resultados, el estudio determina que el 47 % de las entrevistadas dijo que alguna vez ha sentido algún tipo de discriminación, el 5 % constantemente, y el muchas veces el 19% (Figura 35, pág. 74). Las situaciones en las que alguna vez se han sentido discriminadas han sido en el trabajo el 59,5 %, un 56,5 % en las relaciones sociales, el 48 % en la gestión administrativa, el 52 % en el transporte, el 50 % en servicios sanitarios y 30 % en el ámbito institucional (Figura 36, pág. 75). El 79% de las mujeres dice no haber denunciado nunca alguna de estas situaciones vividas (Figura 37, pág. 76) y de las que sí lo han hecho, el 39% dice que la denuncia no tuvo ningún resultado, ningún efecto; solo a un 11% se la resolvieron (Figura 39, pág. 77). A la pregunta sobre si las mujeres con discapacidad tienen personal de referencia con quien compartir las situaciones de violencia vividas, el porcentaje está equilibrado entre las respuestas sí o no, aunque presenta un mayor porcentaje la respuesta negativa con un 53 % (Figura 57, pág. 97).

Mujer, discapacidad y violencia de género es un estudio impulsado y financiado por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, y realizado por la Federación de Mujeres Progresistas. Fue publicado en 2020.

Este estudio tiene como objeto analizar la situación de las mujeres con discapacidad en relación con la violencia de género, tanto desde la perspectiva de las víctimas como del resto de mujeres con discapacidad que no lo son, así como determinar la prevalencia de casos de discapacidad derivados de situaciones de violencia de género, la percepción de la violencia en diferentes aspectos y proponer posibles actuaciones de sensibilización, prevención, asistencia y protección a poner en práctica por los poderes públicos, entre otros.

La metodología que se utilizó para recoger los datos es el cuestionario. Este cuestionario está adaptado a lectura fácil para hacerlo accesible a las necesidades de las participantes que así lo requerían y se implementó de manera online. Participaron un total de 155 mujeres con discapacidad en el estudio, pertenecientes a diferentes entidades que trabajan en el ámbito de la discapacidad y de las cuales algunos de los profesionales de estas participaron en el proceso de elaboración de este estudio.

En cuanto a los resultados, cabe destacar que un 71% de las mujeres que han participado refieren haber sufrido algún tipo de violencia a lo largo de la vida, ya sea con su pareja del pasado o la actual (Gráfico 5, pág. 36). Un 98,4% de ellas indica que el tipo de violencia que ha sufrido es la violencia psicológica de control, seguida de la violencia psicológica emocional con un 81,8%. La sexual corresponde al 62,7%. Hay que tener en cuenta que una misma mujer puede haber vivido más de un tipo de violencia (Gráfico 6, pág. 37). En cuanto a la prevalencia en mujeres que han sufrido violencia de género por parte de alguna pareja, el 18,2% son mujeres con discapacidad sensorial visual, el 16,4% física-orgánica y con el 12,7%, sensorial auditiva (Tabla 6, pág. 38). La manifestación de control más prevalente, tanto en el presente como en el pasado, que han referido las mujeres encuestadas es la de sentir que habitualmente sus parejas les insisten en saber dónde están en cada momento – 27,7% y 50%, respectivamente. Para un 46% de mujeres su pareja del pasado de manera habitual la ignoraba o trataba

con indiferencia, y al 41% las ignoraba cuando estaban rodeados de gente con la que él se sentía cómodo (Tabla 9, pág. 41). Al 42,6% de mujeres con pareja y al 19,1% con pareja del pasado, les han insultado o les ha hecho sentirse mal consigo misma como forma de expresión de violencia psicológica emocional (Tabla 10, pág. 44). Si hablamos de la violencia sexual, al 33% de las mujeres sus parejas del pasado alguna vez las han obligado a mantener relaciones sexuales cuando ellas no querían, a un 30% les han tocado sus partes íntimas o les han realizado algún otro tipo de tocamiento de tipo sexual cuando ellas no querían. En cuanto a las mujeres que tienen pareja actual, el 19% han mantenido relaciones sexuales sin desearlo porque tenían miedo de lo que les podrían hacer si se negaban.

Informe sobre violencia contra las mujeres con discapacidad a partir de la explotación de los datos de la Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2019 de la DGVG es un documento elaborado por la Fundación CERMI Mujeres. Fue publicado en el año 2022.

Este informe tiene como objeto realizar un análisis crítico de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 publicada por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, así como visibilizar y denunciar la situación de las mujeres con discapacidad que sufren violencia, e insistir en la importancia de los principios de no discriminación, igualdad de oportunidades, inclusión en la comunidad, vida independiente y acción positiva, promoviendo a su vez el empoderamiento individual y colectivo de las mujeres y niñas con discapacidad en todo el territorio español.

Algunos de los datos de la Macroencuesta analizados en dicho informe determinan que a un 68,8% de las mujeres alguna vez en la vida les han abofeteado o tirado algo que pudiera hacerles daño, a un 57,3% les han empujado, agarrado o tirado del pelo y un 35,4% ha sido golpeada con el puño del agresor (Tabla 2, pág. 24), fuera del contexto de la pareja. En la mayoría de los casos son hombres de la familia de las mujeres con discapacidad los que han ejercido esta violencia (Tabla 4, pág. 26). Respecto a sexo de quiénes han perpetrado la violencia sexual contra las mujeres con y sin discapacidad, los datos constatan que en el 96,5 % y 98,6 %, de los casos respectivamente, han sido solo hombres (Tabla 9, pág. 31). Por otro lado, la desesperación o sensación de impotencia

es referida la primera consecuencia psicológica derivada de la violencia sexual contra las mujeres con discapacidad en un 56,1% y en un 29,3% en el caso de las mujeres sin discapacidad, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Tabla 15, pág. 36). Respecto al estado de salud autopercibido, el 54,4% de las mujeres con discapacidad expuestas a violencia sexual fuera de la pareja o expareja refieren tener un mal o muy mal estado de salud, mientras que en el caso de las mujeres sin discapacidad es de 8,7% (Tabla 16, pág. 37). Entre las mujeres con discapacidad acreditada y que fueron violentadas sexualmente fuera de la pareja alguna vez en su vida, el 19,3% afirma que la discapacidad es consecuencia de estos episodios de violencia sexual. La prevalencia del acoso reiterado en mujeres con discapacidad el 16,9%, y en el caso de mujeres sin discapacidad es del 15,1%.

El *estudio Situación de la violencia de género contra las mujeres con discapacidad en la Comunidad Valenciana* fue desarrollado por Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) de la Comunidad Valenciana junto a la Fundación CERMI Mujeres. Es un estudio financiado por la Direcció General de l'Institut Valenciá de les Dones de la Comunitat Valenciana y fue publicado en diciembre de 2022. Muchos de los puntos principales de este estudio, como el objeto y la metodología, entre otros, serán puestos en común, más adelante, con los siguientes estudios que hemos analizado y que también han realizado desde CERMI en diferentes comunidades autónomas, ya que siguen la misma estructura y desarrollo.

El objeto de este estudio es conocer la situación de las mujeres con discapacidad en la Comunidad Valenciana ante la violencia, haciendo una reunión sistemática de datos y detallando sus causas y consecuencias. Busca también identificar las necesidades específicas de atención de las mujeres con discapacidad que son víctimas de violencias de género, analizar los factores individuales, familiares, sociales y estructurales que favorecen su recuperación y elaborar recomendaciones concretas para la prevención y detección.

Fueron 81 mujeres con discapacidad integrantes de entidades que configuran CERMI Comunidad Valenciana las que participaron en el estudio. Algunas de ellas son mujeres sobrevivientes a la violencia de género y otras eran mujeres sin historias de violencia identificadas previamente.

Esta investigación se basa en una triangulación metodológica: constó de una encuesta a las mujeres, entrevistas a profesionales y análisis de fuentes secundarias. Además, también del contraste con otros estudios. La encuesta diseñada parte de la Macroencuesta de violencia contra la mujer de 2015, con algunas modificaciones y mejoras, y con una versión en lectura fácil, por lo que se emplearon medias de accesibilidad. Los profesionales con los que contaron para las entrevistas pertenecen a diferentes ámbitos como el de la Justicia y cuerpos y fuerzas de seguridad, el de los servicios específicos que forman parte de la Red de Atención Integral para la violencia de género de la Comunidad Valenciana, el ámbito de los servicios específicos de discapacidad y de atención a la salud y el de los servicios de atención directa del movimiento asociativo de CERMI Comunidad Valenciana.

En cuanto a algunos de los resultados, se evidencia que el 69,1% de las mujeres indican haber sufrido violencia por parte de alguna pareja en algún momento de la vida (Gráfico 10, pág. 40) y el 67,9% de las mujeres con discapacidad han sufrido abuso y violencia, por agresores distintos a la pareja (Gráfico 28, pág. 101). La violencia psicológica emocional es la más frecuente dándose en el 94,6% de las encuestadas y con el 92,9% la sigue violencia psicológica de control. El 62,5% ha sufrido violencia física y 66,1%, violencia sexual (Gráfico 11, pág. 50). El 23,2% de las mujeres con discapacidad física u orgánica que han tenido pareja han sufrido violencia de género (Tabla 9, pág. 51). Se estudia la relación entre la violencia de género y el estado de salud de las mujeres que la han vivido, y entre las mujeres que han estado expuestas a alguna situación de violencia por parte de su pareja en algún momento de su vida, el 14,1% refiere malo y muy malo estado de salud /Gráfico 17, pág. 64). Los síntomas de mala salud más presentes en la vida de las mujeres que se han visto afectadas son el insomnio con un 78,6% de los casos, la ansiedad o angustia con un 71,4% y con el 66,1%, la tristeza.

El estudio ***Situación de la violencia de género contra las mujeres con discapacidad en la Comunidad de Madrid*** fue desarrollado por Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) de la Comunidad de Madrid junto a la Fundación CERMI Mujeres. Es un estudio financiado por la Dirección General de Igualdad, Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid y fue

publicado en diciembre de 2022. Este es un estudio semejante al realizado también por CERMI en la Comunidad Valenciana.

El objeto de este estudio es conocer la situación de las mujeres con discapacidad en la Comunidad de Madrid ante la violencia, haciendo una reunión sistemática de datos y detallando sus causas y consecuencias. Busca también identificar las necesidades específicas de atención de las mujeres con discapacidad que son víctimas de violencias de género, analizar los factores individuales, familiares, sociales y estructurales que favorecen su recuperación y elaborar recomendaciones concretas para la prevención y detección.

Participaron en el estudio 101 mujeres con discapacidad integrantes de entidades que configuran CERMI Comunidad de Madrid. Algunas de ellas son mujeres sobrevivientes a la violencia de género y otras eran mujeres sin historias de violencia identificadas previamente.

Esta investigación se basa en una triangulación metodológica: constó de una encuesta a las mujeres, entrevistas a profesionales y análisis de fuentes secundarias. Además, también del contraste con otros estudios. La encuesta diseñada parte de la Macroencuesta de violencia contra la mujer de 2015, con algunas modificaciones y mejoras, y con una versión en lectura fácil, por lo que se emplearon medias de accesibilidad. La participación en el formulario, tanto de las mujeres como de los profesionales, fue online, adaptado a la situación vital derivada de la pandemia por COVID-19. Los profesionales con los que contaron para las entrevistas pertenecen a diferentes ámbitos como el de la Justicia y cuerpos y fuerzas de seguridad, el de los servicios específicos que forman parte de la Red de Atención Integral para la violencia de género de la Comunidad de Madrid, el ámbito de los servicios específicos de discapacidad y de atención a la salud y el de los servicios de atención directa del movimiento asociativo de CERMI Comunidad de Madrid.

En cuanto a algunos de los resultados más destacables, sobre la percepción de discriminación e imaginarios sobre la violencia de género un 82,2% de las mujeres encuestadas que se han sentido discriminadas (Gráfico 7, pág. 39). De estas mujeres, el 84,3% indica que el motivo de la discriminación que han sufrido ha sido su situación de discapacidad, y el 44,6% afirma que ha sido el hecho de ser mujer

(Gráfico 8, pág. 40). De las 101 mujeres que han participado, un 62,4% de las mujeres refieren haber vivido algún tipo de violencia de género en algún momento de la vida (Gráfico 10, pág. 45) siendo la violencia psicológica emocional y la de control las más frecuentes, ambas con un 87,3%, seguidas de la violencia física y la violencia sexual, también ambas con un 58,7%. La prevalencia de violencia de género por tipo de discapacidad (Tabla 9, pág. 48) refleja que las mujeres con discapacidad física u orgánica son las que más han experimentado estas situaciones – un 27%.

El estudio ***Situación de la violencia contra las mujeres con discapacidad en Extremadura*** ha sido realizado por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) de Extremadura y la Fundación CERMI Mujeres. Este estudio fue financiado por el Instituto de la Mujer de Extremadura con cargo a los fondos del Pacto de Estado contra la Violencia de Género. Tanto el estudio de la Comunidad de Madrid como el de la Comunidad Valenciana, realizados por las correspondientes entidades autonómicas de CERMI, siguen una estructura semejante. Este estudio pue publicado en el año 2022.

El objeto de este estudio es conocer la situación de las mujeres con discapacidad en Extremadura ante la violencia, haciendo una reunión sistemática de datos y detallando sus causas y consecuencias. Busca también identificar las necesidades específicas de atención de las mujeres con discapacidad que son víctimas de violencias de género, analizar los factores que favorecen el proceso de salida y elaborar recomendaciones concretas para la prevención y detección.

Fueron 70 mujeres con discapacidad integrantes de entidades que configuran CERMI Extremadura las que participaron en el estudio. Algunas de ellas son mujeres sobrevivientes a la violencia de género y otras eran mujeres sin historias de violencia identificadas previamente.

Esta investigación se basa en una triangulación metodológica: constó de una encuesta a las mujeres, entrevistas a profesionales y análisis de fuentes secundarias. Además, también del contraste con otros estudios. La encuesta diseñada parte de la Macroencuesta de violencia contra la mujer de 2015, con algunas modificaciones y mejoras, y con una versión en lectura fácil, por lo que se emplearon medias de acce-

sibilidad. La participación en el formulario, tanto de las mujeres como de los profesionales, fue online, adaptado a la situación vital derivada de la pandemia por COVID-19. Los profesionales con los que contaron para las entrevistas pertenecen a diferentes ámbitos como el de los servicios específicos que forman parte de la Red Extremeña de Atención a Víctimas de Violencia de Género, el de la justicia y cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado y que pueden estar en coordinación con la Red, el ámbito de servicios específicos de discapacidad y de atención a la salud y el ámbito asociativo del CERMI Extremadura.

Algunos resultados son: el 71,4% de mujeres encuestadas afirma haberse sentido discriminadas (Gráfico 8, pág. 41) y un 84% de las mujeres confirma que la razón es su propia condición de discapacidad (Gráfico 9, pág. 41). En cuanto a las violencias y abusos a mujeres con discapacidad a lo largo de su vida, un 68,6% de las mujeres ha sufrido alguna vez situaciones de abuso y violencia (Gráfico 11, pág. 46). El tipo de violencia más frecuente es el abuso emocional con un 58,6% seguido del abandono emocional con un 47,1%. Continúan la violencia física y la violencia sexual, con un 32,9% y 22,9% (Gráfico 12, pág. 47). El 35,4% de las mujeres con discapacidad señala que ha sido bastante la afección física y mental a causa de la violencia (Gráfico 14, pág. 54) y, de ellas, al 14,6% le han producido su discapacidad actual (pág. 55).

4.1.3. Diagnóstico según la V Macroencuesta de Violencia contra la Mujer

La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024 constituye la principal fuente estadística disponible en España para conocer la prevalencia, las características y las consecuencias de las distintas formas de violencia contra las mujeres. La amplitud de su cuestionario permite analizar la violencia ejercida en la pareja y fuera de ella, las respuestas de las mujeres, el recurso a apoyos formales e informales y las consecuencias físicas y psicológicas derivadas de las agresiones.

La incorporación de información sobre discapacidad representa un avance relevante respecto a ediciones anteriores. La encuesta recoge tanto el reconocimiento administrativo de un grado de discapacidad como la existencia de limitaciones funcionales derivadas de problemas de salud crónicos o de larga duración. También incorpora el grado y

el tipo de discapacidad, lo que permite observar diferencias internas dentro de una población que no puede tratarse como un grupo homogéneo. No obstante, la submuestra específica de mujeres con discapacidad es limitada, por lo que algunas desagregaciones, especialmente por tipo de discapacidad, deben interpretarse con cautela.

El informe principal y el estudio específico -ya publicados- sobre mujeres especialmente vulnerables ofrecen ya una explotación amplia de esta información, con resultados sobre prevalencia de la violencia, denuncia, utilización de servicios, consecuencias psicológicas, secuelas y discapacidad derivada de la violencia. El presente estudio parte de esos trabajos y desarrolla una explotación complementaria del microdato, orientada a identificar patrones asociados a las necesidades de apoyo funcional, la integración social y, con carácter exploratorio, el tipo de discapacidad.

El objetivo no es únicamente comparar la prevalencia global de la violencia entre mujeres con y sin discapacidad. El análisis busca distinguir las formas de violencia sufridas, observar su acumulación a lo largo de la vida y examinar cómo se relacionan con las condiciones sociales y funcionales de las mujeres.

El informe se estructura en tres bloques de resultados. El primero analiza las distintas formas de violencia y su distribución según necesidades de apoyo funcional, integración social y tipo de discapacidad. El segundo examina las redes de partida, los apoyos disponibles, la denuncia y el acceso a servicios. El tercero aborda las lesiones, las consecuencias psicológicas, las secuelas actuales y la discapacidad atribuida a la violencia sufrida. Las conclusiones integran los principales patrones identificados y plantean cautelas y propuestas de mejora de la información.

4.1.3.1. Mujeres con discapacidad y violencia de género

La **Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024** confirma de manera consistente que las mujeres con discapacidad presentan una **alta exposición a todas las formas principales de violencia de género**, tanto en el ámbito de la pareja como fuera de él, y que una parte relevante de las situaciones de discapacidad existentes **son consecuencia directa de la propia violencia sufrida.**

En relación con la **violencia física y/o sexual ejercida por la pareja o expareja**, la prevalencia es claramente superior entre las mujeres con discapacidad. Mientras que entre las mujeres sin discapacidad este tipo de violencia afecta al **13,6 %**, la cifra se eleva al **16,6 %** entre quienes tienen un grado reconocido del **33–64 %**, y alcanza el **19,2 %** entre las mujeres con una discapacidad igual o superior al 65 %. Cuando se analiza exclusivamente la violencia ejercida por **parejas pasadas**, la brecha se amplía: la han sufrido el **18,8 %** de las mujeres sin discapacidad, frente al **25,9 %** de las mujeres con discapacidad media y al **29,4 %** de las que presentan discapacidad severa.

Este mismo patrón se reproduce en la **violencia física en la pareja**. La han sufrido el **9,7 %** de las mujeres sin discapacidad, el **13,4 %** de las mujeres con discapacidad del 33–64 %, y el **18,2 %** de las mujeres con discapacidad igual o superior al 65 %. En el caso de parejas pasadas, las cifras ascienden hasta el **27,1 %** entre quienes presentan discapacidad severa, casi el triple que entre mujeres sin discapacidad.

En lo relativo a la **violencia sexual dentro de la pareja**, el gradiente vuelve a ser claro. La han sufrido el **8,2 %** de las mujeres sin discapacidad, frente al **11,0 %** de las mujeres con discapacidad media y al **11,8 %** de las mujeres con discapacidad severa. Si se consideran únicamente las parejas pasadas, la violencia sexual alcanza al **18,5 %** de las mujeres con discapacidad severa, frente al **11,1 %** de las mujeres sin discapacidad.

También la **violencia psicológica emocional** presenta una mayor intensidad entre las mujeres con discapacidad. Ha afectado al **22,6 %** de las mujeres sin discapacidad, pero asciende hasta el **32,4 %** entre las mujeres con discapacidad igual o superior al 65 %. Cuando se analiza en función de las **limitaciones funcionales**, la violencia emocional alcanza al **31,0 %** de las mujeres con limitaciones graves, frente al **21,8 %** de aquellas sin limitaciones.

La **violencia económica** muestra igualmente un patrón diferencial. La han sufrido el **12,4 %** de las mujeres sin discapacidad, frente al **16,6 %** de las mujeres con discapacidad media y al **19,2 %** de las mujeres con discapacidad severa. Entre las mujeres con limitaciones funcionales moderadas la violencia económica alcanza incluso el **19,2 %**.

En la **violencia de control**, las mujeres con limitaciones funcionales graves también presentan una mayor prevalencia: el **31,3 %** de ellas ha sufrido este tipo de violencia frente al **26,6 %** de las mujeres sin limitaciones.

La desigualdad se extiende igualmente a la **violencia ejercida por personas distintas de la pareja**. En el caso de la **violencia física fuera del ámbito de la pareja**, la han sufrido el **13,9 %** de las mujeres sin discapacidad, el **18,5 %** de las mujeres con discapacidad media y el **19,9 %** de las mujeres con discapacidad severa. Entre las mujeres con limitaciones funcionales graves, la prevalencia se sitúa en el **20,4 %**.

En lo que respecta a la **violencia sexual fuera de la pareja**, las **violaciones a lo largo de la vida** afectan al **3,1 %** de las mujeres sin discapacidad, frente al **4,6 %** de las mujeres con discapacidad reconocida igual o superior al 33 %. La encuesta muestra además un gradiente claro en función de las limitaciones funcionales: la prevalencia de violación pasa del **2,8 %** entre mujeres sin limitaciones al **6,2 %** entre aquellas con limitaciones graves.

Un elemento de especial relevancia para el enfoque de este estudio cualitativo es que la Macroencuesta 2024 constata que una **parte sustancial de las situaciones de discapacidad existentes están directamente vinculadas a la violencia sufrida**. Entre las mujeres con discapacidad o limitaciones que han sufrido violencia física, sexual, emocional o miedo en la pareja, el **16,4 %** afirma que su discapacidad es consecuencia directa de la violencia. Cuando se consideran exclusivamente los casos de violencia física o sexual, esta proporción asciende al **19,6 %**.

En el caso de la violencia física fuera del ámbito de la pareja, el **14,6 %** de las mujeres con discapacidad reconoce que esta tiene su origen en la agresión sufrida.

El impacto diferencial de la violencia también se refleja en las **lesiones**. Entre las mujeres que han sufrido violencia física o sexual en la pareja, el **61,3 %** de aquellas con limitaciones graves ha presentado lesiones, frente al **45,7 %** de las mujeres sin limitaciones.

Finalmente, la Macroencuesta muestra que las **mujeres con discapacidad buscan ayuda formal con mayor frecuencia tras sufrir violencia sexual fuera de la pareja**, lo que sugiere una mayor gravedad percibida de las agresiones: el **19,9 %** de las mujeres con discapacidad igual o superior al 33 % recurre a ayuda formal, frente al **12,3 %** de las mujeres sin discapacidad. Entre las mujeres con limitaciones graves esta proporción alcanza el **24,0 %.**

En conjunto, los datos de la Macroencuesta muestran que la discapacidad **no solo incrementa la probabilidad de sufrir violencia**, sino que además **forma parte del propio resultado acumulado de trayectorias de violencia prolongadas**. La coexistencia de mayores prevalencias, mayor gravedad, mayor lesión y una proporción nada desdeñable de discapacidad adquirida como consecuencia directa de la violencia define un **escenario de especial vulnerabilidad estructural.**

Este marco cuantitativo fundamenta empíricamente la necesidad de un abordaje cualitativo (ver capítulo siguiente) que permita comprender **cómo se viven estos procesos, cómo se articulan las dependencias, los apoyos, los silencios, los miedos y las barreras específicas que atraviesan las mujeres con discapacidad víctimas de violencia**, más allá de su mera medición estadística.

4.1.3.2. Las violencias hacia las mujeres con discapacidad

El **indicador global de violencia** incluidas en el análisis asciende al 53% para todas las mujeres, con escasas diferencias por necesidades de apoyo funcional: la prevalencia es del 52% entre las mujeres sin necesidades identificadas, del 55% entre quienes presentan necesidades leves, del 56% entre quienes tienen necesidades moderadas y del 53% entre las mujeres con necesidades altas. La asociación es estadísticamente significativa, pero débil.

Tabla 7. Formas de violencia según necesidades de apoyo funcional.

	Sin necesidades de apoyo	Apoyo leve	Apoyo moderado	Apoyo generalizado	Total
Violencia económica	10%	15%	18%	16%	12%
Violencia psicológica	34%	38%	38%	39%	35%
Violencia emocional	20%	23%	25%	28%	21%
Violencia de control	24%	28%	28%	27%	25%
Miedo	11%	13%	15%	15%	12%
Acoso no sexual	16%	20%	17%	15%	16%
Violencia física	19%	25%	25%	28%	20%
Violencia sexual	41%	41%	41%	35%	40%
Violación	3%	4%	5%	5%	3%
Intento de violación	3%	6%	4%	4%	3%
Acoso sexual	37%	37%	33%	30%	36%
Otras violencias sexuales	13%	14%	13%	11%	13%
Violencia digital	17%	17%	17%	18%	17%
Cualquier violencia	**52%**	**55%**	**56%**	**53%**	**53%**

Fuente: elaboración propia a partir de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024.

Ahora bien, este resultado no debe interpretarse como una igualdad sustantiva en el riesgo de exposición a la violencia. Para comprender este dato, se debe atender al nivel de integración social de las mujeres encuestadas, que presenta una relación intensa con la violencia revelada: el 41% de las mujeres con integración baja declaran haber sufrido alguna forma de violencia, frente al 63% de las mujeres con integración alta. A su vez, las necesidades de apoyo funcional se asocian con una menor integración social: la integración alta alcanza al 57% de las mujeres sin necesidades de apoyo identificadas, frente al 27% entre mujeres con necesidades altas.

Tabla 8. Formas de violencia según tipo de discapacidad.

	Sin discap.	Discap. física	Discap. sensorial	Discap. intelectual	Discap. psicosocial	Pluri-discap
Violencia económica	11%	14%	19%	7%	28%	27%
Violencia psicológica	35%	34%	39%	14%	59%	49%
Violencia emocional	21%	23%	27%	12%	45%	44%
Violencia de control	25%	24%	30%	8%	49%	43%
Miedo	11%	14%	13%	11%	33%	30%
Acoso no sexual	17%	12%	16%	7%	22%	18%
Violencia física	20%	24%	25%	24%	51%	45%
Violencia sexual	41%	35%	45%	34%	55%	51%
Violación	3%	4%	4%	0%	17%	10%
Intento de violación	3%	3%	6%	0%	6%	5%
Acoso sexual	37%	30%	41%	34%	40%	43%
Otras violencias sexuales	13%	11%	14%	9%	18%	15%
Violencia digital	17%	14%	15%	11%	27%	21%
Cualquier violencia	53%	53%	58%	46%	73%	70%

Fuente: elaboración propia a partir de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024.

Por tanto, una prevalencia global similar de violencia a lo largo de la vida entre mujeres con distinto nivel de apoyo no implica que las violencias sean iguales ni que se produzcan en los mismos escenarios. El indicador agregado puede ocultar patrones diferenciales: algunas formas de violencia se relacionan más con la exposición en espacios sociales, laborales, educativos o digitales, mientras que otras aparecen más vinculadas a ámbitos privados, relaciones de dependencia o situaciones de menor autonomía. Esta distinción será clave para interpretar los resultados por tipo de violencia.

Por tipo de discapacidad, el factor diferencial más claro aparece entre las mujeres con discapacidad psíquica o psicosocial: el 73% declara haber sufrido alguna de las formas de violencia incluidas en el análisis. También las mujeres que declaran más de un tipo de discapacidad presentan una prevalencia elevada, del 70%. Estos resultados apuntan a perfiles especialmente expuestos a múltiples formas de violencia y deberán leerse con cautela por el tamaño muestral, pero sin diluir su relevancia sustantiva.

Tabla 9. Formas de violencia según nivel de integración social.

	Integración baja	Integración media	Integración alta	Total
Violencia económica	14%	12%	11%	12%
Violencia psicológica	29%	29%	42%	35%
Violencia emocional	17%	18%	24%	21%
Violencia de control	20%	21%	30%	25%
Miedo	11%	11%	12%	12%
Acoso no sexual	11%	12%	21%	16%
Violencia física	18%	18%	22%	20%
Violencia sexual	26%	30%	52%	40%
Violación	4%	2%	4%	3%
Intento de violación	3%	3%	4%	3%
Acoso sexual	22%	26%	48%	36%
Otras violencias sexuales	7%	7%	18%	13%
Violencia digital	12%	13%	21%	17%
Cualquier violencia	**41%**	**44%**	**63%**	**53%**

Fuente: elaboración propia a partir de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024.

4.1.3.2.1. Violencia económica

La violencia económica afecta al 12% del total de mujeres incluidas en el análisis. Su prevalencia aumenta con las necesidades de apoyo funcional, aunque la relación no es estrictamente lineal: pasa del 10% entre las mujeres sin necesidades identificadas al 18% entre quienes presentan necesidades moderadas, y se sitúa en el 16% entre las mujeres con necesidades altas.

Por tipo de discapacidad, las diferencias más claras aparecen entre las mujeres con discapacidad psíquica o psicosocial, con una prevalencia del 28%, y entre quienes declaran más de un tipo de discapacidad, con un 27%. La discapacidad sensorial también presenta una prevalencia superior a la del conjunto, del 19%. En cambio, la integración social no muestra un patrón de incremento, ya que la violencia económica es algo más frecuente entre las mujeres con integración baja.

4.1.3.2.2. Violencia psicológica, control, miedo y acoso (no sexual)

La violencia psicológica, de control, miedo o acoso no sexual afecta al 35% de las mujeres con discapacidad encuestadas. El indicador agregado presenta diferencias reducidas por necesidades de apoyo funcional, aunque se observa una ligera mayor prevalencia entre quienes presentan necesidades altas.

Al desagregar sus componentes, las diferencias son más claras. La violencia emocional aumenta del 20% entre las mujeres sin necesidades de apoyo identificadas al 28% entre quienes presentan necesidades altas. El miedo también aumenta, aunque de forma más moderada, del 11% al 15%. En cambio, la violencia de control apenas varía según el nivel de apoyo funcional, y el acoso no sexual no muestra un gradiente claro.

Por tipo de discapacidad, el perfil diferencial vuelve a concentrarse en las mujeres con discapacidad psíquica o psicosocial: el 45% declara violencia emocional, el 49% violencia de control y el 33% miedo. También las mujeres con pluridiscapacidad presentan prevalencias elevadas en estas tres formas: 44%, 43% y 30%, respectivamente.

La integración social introduce una pauta distinta. La violencia psicológica, de control, miedo o acoso no sexual alcanza el 42% entre las mujeres con integración alta, frente al 29% entre quienes tienen integración baja. Esta diferencia se observa especialmente en la violencia de control y en el acoso no sexual, lo que confirma que algunas formas de violencia pueden estar vinculadas a una mayor exposición a espacios de relación e interacción social.

4.1.3.2.3. Violencia física

La violencia física sufrida en cualquier ámbito afecta al 20% del total de mujeres, y aumenta al 28% entre quienes presentan necesidades altas de apoyo funcional. Este patrón indica una mayor presencia de violencia física en las situaciones de mayor necesidad de apoyo.

Por tipo de discapacidad, las diferencias son especialmente marcadas. La prevalencia alcanza el 51% entre las mujeres con discapacidad psí-

quica o psicosocial y el 45% entre quienes declaran más de un tipo de discapacidad. También se sitúa por encima del grupo sin discapacidad en las mujeres con discapacidad física, sensorial e intelectual o cognitiva, aunque con diferencias menos intensas.

4.1.3.2.4. Violencia sexual: acoso sexual, prácticas sexuales, violación

La violencia sexual sufrida en cualquier ámbito ha afectado al 40% de las mujeres en algún momento de su vida. Sin embargo, este indicador agregado debe interpretarse con cautela, porque reúne formas de violencia muy distintas. Según necesidades de apoyo funcional, la violencia sexual agregada no aumenta, sino que desciende entre las mujeres con necesidades altas, del 41% al 35%.

Este descenso se explica en buena medida por la configuración especial del acoso sexual, que pasa del 37% entre las mujeres sin necesidades de apoyo identificadas al 30% entre quienes presentan necesidades altas. En cambio, las formas más graves muestran otra pauta: la violación aumenta del 3% al 6% a medida que se intensifican las necesidades de apoyo funcional. El intento de violación presenta su valor más alto entre las mujeres con necesidades leves, con un 6%, sin mostrar un gradiente lineal.

Por tipo de discapacidad, la violencia sexual agregada alcanza sus valores más elevados entre las mujeres con discapacidad psíquica o psicosocial, con un 55%, y entre quienes presentan pluridiscapacidad, con un 51%. La violación destaca de forma especial entre las mujeres con discapacidad psíquica o psicosocial, con una prevalencia del 17%, y también entre las mujeres con pluridiscapacidad, con un 10%.

La integración social modifica de forma clara la lectura de la violencia sexual. La prevalencia agregada pasa del 26% entre las mujeres con integración baja al 52% entre quienes presentan integración alta. Esta diferencia se concentra especialmente en el acoso sexual, que aumenta del 22% al 48%, y en otras formas de violencia sexual, que pasan del 7% al 18%. En cambio, la violación y el intento de violación no siguen esa pauta.

4.1.3.2.5. Violencia digital

La violencia digital o mediada por tecnologías afecta al 17% de las mujeres. A diferencia de otras formas de violencia, no presenta diferencias relevantes según necesidades de apoyo funcional: se mantiene prácticamente estable en todos los grupos, entre el 17% y el 18%.

Por tipo de discapacidad, la prevalencia más elevada se observa entre las mujeres con discapacidad psíquica o psicosocial, con un 27%, seguida de las mujeres con pluridiscapacidad, con un 21%. En los demás tipos de discapacidad, las cifras se sitúan por debajo o cerca del valor del conjunto.

La integración social muestra, en cambio, una pauta clara. La violencia digital afecta al 12% de las mujeres con integración baja y media, y alcanza el 21% entre quienes presentan integración alta. Este resultado refuerza la necesidad de interpretar esta forma de violencia en relación con la exposición a espacios de interacción social y tecnológica.

En la información publicada, el acoso digital presenta una prevalencia menor entre las mujeres con discapacidad acreditada que entre las mujeres sin discapacidad, mientras que el acoso reiterado no muestra diferencias significativas por discapacidad. Este resultado debe interpretarse con cautela, ya que una menor prevalencia revelada no implica necesariamente menor vulnerabilidad, sino que puede estar relacionada con diferencias en exposición social, edad, participación y vía de cumplimentación.

4.1.3.3. Redes de partida, apoyos y consecuencias

El indicador de integración social muestra un gradiente claro según las necesidades de apoyo funcional: la integración alta desciende del 54% entre las mujeres sin discapacidad al 25% entre quienes presentan más necesidades de apoyo funcional. En sentido inverso, la integración baja aumenta del 10% al 18%, mientras que la integración media pasa del 36% al 56%.

Tabla 10. Nivel de integración social según necesidades de apoyo funcional.

	Sin necesidades de apoyo	Apoyo leve	Apoyo moderado	Apoyo generalizado
Integración baja	10%	12%	14%	18%
Integración media	36%	50%	51%	56%
Integración alta	54%	38%	36%	25%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024.

Estos resultados indican que la posición de partida de las mujeres con discapacidad en cuanto a redes sociales resulta relevante para analizar tanto la capacidad de recurrir a apoyos personales y servicios como los escenarios en los que se producen o se revelan las distintas formas de violencia. La interpretación de esta relación se aborda en esta sección a partir de los indicadores específicos de redes y apoyos.

4.1.3.3.1. Redes y apoyos disponibles antes o al margen de la violencia

La disponibilidad de redes personales disminuye conforme aumentan las necesidades de apoyo funcional. El contacto poco frecuente o inexistente pasa del 8% entre las mujeres sin necesidades de apoyo identificadas al 15% entre quienes presentan necesidades altas. La proporción de mujeres sin una persona de confianza cercana aumenta del 5% al 12%, y la de quienes no tienen con quién irse unos días en caso de necesidad, del 7% al 19%. El indicador agregado de lazos insuficientes presenta el mismo gradiente, desde el 4% hasta el 13%.

Tabla 11. Lazos sociales según necesidades de apoyo funcional.

	Sin necesidades de apoyo	Apoyo leve	Apoyo moderado	Apoyo generalizado
Contacto poco frecuente o inexistente	8%	10%	11%	15%
No tiene persona de confianza cercana	5%	6%	8%	12%
No tiene con quien irse unos días en caso de necesidad	7%	9%	13%	19%
Lazos insuficientes	4%	6%	8%	13%

Fuente: elaboración propia a partir de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024.

El análisis exploratorio por tipo de discapacidad muestra las situaciones más desfavorables entre las mujeres con discapacidad psíquica o psicosocial y entre quienes declaran más de un tipo de discapacidad. Entre las primeras, el 27% mantiene un contacto poco frecuente o inexistente, el 21% no dispone de una persona de confianza cercana y el 30% no tiene con quién irse unos días si lo necesita. El indicador de lazos insuficientes alcanza el 28%. Entre las mujeres con pluridiscapacidad, estos porcentajes son del 19%, 15%, 27% y 19%, respectivamente.

También se observa una menor disponibilidad de un lugar al que acudir entre las mujeres con discapacidad intelectual o cognitiva, con un 20%, y sensorial, con un 18%, frente al 8% de las mujeres sin discapacidad. Estos resultados por tipo deben interpretarse con cautela debido al reducido número de casos en algunas categorías.

Tabla 12. Lazos sociales según tipo de discapacidad.

REDES	Sin discap.	Discap. física	Discap. sensorial	Discap. intelectual	Discap. psicosocial	Pluridi-discap
Contacto poco frecuente o inexistente	8%	11%	9%	18%	27%	19%
No tiene persona de confianza	6%	6%	11%	4%	21%	15%
No tiene con quien irse unos días en caso de necesidad	8%	12%	18%	20%	30%	27%
Lazos insuficientes	5%	8%	12%	4%	28%	19%

Fuente: elaboración propia a partir de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024.

4.1.3.3.2. Recursos de ayuda y respuesta recibida

El 13% de las mujeres que ha sufrido alguna de las formas de violencia incluidas en el análisis consta como denunciante. La proporción aumenta con las necesidades de apoyo funcional: pasa del 12% entre las mujeres sin discapacidad al 17% entre quienes presentan necesidades de apoyo funcional. Por tipo de discapacidad, los porcentajes más elevados corresponden a las mujeres con discapacidad psíquica o psicosocial, con un 34%, y a quienes declaran más de un tipo de discapacidad, con un 32%.

Tabla 13. Denuncia de alguna de las formas de violencia sufridas.

	Consta denuncia
Sin necesidades de apoyo funcional identificadas	12%
Situaciones cercanas o necesidades leves	13%
Necesidades moderadas de apoyo funcional	17%
Necesidades altas de apoyo funcional	17%
Sin discapacidad reconocida	12%
Discapacidad física	18%
Discapacidad sensorial	12%
Discapacidad intelectual o cognitiva	11%
Discapacidad psíquica o psicosocial	34%
Declara más de un tipo de discapacidad	32%
Total	13%

Fuente: elaboración propia a partir de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024.

Estas diferencias no parecen explicarse directamente por la discapacidad. En el análisis multivariante, una vez controladas las principales formas de violencia sufridas, la discapacidad no mantiene una asociación estadísticamente significativa con la denuncia. La probabilidad de denunciar se relaciona principalmente con el tipo de violencia, en concreto, la violencia física, el miedo, la violencia económica y la violencia digital. El acoso sexual presenta una asociación inversa: pese a su elevada prevalencia, se vincula con una menor probabilidad relativa de denuncia.

El recurso a servicios formales aumenta de manera más clara con las necesidades de apoyo. El 21% de las mujeres sin necesidades identificadas acudió a servicios sanitarios, psicológicos, sociales, jurídicos o especializados, frente al 31% de quienes presentan necesidades leves, el 33% de aquellas con necesidades moderadas y el 35% de quienes tienen necesidades altas. El recurso a la Policía, la Guardia Civil o los juzgados presenta un incremento más moderado, del 12% al 17%.

La comunicación de lo sucedido a alguna persona del entorno es la respuesta más frecuente y se mantiene relativamente estable: alcanza al 73% del total, sin un gradiente claro según las necesidades de

apoyo. La satisfacción positiva con la atención recibida pasa del 16% entre las mujeres sin necesidades identificadas al 23% entre quienes presentan necesidades moderadas o altas. La disuasión o impedimento para denunciar o buscar ayuda presenta porcentajes bajos, aunque aumenta hasta el 2,7% entre las mujeres con necesidades altas.

Tabla 14. Apoyos activados tras la violencia según necesidades de apoyo funcional.

	Sin necesidades de apoyo	Apoyo leve	Apoyo moderado	Apoyo generalizado	Total
Ha acudido a policía, Guardia Civil o juzgado tras alguna violencia sufrida	12%	13%	17%	17%	13%
Ha acudido a servicios sanitarios, psicológicos, sociales, jurídicos o especializados tras alguna violencia sufrida	21%	31%	33%	35%	24%
Ha acudido o contado lo sucedido a alguna persona del entorno tras alguna violencia sufrida	73%	75%	70%	71%	73%
Consta satisfacción positiva con la atención recibida tras alguna violencia sufrida	16%	21%	23%	23%	17%
La pareja u otra persona impidió o disuadió denunciar o buscar ayuda tras alguna violencia sufrida	0,8%	0,6%	1,6%	2,7%	1,0%

Fuente: elaboración propia a partir de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024

Por tipo de discapacidad, las mujeres con discapacidad psíquica o psicosocial presentan los porcentajes más elevados de recurso a la Policía, la Guardia Civil o los juzgados, con un 34%, y de utilización de servicios formales, con un 59%. También declaran en mayor proporción haber contado lo sucedido a alguna persona del entorno, un 86%, y muestran el porcentaje más alto de satisfacción positiva con la atención recibida, un 42%.

Entre las mujeres con pluridiscapacidad, el 32% acudió a la Policía, la Guardia Civil o los juzgados y el 51% recurrió a servicios formales. La disuasión o impedimento para buscar ayuda alcanza el 5,1% en este grupo y el 4,5% entre las mujeres con discapacidad psíquica o psicosocial, frente al 0,9% entre las mujeres sin discapacidad. Estos últimos resultados deben interpretarse con cautela debido a su reducida frecuencia.

Tabla 15. Apoyos activados tras la violencia según tipo de discapacidad.

	Sin discap.	Discap. física	Discap. sensorial	Discap. intelectual	Discap. psicosocial	Pluridiscap
Ha acudido a policía, Guardia Civil o juzgado tras alguna violencia sufrida	12%	18%	12%	11%	34%	32%
Ha acudido a servicios sanitarios, psicológicos, sociales, jurídicos o especializados tras alguna violencia sufrida	23%	33%	32%	43%	59%	51%
Ha acudido o contado lo sucedido a alguna persona del entorno tras alguna violencia sufrida	73%	68%	70%	62%	86%	75%
Consta satisfacción positiva con la atención recibida tras alguna violencia sufrida	17%	21%	18%	21%	42%	30%
La pareja u otra persona impidió o disuadió denunciar o buscar ayuda tras alguna violencia sufrida	0,9%	2,0%	2,3%	0,0%	4,5%	5,1%

Fuente: elaboración propia a partir de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024.

Los resultados publicados previamente para la violencia de pareja o expareja presentan una pauta compatible: las mujeres con discapacidad denuncian y recurren a servicios formales en mayor proporción

que las mujeres sin discapacidad, mientras que el apoyo informal no muestra diferencias estadísticamente significativas. No obstante, estas cifras se refieren a universos y formas de violencia específicos, por lo que no son directamente equivalentes a los indicadores agregados utilizados en este informe.

4.1.3.3.3. Consecuencias de la violencia

Las consecuencias de la violencia presentan diferencias relevantes según la existencia y severidad de las limitaciones funcionales. Entre las mujeres que han sufrido violencia física o sexual en la pareja, la violencia supone lesiones para el 61,3% de las mujeres con discapacidad, frente al 45,7% de las mujeres sin discapacidad.

Las consecuencias psicológicas también son más frecuentes entre las mujeres con discapacidad. Entre quienes han sufrido violencia física, sexual, emocional o miedo por parte de alguna pareja, el 82,5% declara alguna consecuencia psicológica, frente al 72,9% de las mujeres sin discapacidad. Además, el 43,3% de las mujeres con discapacidad presenta secuelas físicas o psicológicas en la actualidad, frente al 31,9% de las mujeres sin discapacidad o con un grado inferior al 33%.

Discapacidad derivada de la violencia

Una parte de las situaciones de discapacidad aparece vinculada directamente a la violencia sufrida. Entre las mujeres con discapacidad que han sufrido violencia física, sexual, emocional o miedo en la pareja, el 16,4% afirma que su discapacidad es consecuencia de esa violencia. El porcentaje asciende al 19,6% cuando se consideran únicamente los casos de violencia física o sexual.

Este vínculo también aparece fuera del ámbito de la pareja. El 14,6% de las mujeres con discapacidad que han sufrido violencia física fuera de la pareja atribuye su discapacidad a la agresión. En la violencia sexual fuera de la pareja, el porcentaje es del 10,4% y alcanza el 15,1% entre quienes han sufrido una violación. Este último resultado debe interpretarse con cautela por la reducida frecuencia muestral.

4.1.3.4. Síntesis explicativa

La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024 permite analizar de forma específica la situación de las mujeres con discapacidad a partir de dos aproximaciones complementarias: la discapacidad reconocida administrativamente y las limitaciones funcionales declaradas por problemas de salud crónicos o de larga duración. A partir de ambas se ha construido un indicador integrado de necesidades de apoyo funcional, que permite incorporar al análisis tanto a las mujeres con reconocimiento oficial como a aquellas que, aún sin disponer de él, presentan limitaciones por discapacidad en su vida cotidiana. Esta decisión amplía la capacidad explicativa del microdato, aunque los resultados deben interpretarse teniendo en cuenta que algunas desagregaciones por tipo presentan frecuencias reducidas.

El análisis ha utilizado también un indicador de integración social basado en el nivel educativo, la disponibilidad de empleo o ingresos propios y la existencia de lazos sociales suficientes. Los resultados confirman que las necesidades de apoyo funcional se asocian a una posición social más desfavorable: la integración alta desciende del 54% entre las mujeres sin discapacidad al 25% entre quienes presentan necesidades de apoyo funcional, mientras que la población en integración precaria pasa del 10% al 18% si se considera la variable discapacidad. Esta desigualdad de partida resulta relevante para interpretar tanto las formas de violencia reveladas como las posibilidades de disponer de apoyos, pedir ayuda o abandonar una situación de violencia.

La Macroencuesta de 2024 supone un avance en la incorporación de la discapacidad a una operación estadística de esta naturaleza, pero las condiciones de recogida de la información no son homogéneas. Conforme aumentan las necesidades de apoyo, crece la proporción de entrevistas presenciales, realizadas en el interior de la vivienda y en presencia de terceras personas. La entrevista presencial pasa del 64% entre las mujeres sin discapacidad al 74% entre quienes presentan necesidades altas de apoyo funcional; la realización dentro de la vivienda aumenta del 31% al 60%, y la presencia de otra persona, del 9% al 30%. Las tres asociaciones son estadísticamente significativas. Estas diferencias no invalidan la encuesta, pero reducen potencialmente la intimidad y la autonomía para responder y pueden afectar a la revelación de determinadas violencias.

Las violencias hacia las mujeres con discapacidad

Más de la mitad de las mujeres incluidas en el análisis declara haber sufrido al menos una de las formas de violencia consideradas a lo largo de su vida. La prevalencia global se sitúa en el 53% y apenas varía según las necesidades de apoyo funcional: oscila entre el 52% de las mujeres sin discapacidad y el 56% de mujeres con discapacidad. La asociación es estadísticamente significativa, pero muy débil, por lo que el indicador agregado no permite afirmar la relación entre discapacidad y violencia sin establecer matices.

Las diferencias aparecen con mayor claridad cuando se analizan las formas concretas de violencia. La violencia económica pasa del 10% al 18% en las mujeres con discapacidad. La violencia emocional aumenta del 20% al 28%, el miedo del 11% al 15% y la violencia física del 19% al 28%. La violación también presenta valores más elevados en mujeres con discapacidad, aunque la muestra disponible es reducida, y deben interpretarse con prudencia.

El comportamiento de la violencia sexual agregada es distinto. Su prevalencia desciende del 41% entre las mujeres sin discapacidad al 35%. Esta reducción se explica principalmente por el acoso sexual, que pasa del 37% al 30%, mientras que las formas más graves no siguen el mismo patrón. Por tanto, una menor prevalencia de acoso entre las mujeres con mayores necesidades de apoyo funcional no puede interpretarse directamente como una situación de mayor protección. Los datos muestran que las distintas violencias se distribuyen de manera diferente según la posición social y los espacios de participación de las mujeres.

El indicador de integración social refuerza esta interpretación. La prevalencia global de violencia revelada aumenta del 41% entre las mujeres con integración baja al 63% entre quienes presentan integración alta. La diferencia se concentra especialmente en el acoso sexual, que pasa del 22% al 48%, en otras violencias sexuales, del 7% al 18%, y en la violencia digital, del 12% al 21%. La integración social no debe entenderse como un factor de riesgo en sí mismo, sino como una aproximación a una mayor presencia en espacios públicos (educativos, laborales, sociales y digitales) en los que determinadas violencias pueden

producirse. Por el contrario, una menor participación en esos espacios puede reducir la violencia declarada fuera del ámbito privado sin implicar una menor vulnerabilidad.

Redes, denuncia y acceso a apoyos

Las mujeres con discapacidad disponen de redes personales más limitadas. El contacto poco frecuente o inexistente aumenta del 8% al 15% entre las mujeres con discapacidad. La ausencia de una persona de confianza pasa del 5% al 12%, y la proporción de mujeres que no tiene con quién irse unos días en caso de necesidad aumenta del 7% al 19%. El indicador de lazos insuficientes pasa, a su vez, del 4% al 13%. Estas diferencias describen una menor disponibilidad de apoyos inmediatos precisamente entre las mujeres que pueden necesitar más ayuda para afrontar o abandonar una situación de violencia.

La denuncia es poco frecuente en todos los grupos. Consta denuncia en el 13% de las mujeres que han sufrido alguna de las formas de violencia incluidas, porcentaje que aumenta al 17% entre las mujeres con discapacidad más severa. Sin embargo, el análisis multivariante indica que la discapacidad no mantiene una asociación estadísticamente significativa con la denuncia una vez controladas las formas de violencia sufridas. La mayor probabilidad de denunciar se relaciona principalmente con la violencia física, el miedo, la violencia económica y la violencia digital, mientras que el acoso sexual se asocia con una menor probabilidad relativa de denuncia.

El recurso a servicios sanitarios, psicológicos, sociales, jurídicos o especializados aumenta con las necesidades de apoyo: pasa del 21% al 35% entre quienes presentan necesidades altas de apoyo funcional. La comunicación de lo sucedido a personas del entorno se mantiene, en cambio, estable en torno al 70%, sin un gradiente claro. La satisfacción positiva con la atención recibida es minoritaria en todos los grupos, aunque aumenta del 16% al 23% en población con discapacidad. La proporción de mujeres a quienes una pareja u otra persona impidió o disuadió de denunciar o buscar ayuda es baja, pero alcanza el 2,7% en las mujeres con más altas necesidades de apoyo funcional, frente al 0,8% entre quienes no tienen discapacidad. Este resultado debe interpretarse con cautela por su reducida frecuencia, aunque resulta

coherente con las diferencias observadas en autonomía, privacidad y disponibilidad de apoyos en la administración de la encuesta.

Diferencias según el tipo de discapacidad

El análisis por tipo de discapacidad tiene carácter exploratorio, pero identifica perfiles claramente diferenciados. Las mujeres con discapacidad psíquica o psicosocial presentan las prevalencias más elevadas en la mayoría de las formas analizadas. El 73% declara haber sufrido alguna de las violencias incluidas, frente al 53% del conjunto. La violencia económica alcanza el 28%, la violencia psicológica el 59%, la violencia emocional el 45%, la violencia de control el 49%, el miedo el 33%, la violencia física el 51%, la violencia sexual el 55% y la violencia digital el 27%. La violación presenta también un valor especialmente elevado, el 17%.

Este grupo presenta asimismo una posición relacional más desfavorable. El 27% mantiene un contacto poco frecuente o inexistente, el 21% carece de una persona de confianza, el 30% no tiene con quién irse unos días en caso de necesidad y el 28% presenta lazos sociales insuficientes. Al mismo tiempo, es el grupo que recurre con mayor frecuencia a apoyos formales: el 34% acudió a la Policía, la Guardia Civil o los juzgados y el 59% utilizó servicios sanitarios, psicológicos, sociales, jurídicos o especializados. También presenta el porcentaje más alto de comunicación a personas del entorno, un 86%, y de satisfacción positiva con la atención recibida, un 42%. Estos resultados no describen necesariamente una respuesta institucional más accesible, sino que pueden estar relacionados con la mayor frecuencia y gravedad de las violencias sufridas.

Las mujeres que declaran más de un tipo de discapacidad presentan un patrón similar. El 70% ha sufrido alguna de las formas de violencia consideradas; la violencia económica alcanza el 27%, la psicológica el 49%, la emocional el 44%, la física el 45% y la sexual el 51%. También presentan mayores carencias relacionales: el 27% no dispone de un lugar al que acudir unos días y el 19% tiene lazos sociales insuficientes. El 32% acudió a la Policía, la Guardia Civil o los juzgados y el 51% utilizó servicios formales. La disuasión para denunciar o buscar ayuda alcanza el 5,1%, el valor más elevado de los grupos analizados, aunque este dato debe interpretarse con especial cautela por el reducido número de casos.

En la discapacidad intelectual o cognitiva, el indicador global de violencia presenta una prevalencia del 46%, inferior a la del conjunto. Este resultado no permite concluir que exista una menor exposición. Las frecuencias muestrales son reducidas y las condiciones de entrevista pueden afectar especialmente a la revelación: más de la mitad de las entrevistas a mujeres con este tipo de discapacidad se realizaron en presencia de terceras personas. Además, algunos indicadores específicos muestran valores superiores a los de las mujeres sin discapacidad, como la violencia física, que alcanza el 24%, y la ausencia de un lugar al que acudir en caso de necesidad, que llega al 20%. La interpretación de este perfil requiere, por tanto, mayor cautela y fuentes de información específicamente accesibles.

Las mujeres con discapacidad sensorial presentan valores superiores al conjunto en algunas formas concretas, como la violencia económica, con un 19%, y la violencia sexual, con un 45%. El 18% no tiene con quién irse unos días en caso de necesidad y el 12% presenta lazos sociales insuficientes. En la discapacidad física, las diferencias son menos intensas, aunque la violencia física alcanza el 24%, frente al 20% de las mujeres sin discapacidad, y el recurso a servicios formales se sitúa en el 33%, frente al 23%. En ambos casos, las diferencias no permiten establecer por sí solas un patrón general y deben interpretarse dentro del conjunto de formas de violencia, apoyos disponibles y condiciones de participación.

4.1.4. Diagnóstico de recursos de atención hacia las mujeres con discapacidad

El presente estudio examina el ecosistema de servicios y dispositivos orientados a la atención, protección, prevención y reparación de la violencia contra las mujeres con discapacidad. Su finalidad no es elaborar un inventario exhaustivo de recursos —tarea técnicamente inviable y conceptualmente innecesaria en el contexto de este trabajo—, sino caracterizar de manera sistemática la medida en que la red de dispositivos existente actualmente en el estado español tiene en cuenta la discapacidad en su diseño, y contemplan los principios básicos de inclusión para todas las personas.

Se parte de la premisa de que la calidad de la respuesta ante la violencia machista no depende únicamente de la cantidad de recursos disponi-

bles, sino de su capacidad real para reconocer la diversidad, adaptarse a ella, e incorporar medidas específicas cuando son necesarias, en este caso por discapacidad. Esta aproximación se alinea con el marco normativo estatal vigente y con las recomendaciones internacionales sobre accesibilidad universal, igualdad de trato y atención a la violencia de género hacia mujeres con discapacidad (ONU, 2017; OMS, 2022).

El trabajo forma parte de un proyecto más amplio que combina estrategias documentales, toma de datos primarios extraídos directamente de la población de mujeres con discapacidad, análisis estadísticos y colaboración de personas expertas. En este capítulo se desarrolla el estudio documental, cuya misión es doble: por un lado, describir la arquitectura institucional de los servicios dedicados a la violencia de género, identificando sus ámbitos de intervención, modelos de gestión, funciones declaradas y tipo de acciones desarrolladas. Por otro, evaluar en qué medida estos dispositivos contemplan la población con discapacidad y respetan principios de inclusión, ya sea mediante referencias explícitas, fundamentaciones inclusivas o medidas operativas universalmente accesibles.

Los objetivos específicos que guían este estudio son:

- Describir los servicios y recursos de atención a mujeres víctimas de violencia generales o específicos.
- Analizar la respuesta a mujeres con discapacidad desde los servicios y recursos de atención a mujeres víctimas de violencia (generales o específicos).
- Identificar medidas para facilitar la planificación de las políticas públicas en relación con la atención a víctimas con discapacidad víctimas de violencia.

Los resultados describen, en primer lugar, la arquitectura del sistema de recursos que intervienen en las distintas fases del ciclo de atención a la violencia —prevención, detección, atención, rehabilitación y reparación—. Para ello se analizan los dispositivos identificados según varios ejes: ámbito institucional, modelo de gestión, tipo de acción desarrollada, modalidades de alojamiento y objeto principal de la intervención.

Sobre esta base estructural, el análisis incorpora dos indicadores específicos: el respeto y la conciencia hacia la discapacidad, que recoge la presencia explícita de la discapacidad en el diseño de los recursos, y la conciencia inclusiva, que identifica la integración de principios de accesibilidad universal y atención a la diversidad, aunque no se mencione de forma expresa la discapacidad. La combinación de ambos indicadores permite valorar hasta qué punto los recursos existentes reconocen a las mujeres con discapacidad como parte de su población de referencia y en qué medida ajustan su funcionamiento para garantizar una respuesta inclusiva.

En conjunto, el objetivo de este apartado no es contabilizar exhaustivamente todos los recursos disponibles, sino ofrecer una lectura estructural y comparativa del ecosistema de servicios, destacando cómo se organizan y en qué grado incorporan la perspectiva de discapacidad y el enfoque inclusivo que exige la normativa vigente.

4.1.4.1. Estructura institucional

La distribución de los recursos por estadio de intervención y ámbito institucional (tabla siguiente) permite identificar con bastante claridad la lógica de funcionamiento del sistema. Desde una perspectiva global, el sistema de recursos se concentra de manera muy mayoritaria en la fase de atención (38 %), seguida de la rehabilitación (18 %) y, en menor medida, de la prevención (21 %) y la detección (16 %). La reparación aparece claramente residual, con apenas un 6 % del total de intervenciones. Esta distribución configura un modelo de respuesta predominantemente reactivo, orientado a intervenir una vez producida la violencia, con una débil proyección hacia las fases de restitución de derechos, reparación del daño o reconstrucción vital posterior.

Tabla 16. Dispositivos y recursos según estadío en el que intervienen y ámbito institucional.

	Prevención	Detección	Atención	Rehabilitación	Reparación	Total	Distrib %
Servicios Sociales	65	49	165	85	22	**386**	45%
Sanidad	26	27	43	17	6	**119**	14%
Sistema de enseñanza	17	12	15	9	6	**59**	7%
Fuerzas de Seguridad	17	17	31	10	5	**80**	9%
Sistema Judicial	18	17	36	16	9	**96**	11%
ONG/ Asociaciones	36	18	35	17	7	**113**	13%
Total	**179**	**140**	**325**	**154**	**55**	**853**	**100%**
Distribución porcentual	21%	16%	38%	18%	6%	100%	

Nota: un mismo recurso puede operar en diferentes estadíos.
Fuente: elaboración propia.

Desde el punto de vista de los ámbitos institucionales, los Servicios Sociales concentran casi la mitad del conjunto de dispositivos (45 %), seguidos a bastante distancia por Sanidad (14 %), ONG y asociaciones (13 %), Sistema Judicial (11 %), Fuerzas de Seguridad (9 %) y, en último lugar, el Sistema de enseñanza (7 %). Esta distribución confirma el carácter marcadamente asistencial y social del modelo institucional de respuesta.

Los Servicios Sociales presentan una presencia transversal en todas las fases, pero destacan especialmente en atención y rehabilitación, donde se concentran la mayor parte de sus intervenciones. Este patrón refuerza su papel como eje vertebrador del sistema y principal puerta de entrada para las mujeres.

El ámbito de Sanidad se sitúa también de manera preferente en atención y rehabilitación, con un peso mucho menor en prevención y reparación, lo que sugiere una intervención predominantemente clínica y reparadora del daño físico o psicológico, más que preventiva o comunitaria.

El Sistema de enseñanza, pese a su potencial estratégico para la prevención y la detección temprana, presenta una presencia reducida y relativamente homogénea en todas las fases, sin especialización clara en las etapas iniciales del proceso.

Las Fuerzas de Seguridad y el Sistema Judicial muestran un perfil de intervención más focalizado, con mayor peso en atención y reparación, lo que refleja su vinculación a las fases más formalizadas, coercitivas o procesales de la respuesta institucional.

Las ONG y asociaciones presentan una distribución más equilibrada entre los distintos estadios, lo que las sitúa como actores con una función flexible, transversal y de apoyo interinstitucional, con capacidad de conexión entre ámbitos.

La escasa presencia de recursos en la fase de reparación resulta especialmente relevante, dado que esta etapa está directamente vinculada al restablecimiento de derechos, la recuperación de proyectos vitales y la restitución simbólica y material del daño sufrido. Asimismo, el peso limitado del sistema educativo en prevención y detección apunta a un déficit estructural en la intervención temprana.

En conjunto, se dibuja un modelo institucional reactivo, sectorial y poco orientado a la reparación, con un fuerte protagonismo de los Servicios Sociales y una implicación secundaria de los ámbitos educativo, judicial y policial. La prevención aparece subrepresentada y la reparación queda claramente en los márgenes del sistema. Este patrón sugiere un modelo centrado en la gestión del daño una vez producido, más que en la anticipación, la protección temprana o la reconstrucción integral de los derechos tras la violencia.

4.1.4.2. Modelos de gestión

La distribución de los recursos según el modelo de gestión y el estadio de intervención (tabla siguiente) muestra un predominio muy marcado de la gestión pública en todas las fases del circuito, que concentra el 83 % del total de los dispositivos analizados. A gran distancia se sitúa la gestión concertada (14 %) y, de forma claramente marginal, la gestión privada (3 %). Esta configuración dibuja un sistema fuertemen-

te institucionalizado, en el que la respuesta a la violencia contra las mujeres recae de manera casi exclusiva en el sector público.

Tabla 17. Estadío por gestión.

	Prevención	Detección	Atención	Rehabilitación	Reparación	Total	Distrib %
Gestión Pública	72	62	176	84	22	**416**	83%
Gestión Concertada	17	10	28	13	1	**69**	14%
Gestión Privada	5	3	5	1	1	**15**	3%
Total	**94**	**75**	**209**	**98**	**24**	**500**	**100%**
Distribución porcentual	19%	15%	42%	20%	5%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Desde una perspectiva global por estadios, la atención vuelve a concentrar el mayor volumen de recursos (42 %), seguida de la rehabilitación (20 %), mientras que la prevención (19 %) y la detección (15 %) mantienen un peso más limitado. La reparación continúa siendo la fase más débil del circuito, con solo un 5 % del total de dispositivos. Este patrón refuerza la orientación del sistema hacia la intervención una vez producido el daño, con una presencia mucho más reducida de dispositivos dedicados a la restitución de derechos y a la recuperación integral posterior.

La gestión pública presenta una distribución transversal por todos los estadios, con especial concentración en atención y rehabilitación, lo que confirma su papel central como columna vertebral del sistema. La gestión concertada aparece vinculada de forma preferente a la prevención y, sobre todo, a la atención, lo que sugiere una función complementaria en ámbitos donde la administración pública delega parcialmente la provisión de servicios. Por su parte, la gestión privada es prácticamente testimonial, con una presencia muy limitada y sin un patrón funcional claramente definido.

En conjunto, el mapa de la gestión dibuja un modelo público-concertado con baja diversificación, en el que la iniciativa privada tiene un

papel residual y la provisión directa por parte de las administraciones sigue siendo la forma dominante de intervención. Esta estructura refuerza la imagen de un sistema altamente institucionalizado, con escaso desarrollo de fórmulas mixtas o comunitarias y con una débil articulación del sector privado como actor estable en la red de recursos.

4.1.4.3. Ámbitos de actuación

La distribución de los recursos según el tipo de acción y el estadio de intervención vuelve a mostrar con claridad una concentración del sistema en la fase de atención, que absorbe el 41 % del total de las intervenciones, seguida de la rehabilitación (19 %), mientras que la prevención (20 %) y la detección (17 %) mantienen un peso menor. La reparación, una vez más, aparece claramente residual, con solo un 3 % del total. Este patrón reafirma un modelo centrado en la respuesta al daño ya producido, con escasa presencia de dispositivos orientados a la restitución integral posterior.

Desde el punto de vista de las acciones desplegadas, el sistema se articula fundamentalmente en torno a información (17 %), atención directa psicológica u otra (16 %) y asesoramiento legal u otro (13 %), que en conjunto concentran una parte sustancial de la red de recursos. Estas categorías definen el núcleo operativo del modelo, orientado prioritariamente a la intervención inmediata, el acompañamiento y la gestión de las consecuencias de la violencia.

Las guías y protocolos (11 %) y las acciones de sensibilización e incidencia (10 %) presentan una presencia intermedia y relativamente transversal, con especial peso en las fases de prevención y detección. Este patrón sugiere que la prevención se apoya más en estrategias de concienciación, producción de marcos de actuación y difusión de pautas que en dispositivos estructurales específicos de intervención temprana.

Tabla 18. Tipos de acción y estadios de intervención.

	Prevención	Detección	Atención	Rehabilitación	Reparación	Total	Dist. %
Información	50	39	81	29	5	**204**	17%
Asesoramiento (legal u otro)	23	24	75	30	5	**157**	13%
Atención (psicológica u otra)	23	23	98	46	5	**195**	16%
Alojamiento	3	3	41	34	2	**83**	7%
Formación/ capacitación	23	19	29	11	0	**82**	7%
Inserción laboral, social o similar	4	5	30	31	3	**73**	6%
Guías/ Protocolos	37	33	45	14	5	**134**	11%
Sensibilización/ incidencia	42	26	34	11	5	**118**	10%
Protección/ vigilancia	7	8	28	11	1	**55**	5%
Ley/ Plan/ Programa/ Política pública	18	11	24	15	8	**76**	6%
Observatorio/ difusión/ investigación	6	8	4	1	0	**19**	2%
Total	**236**	**199**	**489**	**233**	**39**	**1.196**	**100%**
Distribución porcentual	20%	17%	41%	19%	3%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Las actuaciones de alojamiento (7 %) y de inserción laboral y social (6 %) se concentran principalmente en las fases de atención y rehabilitación, reflejando su función como respuestas a situaciones ya cronificadas o de alta vulnerabilidad. Su peso relativo indica que los dispositivos orientados a la reconstrucción material de la autonomía siguen siendo cuantitativamente limitados dentro del sistema.

Especialmente llamativa es la escasa presencia de las acciones vinculadas a la formación y capacitación (7 %), los observatorios, la difusión de investigación y la generación de conocimiento (2 %), así como de las

leyes, planes, programas y políticas públicas (6 %). Este bajo peso apunta a un déficit estructural de planificación, evaluación sistemática y retroalimentación del sistema a partir del conocimiento producido, lo que limita su capacidad de aprendizaje institucional y de mejora sostenida.

En conjunto, la tabla muestra un sistema configurado fundamentalmente como red de respuesta, centrado en la atención, el asesoramiento y la gestión inmediata de las situaciones de violencia, con una arquitectura preventiva apoyada más en acciones de sensibilización y marcos normativos que en dispositivos estables de intervención temprana. La debilidad de las acciones de planificación, investigación, evaluación e inserción sociolaboral sugiere una limitada orientación a medio y largo plazo y una baja capacidad de transformación estructural del problema.

Tipos de alojamiento

La distribución de los recursos de alojamiento por estadio de intervención muestra una concentración muy clara en las fases de atención (49 %) y rehabilitación (41 %), mientras que la prevención (4 %), la detección (4 %) y, sobre todo, la reparación (1 %) aparecen prácticamente ausentes. El alojamiento se configura, por tanto, como un recurso eminentemente reactivo, activado cuando la violencia ya se ha producido y la situación de riesgo es manifiesta.

Tabla 19. Tipos de alojamiento y estadios de intervención.

	Prevención	Detección	Atención	Rehabilitación	Reparación	Total	Distr. %
Emergencia	2	2	21	13	0	**38**	28%
Temporal	3	3	26	23	1	**56**	42%
Residencia	0	0	6	7	0	**13**	10%
Vivienda tutelada (promoción de autonomía)	1	1	12	12	1	**27**	20%
Total	**6**	**6**	**65**	**55**	**2**	**134**	**100%**
Distribución porcentual	4%	4%	49%	41%	1%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Desde el punto de vista del tipo de recurso, el alojamiento temporal es la modalidad más frecuente (42 %), seguido de los dispositivos de emergencia (28 %) y de las viviendas tuteladas orientadas a la promoción de la autonomía (20 %). Las residencias estrictamente dichas representan una proporción claramente minoritaria (10 %). Este reparto indica que el sistema prioriza soluciones de carácter transitorio frente a modalidades más estables de alojamiento y acompañamiento prolongado.

Los dispositivos de emergencia se concentran casi exclusivamente en la fase de atención, lo que refleja su función como respuesta inmediata ante situaciones de alto riesgo. El alojamiento temporal muestra una presencia relevante tanto en atención como en rehabilitación, actuando como recurso puente en procesos de salida de la violencia. Las viviendas tuteladas presentan un perfil más equilibrado entre atención y rehabilitación, lo que sugiere una mayor orientación a procesos de acompañamiento hacia la autonomía personal. Por su parte, las residencias aparecen únicamente en fases avanzadas, con un peso muy reducido en el conjunto del sistema.

Resulta especialmente significativa la práctica inexistencia de recursos de alojamiento vinculados a la fase de reparación, etapa que está directamente asociada a la restitución de derechos, la estabilidad residencial a medio plazo y la reconstrucción vital tras la violencia. Esta ausencia refuerza la imagen de un modelo centrado en la gestión de la urgencia y la transición, pero con escasa dotación de recursos orientados a la estabilización duradera y a la recuperación integral.

En conjunto, la tabla dibuja un sistema de alojamiento orientado a la contingencia, basado en soluciones temporales y de emergencia, con un desarrollo aún limitado de dispositivos específicamente diseñados para acompañar procesos prolongados de autonomía y reparación. Este patrón acota claramente el papel del alojamiento dentro del circuito de atención, más como mecanismo de protección inmediata que como eje de reconstrucción a largo plazo.

Ámbitos institucionales

La distribución de los tipos de actuación por ámbitos institucionales muestra con claridad un predominio estructural de los Servicios So-

ciales, que concentran aproximadamente la mitad del conjunto de las actuaciones (50 %) y están presentes en todos los tipos de acción considerados. Esta centralidad confirma su papel como eje vertebrador del sistema, especialmente en las funciones de información, asesoramiento, atención directa, alojamiento e inserción social.

El ámbito de Sanidad presenta un perfil más específico y técnico. Su mayor presencia se localiza en guías y protocolos, formación y sensibilización, mientras que su peso en la atención directa es comparativamente menor. Este patrón sugiere una contribución más orientada a la normalización técnica, la capacitación profesional y la difusión de marcos de actuación que a la intervención social directa continuada.

El Sistema de enseñanza tiene una presencia claramente reducida en el conjunto del sistema, con participaciones muy bajas en casi todos los tipos de acción. Destaca ligeramente en sensibilización y en leyes, planes y políticas, pero su escaso peso en información, atención, inserción o protección apunta a una brecha estructural en la articulación educativa del sistema de respuesta, especialmente relevante si se tiene en cuenta su potencial estratégico en prevención y detección temprana.

Las Fuerzas de Seguridad y el Sistema Judicial concentran su intervención en protección y vigilancia, así como en leyes, planes y políticas públicas, reflejando su vinculación a las fases más normativas, coercitivas y procesales del sistema. Su presencia es limitada en ámbitos como la atención, la inserción o el acompañamiento social prolongado, lo que delimita con claridad su función institucional dentro del circuito.

Las ONG y asociaciones presentan una presencia transversal y equilibrada en distintos tipos de actuación, con un peso destacado en guías y protocolos, sensibilización y atención directa. Este perfil las sitúa como actores con capacidad de mediación entre la administración y la comunidad, con una función especialmente relevante en la difusión de marcos de intervención y en el trabajo de proximidad.

Tabla 20. Tipos de actuación y ámbitos institucionales.

	Servicios Sociales	Sanidad	Sistema de enseñanza	Fuerzas de Seguridad	Sistema Judicial	ONG	Total	Distr. %
Información	82	23	7	16	20	20	**168**	18%
Asesoramiento (legal u otro)	66	11	2	10	15	10	**114**	12%
Atención (psicológica u otra)	92	14	2	10	13	17	**148**	16%
Alojamiento	44	2	0	0	1	4	**51**	5%
Formación/ capacitación	22	10	4	2	4	10	**52**	6%
Inserción laboral, social	33	2	1	0	2	7	**45**	5%
Guías/ Protocolos	34	23	7	11	13	18	**106**	11%
Sensibilización	41	15	10	9	12	19	**106**	11%
Protección/ vigilancia	22	5	1	12	5	0	**45**	5%
Ley/ Plan/ Política	29	13	12	12	12	8	**86**	9%
Observatorio/ difusión	6	1	0	0	3	3	**13**	1%
Total	**471**	**119**	**46**	**82**	**100**	**116**	**934**	**100%**
Distribución porcentual	50%	13%	5%	9%	11%	12%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Resulta especialmente significativa la concentración casi exclusiva del alojamiento y de la inserción laboral y social en el ámbito de los Servicios Sociales, con una presencia prácticamente testimonial del resto de ámbitos institucionales. Este patrón pone de relieve la escasa transversalidad institucional de las políticas de autonomía, que siguen dependiendo casi por completo del sistema social y no de una articulación integrada entre sectores.

En conjunto, la tabla muestra un sistema funcionalmente centrado en información, atención y asesoramiento, con un desarrollo mucho más limitado de las acciones orientadas a la autonomía, la inserción y la

reparación. La distribución por ámbitos refuerza la imagen de un modelo asistencialmente concentrado en los Servicios Sociales, con aportaciones sectoriales de sanidad, justicia, fuerzas de seguridad y tercer sector, pero con un bajo nivel de integración interinstitucional en las políticas de empoderamiento y recuperación a medio y largo plazo.

Modelos de gestión

La distribución de los tipos de actuación según el modelo de gestión muestra un claro predominio de la gestión pública, que concentra el 82 % del total de las actuaciones. La gestión concertada representa el 16 %, mientras que la gestión privada es claramente residual, con apenas un 2 % del conjunto. Este reparto confirma que el sistema de respuesta frente a la violencia contra las mujeres se apoya de forma abrumadora en la provisión pública directa.

Tabla 21. Tipos de actuación y modelo de gestión.

	Gestión Pública	Gestión Concertada	Gestión Privada	Total	Distribución porcentual
Información	89	13	3	**105**	18%
Asesoramiento (legal u otro)	63	15	1	**79**	13%
Atención (psicológica u otra)	86	18	1	**105**	18%
Alojamiento	36	9	0	**45**	8%
Formación/ capacitación	24	7	2	**33**	6%
Inserción laboral, social	33	9	1	**43**	7%
Guías/ Protocolos	45	12	2	**59**	10%
Sensibilización	41	6	4	**51**	9%
Protección/ vigilancia	26	2	0	**28**	5%
Ley/ Plan/ Política	34	0	0	**34**	6%
Observatorio/ difusión	9	2	0	**11**	2%
Total	**486**	**93**	**14**	**593**	**100%**
Distribución porcentual	82%	16%	2%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Las acciones de información y de atención directa psicológica u otra se concentran mayoritariamente en la gestión pública, reproduciendo el carácter institucionalizado del núcleo operativo del sistema. El asesoramiento presenta también un fuerte predominio público, aunque con una presencia algo más visible de la concertación. El alojamiento, aun siendo una acción especialmente ligada a situaciones de alta vulnerabilidad, mantiene igualmente una dependencia casi exclusiva del sector público, con una participación concertada limitada y ausencia de gestión privada.

Las acciones de formación y capacitación, sensibilización y guías y protocolos muestran una mayor diversidad de modelos de gestión. En estos ámbitos aparece con más nitidez la gestión concertada y, de forma muy puntual, la privada. Este patrón sugiere que las funciones de producción de marcos de actuación, capacitación profesional y sensibilización social admiten una mayor pluralidad de actores, aunque sin modificar la hegemonía del sector público.

Especialmente significativo resulta que las leyes, planes y políticas públicas, así como la protección y vigilancia, se encuentren exclusivamente bajo gestión pública. Esta concentración refleja el carácter eminentemente institucional, normativo y coercitivo de estas funciones, que quedan fuera de cualquier fórmula de externalización o hibridación con otros sectores.

En conjunto, la tabla describe un modelo público-concertado con muy baja diversificación, en el que la iniciativa privada carece de un papel estructural y la concertación actúa de forma subsidiaria en ámbitos concretos. El sistema combina así un núcleo público fuerte con una periferia concertada limitada, lo que apunta a un modelo con escasa hibridación organizativa y un bajo grado de cooperación intersectorial estable. Esta estructura tiende a reforzar la centralización, limita la innovación y restringe la flexibilidad adaptativa del sistema frente a realidades complejas y cambiantes.

4.1.4.4. Objeto y alcance de la intervención

La distribución de los recursos según el objeto principal de la intervención muestra un predominio muy claro del enfoque centrado en la

víctima, que concentra el 47 % del total de las actuaciones. A bastante distancia se sitúan las intervenciones dirigidas a profesionales (22 %) y a la sociedad general (21 %), mientras que los familiares, hijos/as o personas dependientes representan solo el 8 % y las actuaciones dirigidas al agresor apenas alcanzan el 2 %. Este reparto dibuja un modelo de intervención marcadamente individualizado, focalizado en la mujer como sujeto casi exclusivo de la respuesta institucional.

Desde el punto de vista de los estadios, las intervenciones dirigidas a la víctima se concentran, como es habitual en el conjunto del sistema, en la atención (38 %) y la rehabilitación (18 %), con una presencia menor en prevención y detección. Este patrón refuerza una lógica de intervención centrada en la gestión del daño una vez producido, más que en la anticipación o la transformación de las condiciones que lo generan.

Tabla 22. Objeto de la intervención y estadios de actuación.

	Prevención	Detección	Atención	Rehabilitación	Reparación	Total	%
A la Víctima	58	52	177	91	19	**397**	47%
Al Agresor	5	3	4	3	1	**16**	2%
A Profesionales (técnicos, agentes...)	50	48	63	21	5	**187**	22%
A la Sociedad general	63	38	48	16	8	**173**	21%
Familiares, hijos/as o personas dependientes (derivado de «otros»)	6	5	29	19	5	**64**	8%
Total	**182**	**146**	**321**	**150**	**38**	**837**	**100%**
Distribución porcentual	22%	17%	38%	18%	5%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Las actuaciones dirigidas a profesionales y a la sociedad general muestran una distribución más equilibrada entre prevención, detección y

atención. En el caso de los profesionales, este perfil refleja el peso de las acciones de formación, capacitación y mejora de la respuesta técnica. En el caso de la sociedad general, apunta a estrategias de sensibilización y concienciación con un alcance colectivo, aunque sin un desarrollo claramente dominante en la fase preventiva.

Los familiares, hijos/as o personas dependientes aparecen de forma muy limitada en el conjunto del sistema, a pesar de su papel central tanto en los procesos de detección temprana como en la recuperación posterior a la violencia. Su débil presencia sugiere que el entorno relacional de la víctima sigue siendo un ámbito secundario en la arquitectura institucional de la intervención.

Especialmente llamativa resulta la práctica ausencia de recursos dirigidos al agresor. Su peso marginal indica que la intervención institucional se orienta casi exclusivamente a la protección y atención de la víctima, dejando en un segundo plano las estrategias de reeducación, reinserción o intervención específica sobre quienes ejercen la violencia. Este vacío refuerza una respuesta más centrada en la contención y la exclusión que en la transformación de las dinámicas violentas.

En conjunto, la tabla perfila un modelo de intervención fuertemente centrado en la víctima, con un desarrollo limitado de estrategias dirigidas al entorno familiar, comunitario o al agresor. La ampliación del foco hacia estos ámbitos aparece como una condición necesaria para avanzar hacia enfoques más integrales, relacionales y preventivos de la violencia contra las mujeres.

4.1.4.5. Respeto y conciencia hacia la discapacidad

Este indicador recoge aquellos recursos que mencionan explícitamente la discapacidad, incorporan medidas concretas o dirigen parte de su intervención a este colectivo. En el conjunto del sistema, el 46 % de los dispositivos presentan algún nivel de integración explícita, aunque esta presencia adopta una distribución desigual a lo largo del ciclo de intervención.

Según estadio de intervención

La tabla siguiente muestra cómo los valores más altos se concentran en prevención (61 %) y reparación (63 %), mientras que en atención (37 %) y rehabilitación (40 %) se sitúan claramente por debajo de la media. La detección, con un 56 %, ocupa una posición intermedia. La lectura conjunta de estos datos sugiere dos dinámicas diferenciadas. En las fases iniciales (prevención) y finales (reparación), la perspectiva de discapacidad se integra con mayor frecuencia. En cambio, la atención —que concentra buena parte de los recursos y constituye el núcleo operativo del sistema— presenta los niveles más bajos de respeto y conciencia hacia la discapacidad. La rehabilitación se comporta de manera similar, aunque con valores ligeramente superiores.

Tabla 23. Conciencia específica hacia la discapacidad según estadio de intervención.

	No	Sí	Total	% sensibles
Prevención	36	57	**93**	61%
Detección	33	42	**75**	56%
Atención	127	76	**203**	37%
Rehabilitación	58	38	**96**	40%
Reparación	9	15	**24**	63%
Total	**263**	**228**	**491**	***46%***
Distribución porcentual	54%	46%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Según ámbito institucional

La distribución por ámbito institucional muestra diferencias marcadas en la incorporación explícita de la discapacidad. Los niveles más elevados se registran en el sistema educativo (75 %), en sanidad (66 %) y en las ONG y asociaciones (65 %). En un punto intermedio se sitúan las Fuerzas de Seguridad (55 %) y el sistema judicial (48 %), con valores próximos a la media general. En contraste, los servicios sociales —el ámbito con mayor peso en el conjunto del sistema— presentan una conciencia específica del 38 %, claramente inferior al promedio. El grupo de «otros» muestra niveles aún más reducidos (30 %), aunque su volumen es muy limitado.

Tabla 24. Conciencia específica hacia la discapacidad según ámbito institucional.

	No	Sí	Total	% sensibles
Servicios Sociales	131	79	**210**	38%
Sanidad	16	31	**47**	66%
Sistema de enseñanza	5	15	**20**	75%
Fuerzas de Seguridad	15	18	**33**	55%
Sistema Judicial	21	19	**40**	48%
ONG/Asociaciones	20	37	**57**	***65%***
Otros	7	3	**10**	***30%***
Total	**215**	**202**	**417**	***48%***
Distribución porcentual	52%	48%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Según modelo de gestión

La conciencia específica presenta diferencias notables según el modelo de gestión. La gestión pública, que concentra la mayor parte de los recursos, alcanza un 38 % de dispositivos con referencias explícitas a la discapacidad. La gestión concertada registra valores más elevados (59 %), seguida de la gestión privada, que presenta el porcentaje más alto del conjunto (71 %), si bien su peso numérico es muy reducido. En conjunto, estos datos muestran una distribución heterogénea, con una presencia más contenida en el sector público y niveles superiores en los recursos gestionados fuera de la administración directa.

Tabla 25. Conciencia específica hacia la discapacidad según modelo de gestión.

	No	Sí	Total	% sensibles
Gestión Pública	141	87	228	38%
Gestión Concertada	17	24	41	59%
Gestión Privada	2	5	7	71%
Total	160	116	276	42%
Distribución porcentual	58%	42%	100%	

Fuente: elaboración propia.

Según tipo de acción

La conciencia específica varía de manera notable según el tipo de acción desarrollada por los recursos. Los porcentajes más elevados se observan en las guías o protocolos (69 %), la sensibilización (61 %) y la formación o capacitación (58 %), ámbitos en los que la incorporación explícita de la discapacidad aparece con mayor frecuencia. También presentan niveles relativamente altos las políticas públicas y planes (56 %). En contraste, la atención directa y el asesoramiento —dos de los bloques con mayor volumen de recursos— muestran porcentajes claramente inferiores (31 % en ambos casos). El alojamiento presenta la cifra más baja del conjunto (23 %), seguido de la protección y vigilancia (25 %). La inserción laboral o social (39 %) y los observatorios o acciones de difusión (36 %) se sitúan en valores intermedios. En conjunto, la tabla refleja una mayor explicitación de la discapacidad en las acciones de carácter normativo, formativo o de sensibilización, mientras que las funciones más operativas o vinculadas a la intervención directa presentan una presencia más limitada de referencias específicas.

Tabla 26. Conciencia específica hacia la discapacidad según tipo de acción.

	No	Sí	Total	% sensibles
Información	54	46	**100**	46%
Asesoramiento (legal u otro)	53	24	**77**	31%
Atención (psicológica u otra)	71	32	**103**	31%
Alojamiento	34	10	**44**	23%
Formación/capacitación	13	18	**31**	58%
Inserción laboral, social	25	16	**41**	39%
Guías/ Protocolos	18	40	**58**	69%
Sensibilización	20	31	**51**	61%
Protección/ vigilancia	21	7	**28**	25%
Ley/ Plan/ Política	15	19	**34**	56%
Observatorio/difusión	7	4	**11**	36%
Otros	8	7	**15**	47%
Total	**339**	**254**	**593**	***43%***
Distribución porcentual	57%	43%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Por tipo de alojamiento

Los dispositivos de alojamiento presentan niveles reducidos de conciencia específica hacia la discapacidad. En conjunto, solo el 25 % incorpora referencias explícitas, con diferencias moderadas entre modalidades. Las viviendas tuteladas alcanzan el porcentaje más elevado (33 %), seguidas del alojamiento temporal (27 %) y el de emergencia (24 %). Los recursos residenciales muestran la cifra más baja del conjunto (13 %). Estos resultados indican una presencia limitada de adaptaciones o menciones explícitas en el conjunto de dispositivos habitacionales, independientemente de su función o duración.

Tabla 27. Conciencia específica hacia la discapacidad según tipo de alojamiento.

	No	Sí	Total	% sensibles
Emergencia	16	5	**21**	24%
Temporal	19	7	**26**	27%
Residencia	7	1	**8**	13%
Vivienda tutelada	8	4	**12**	33%
Total	**50**	**17**	**67**	**25%**
Distribución porcentual	75%	25%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Por objeto de intervención

La conciencia específica presenta diferencias relevantes según el objeto principal del recurso. Los porcentajes más elevados se observan en las intervenciones dirigidas a profesionales (66 %) y a la sociedad general (63 %), donde la discapacidad aparece incorporada con mayor frecuencia. En cambio, los recursos orientados directamente a la víctima muestran niveles más reducidos (37 %), y los dirigidos a familiares registran la cifra más baja del conjunto (19 %). Las actuaciones centradas en el agresor presentan valores intermedios, aunque su volumen es muy limitado. En conjunto, la tabla indica que la consideración explícita de la discapacidad es más habitual en acciones de capacitación y sensibilización que en los dispositivos orientados a la atención directa o al entorno cercano de la víctima.

Tabla 28. Conciencia específica hacia la discapacidad según objeto de intervención.

Objeto…	No	Sí	Total	% sensibles
A la Víctima	136	81	**217**	37%
Al Agresor	4	2	**6**	33%
A Profesionales (técnicos, agentes…)	27	52	**79**	66%
A la Sociedad general	30	52	**82**	63%
A familiares	26	6	**32**	19%
Total	**223**	**193**	**416**	**46%**
Distribución porcentual	54%	46%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

En conjunto, alrededor del 42–46 % de los recursos analizados incorpora algún nivel de conciencia específica hacia la discapacidad, con una distribución desigual según las características del dispositivo. Por estadios, los valores más altos se observan en prevención y reparación, mientras que atención y rehabilitación muestran porcentajes claramente inferiores. Entre los ámbitos institucionales, los Servicios Sociales concentran el mayor volumen de dispositivos sensibles, aunque con un peso relativo menor que otros ámbitos como educación, sanidad o las ONG, que presentan proporciones más elevadas de conciencia explícita.

En cuanto al modelo de gestión, la conciencia específica aparece en todos los sectores, aunque con mayor presencia relativa en la gestión concertada y privada, si bien estas representan un número reducido de casos. Por tipo de acción, los porcentajes más altos corresponden a guías y protocolos, sensibilización e información, mientras que los dispositivos de alojamiento y de protección o vigilancia registran los valores más bajos. Respecto al objeto de la intervención, la conciencia específica es más frecuente en los servicios dirigidos a profesionales y a la sociedad general, seguida de los orientados directamente a la víctima; los recursos destinados a familiares o al agresor muestran niveles muy reducidos.

4.1.4.6. Conciencia inclusiva

Además de la conciencia específica hacia la discapacidad, el análisis incorpora un segundo indicador orientado a captar la presencia de principios inclusivos y de accesibilidad universal. Este enfoque permi-

te identificar recursos que, aun sin mencionar expresamente la discapacidad, incorporan prácticas o criterios orientados a atender a todas las mujeres en condiciones de igualdad.

Por estadio de intervención

La tabla evidencia una presencia desigual de conciencia inclusiva a lo largo del ciclo. Los valores más elevados se observan en prevención (39 %) y detección (33 %), donde aparecen con mayor frecuencia enfoques transversales orientados a garantizar accesibilidad informativa o metodológica. En atención (21 %) y rehabilitación (19 %), en cambio, la presencia es claramente menor, lo que refleja una incorporación limitada de la inclusión en los espacios donde se concentran la mayor parte de las intervenciones. La reparación presenta valores intermedios (29 %), aunque con un número reducido de casos.

Tabla 29. Conciencia inclusiva según estadio de intervención.

	No	Sí	Total	% inclusivos
Prevención	57	36	**93**	39%
Detección	50	25	**75**	33%
Atención	161	42	**203**	21%
Rehabilitación	78	18	**96**	19%
Reparación	17	7	**24**	29%
Total	**363**	**128**	**491**	**26%**
Distribución porcentual	74%	26%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Según ámbito institucional

La conciencia inclusiva presenta un comportamiento muy desigual entre ámbitos. Las ONG y asociaciones alcanzan los valores más altos (53 %), seguidas del sistema educativo (40 %) y del ámbito judicial (33 %). En sanidad, la presencia es intermedia (32 %), mientras que las fuerzas de seguridad se sitúan en niveles más bajos (21 %). Los servicios sociales —el ámbito con mayor volumen de recursos— apenas llegan al 20 %, lo que refleja una incorporación limitada de principios inclusivos en su funcionamiento ordinario. En conjunto, el promedio del 28 % confirma que la inclusión se distribuye de manera fragmentada y depende fuertemente del tipo de institución implicada.

Tabla 30. Conciencia inclusiva según ámbito institucional.

	No	Sí	Total	% inclusivos
Servicios Sociales	168	42	**210**	20%
Sanidad	32	15	**47**	32%
Sistema de enseñanza	12	8	**20**	40%
Fuerzas de Seguridad	26	7	**33**	21%
Sistema Judicial	27	13	**40**	33%
ONG/Asociaciones	27	30	**57**	53%
Otros	9	1	**10**	10%
Total	**301**	**116**	**417**	**28%**
Distribución porcentual	72%	28%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Según modelo de gestión

Los resultados muestran un contraste marcado entre modelos de gestión. La gestión pública, que concentra la mayor parte de los recursos, presenta el nivel más bajo de conciencia inclusiva (18 %). En cambio, la gestión concertada alcanza casi la mitad de los dispositivos (49 %) y la gestión privada se sitúa en torno al 57 %, aunque con un volumen de casos significativamente menor. Este patrón sugiere que la incorporación de enfoques inclusivos es más frecuente en estructuras organizativas con mayor flexibilidad o especialización, mientras que en el sector público su presencia es más limitada.

Tabla 31. Conciencia inclusiva según modelo de gestión.

Gestión...	No	Sí	Total	% inclusivos
Gestión Pública	186	42	**228**	18%
Gestión Concertada	21	20	**41**	49%
Gestión Privada	3	4	**7**	57%
Total	**210**	**66**	**276**	**24%**
Distribución porcentual	76%	24%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Según tipo de acción

Los resultados muestran una distribución claramente desigual. Las acciones con mayor presencia de conciencia inclusiva son sensibilización (43 %) y guías o protocolos (41 %), seguidas por formación (32 %). Se trata, en general, de ámbitos donde es más habitual incorporar principios transversales o marcos normativos de accesibilidad. En contraste, los niveles son muy reducidos en alojamiento (11 %), protección y vigilancia (14 %) y atención directa (18 %), lo que indica que los dispositivos más operativos —y especialmente aquellos basados en infraestructura material o en funciones coercitivas— integran con mucha menor frecuencia un enfoque inclusivo. La inserción laboral y las políticas públicas presentan valores intermedios, sin llegar a configurarse como ámbitos especialmente sensibles. En conjunto, el patrón refuerza la idea de que la inclusión se formula más en términos programáticos o de orientación que en la organización práctica de los servicios.

Tabla 32. Conciencia inclusiva según tipo de acción.

Tipo...	No	Sí	Total	*% inclusivos*
Información	73	27	**100**	27%
Asesoramiento (legal u otro)	63	14	**77**	18%
Atención (psicológica u otra)	84	19	**103**	18%
Alojamiento	39	5	**44**	11%
Formación/capacitación	21	10	**31**	32%
Inserción laboral, social	31	10	**41**	24%
Guías/ Protocolos	34	24	**58**	41%
Sensibilización	29	22	**51**	43%
Protección/ vigilancia	24	4	**28**	14%
Ley/ Plan/ Política	26	8	**34**	24%
Observatorio/difusión	7	4	**11**	36%
Otros	14	1	**15**	7%
Total	**445**	**148**	**593**	**25%**
Distribución porcentual	75%	25%	**100%**	

Fuente: elaboración propia.

Según tipo de alojamiento

La conciencia inclusiva en los dispositivos de alojamiento es muy reducida: solo el 12 % del conjunto incorpora algún principio de accesibilidad universal o de diseño inclusivo. El patrón es homogéneo y claramente bajo en todas las modalidades. Las residencias no registran ningún caso inclusivo, lo que evidencia un formato particularmente rígido o poco adaptado. Los alojamientos de emergencia y los temporales presentan valores similares (14 % y 12 %), con integración muy limitada de criterios inclusivos pese a su papel crítico en situaciones de riesgo inmediato. Las viviendas tuteladas alcanzan el porcentaje más alto (17 %), aunque siguen siendo cifras modestas. En conjunto, los datos indican que los recursos alojativos —tanto de urgencia como de estancia prolongada— apenas incorporan un enfoque inclusivo, y constituyen el conjunto más rezagado dentro del sistema.

Tabla 33. Conciencia inclusiva según tipo de alojamiento.

Alojamiento...	No	Sí	Total	% inclusivos
Emergencia	18	3	21	14%
Temporal	23	3	26	12%
Residencia	8	0	8	0%
Vivienda tutelada	10	2	12	17%
Total	59	8	67	12%
Distribución porcentual	88%	12%	100%	

Fuente: elaboración propia.

Según objeto de intervención

Los niveles de conciencia inclusiva varían de forma notable según el colectivo al que se dirige la actuación. Las intervenciones orientadas a la sociedad general (39 %) y a profesionales (35 %) alcanzan los valores más elevados, lo que sugiere que la inclusión se incorpora con mayor facilidad en acciones de carácter formativo, preventivo o de sensibilización institucional. En cambio, los servicios dirigidos directamente a las víctimas presentan porcentajes más modestos (21 %), y los destinados a familiares se sitúan en mínimos (6 %). La ausencia total de conciencia inclusiva en los recursos orientados al agresor confirma que este

ámbito permanece al margen de cualquier enfoque de accesibilidad o adaptación. En conjunto, la discapacidad se integra de forma más visible cuando la intervención opera en el plano social o profesional, mientras que las actuaciones dirigidas a quienes viven la violencia más directamente incorporan la inclusión de manera mucho más limitada.

Tabla 34. Conciencia inclusiva según objeto de intervención.

Objeto…	No	Sí	Total	% inclusivos
A la Víctima	171	46	217	21%
Al Agresor	6	0	6	0%
A Profesionales (técnicos, agentes…)	51	28	79	35%
A la Sociedad general	50	32	82	39%
A familiares	30	2	32	6%
Total	308	108	416	26%
Distribución porcentual	74%	26%	100%	

Fuente: elaboración propia.

En suma, el enfoque inclusivo aparece de forma limitada en el conjunto de recursos analizados: solo el 26 % incorpora algún fundamento de accesibilidad o diversidad sin referencia explícita a la discapacidad. Su presencia es especialmente baja en las fases operativas del ciclo —atención y rehabilitación— y algo mayor en prevención y detección. Las diferencias entre ámbitos institucionales son notables: las ONG y asociaciones alcanzan los valores más altos, mientras que los servicios sociales —pese a su centralidad en el sistema— muestran niveles reducidos. En términos de gestión, el sector público registra los porcentajes más bajos, mientras que la gestión concertada y privada presenta mayor permeabilidad a este enfoque.

Los tipos de acción más inclusivos son las guías o protocolos, la sensibilización y la formación, es decir, aquellos que operan en el plano discursivo o preventivo. En contraste, el alojamiento, la protección y la atención directa apenas incorporan medidas de accesibilidad. También destacan las diferencias según el objeto de intervención: las actuaciones dirigidas a profesionales y a la sociedad general concentran la mayor parte de la conciencia inclusiva, mientras que los servicios orientados a la víctima, la familia o el agresor muestran niveles cla-

ramente inferiores. En conjunto, el enfoque inclusivo se integra de manera desigual y parcial, más presente en acciones estratégicas o formativas que en los dispositivos centrales del sistema.

4.1.4.7. Discapacidad e inclusión en el contexto de los recursos

El análisis conjunto del respeto y conciencia hacia la discapacidad y de la conciencia inclusiva permite observar cómo el sistema reconoce la diversidad y hasta qué punto la integra en su funcionamiento ordinario. Aunque ambas dimensiones siguen patrones parcialmente paralelos, no son equivalentes: la discapacidad se menciona con mayor frecuencia, mientras que la inclusión aparece de forma más fragmentada y desigual entre ámbitos, acciones y modelos de gestión. A efectos analíticos, este apartado sintetiza los contrastes más relevantes observados en los resultados previos y los organiza en una lectura conjunta.

En términos generales, la conciencia específica hacia la discapacidad presenta valores más elevados en las fases externas del ciclo (prevención y reparación), mientras que disminuye en atención y rehabilitación. La conciencia inclusiva reproduce este patrón, pero con valores más bajos. Se observa así un desplazamiento: los recursos más vinculados a la práctica asistencial cotidiana son, al mismo tiempo, los que menos integran enfoques inclusivos. Esta diferencia entre reconocimiento y accesibilidad resulta estructural y no anecdótica.

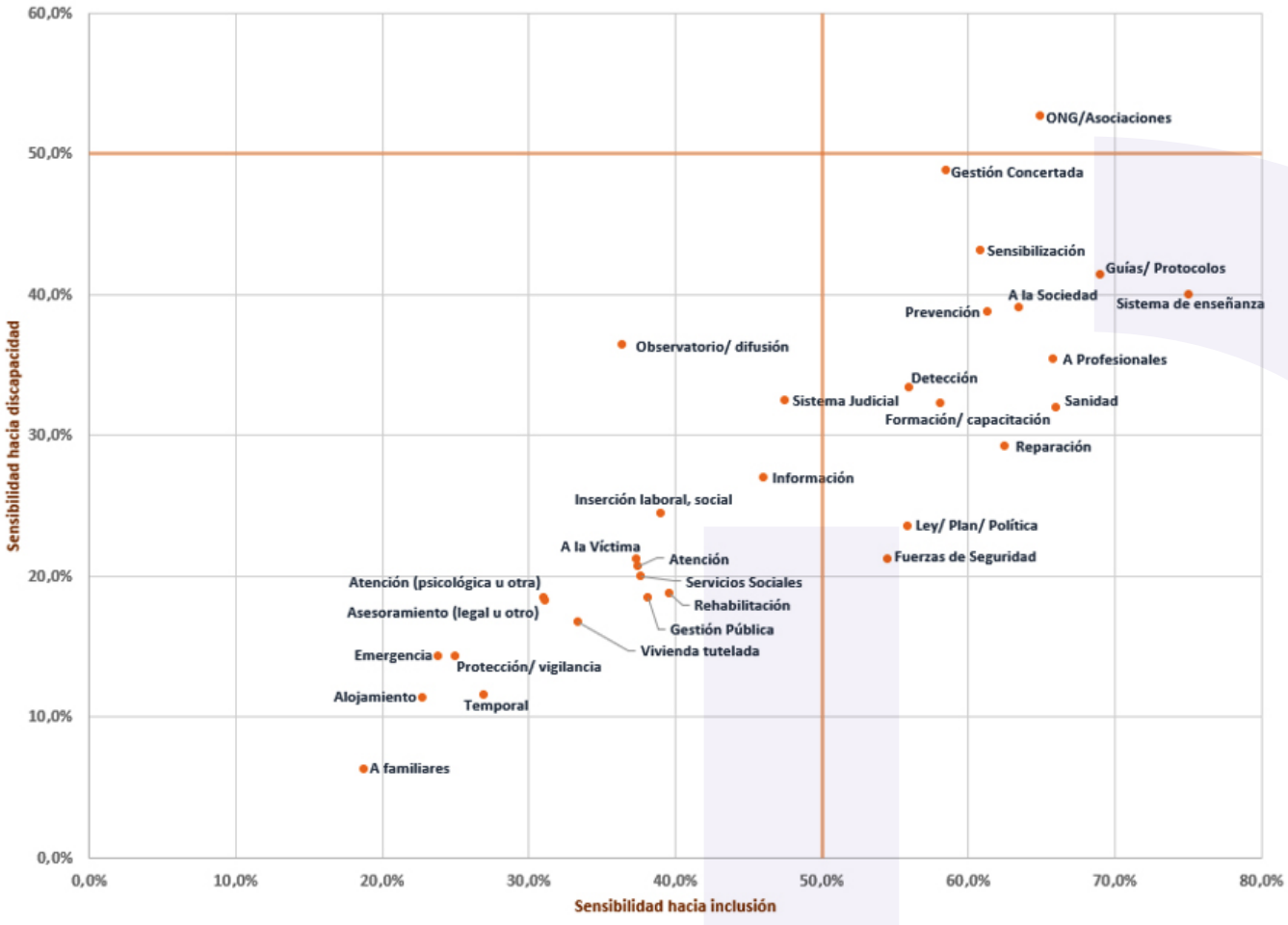
Los contrastes por ámbitos institucionales refuerzan esta lectura. Educación, sanidad y el tercer sector destacan por presentar niveles elevados en ambas dimensiones, aunque la inclusión mantiene mayor variabilidad. Los servicios sociales —eje del sistema— combinan una conciencia específica moderada con una presencia reducida de prácticas inclusivas, lo que indica que la discapacidad está reconocida, pero no necesariamente integrada en los diseños operativos. Justicia y fuerzas de seguridad ocupan posiciones intermedias, mientras que los dispositivos residenciales y de emergencia se sitúan sistemáticamente en la zona baja.

También el modelo de gestión muestra diferencias claras: la gestión pública, que concentra la mayor parte de recursos, presenta los valo-

res más bajos en inclusión; la concertada y la privada, aunque minoritarias en volumen, incorporan enfoques inclusivos con mayor frecuencia. En cuanto al tipo de acción, las actuaciones discursivas —guías, protocolos, sensibilización y formación— son las más sensibles e inclusivas, mientras que la atención directa, el asesoramiento y el alojamiento son los ámbitos menos adaptados.

A partir de estos resultados, la **síntesis gráfica siguiente** permite visualizar el posicionamiento relativo de los recursos, integrando en un mismo plano ambas dimensiones.

Figura 2. Tipología de recursos según reconocimiento de la discapacidad y perspectiva inclusiva.



Fuente: elaboración propia.

Esta representación integrada resume de manera clara el principal hallazgo: la discapacidad se reconoce con relativa frecuencia, pero la inclusión —entendida como accesibilidad universal y adaptación del funcionamiento ordinario— se incorpora de forma limitada y fragmentada. Existe, además, una clara correlación entre la permeabilidad de los servicios hacia la inclusión y la discapacidad. Conforme aumenta una perspectiva, se incrementa la otra. La lectura visual confirma varios rasgos ya adelantados por los datos:

- La distribución sigue una **diagonal ascendente**, que agrupa en el cuadrante superior derecho a los servicios con mayor desarrollo conceptual y técnico (educación, sanidad, ONG), mientras que los dispositivos asistenciales y de alojamiento se concentran en la zona inferior izquierda.

- La existencia de una **zona media**, ocupada en gran parte por los servicios sociales y por ciertos dispositivos judiciales, muestra un reconocimiento moderado de la discapacidad, sin una traducción sistemática en prácticas inclusivas.

- El gráfico evidencia también **incoherencias estructurales**, como recursos con alta conciencia, pero baja inclusión —típicos de guías y documentos normativos— o, en menor medida, recursos con adaptaciones parciales pero escasa mención explícita.

- La forma general del mapa apunta a un **sistema reactivo**, con avances en el plano discursivo pero una implementación desigual, especialmente en los dispositivos que constituyen el núcleo operativo de la atención.

La tabla siguiente reúne en un solo lugar los valores de conciencia específica e inclusiva correspondientes a todas las dimensiones analizadas. Su función no es añadir información nueva —ya comentada en los apartados anteriores— sino ofrecer una visión sintética que permita apreciar de manera global la estructura del sistema. Vista en conjunto, la tabla confirma el patrón observado en el análisis y en el gráfico: el respeto y la conciencia hacia la discapacidad es sistemáticamente más alta que la conciencia inclusiva, con diferencias estables entre ámbitos, tipos de acción y modelos de gestión. Los valores más elevados

se concentran en educación, sanidad, ONG y en las acciones de guías, protocolos y sensibilización, mientras que las cifras más bajas se observan en atención directa, alojamiento, protección y en la gestión pública. Este contraste resume con claridad la brecha estructural entre reconocimiento y accesibilidad que atraviesa al conjunto del sistema.

Tabla 35. Indicadores de conciencia específica e inclusiva según estadio, ámbito, gestión y tipo de acción.

	% sensibles	% inclusivos
ESTADIO DE INTERVENCIÓN	46%	26%
Prevención	61%	39%
Detección	56%	33%
Atención	37%	21%
Rehabilitación	40%	19%
Reparación	63%	29%
ÁMBITO INSTITUCIONAL	48%	28%
Servicios Sociales	38%	20%
Sanidad	66%	32%
Sistema de enseñanza	75%	40%
Fuerzas de Seguridad	55%	21%
Sistema Judicial	48%	33%
ONG/Asociaciones	65%	53%
MODELO DE GESTIÓN	42%	24%
Gestión Pública	38%	18%
Gestión Concertada	59%	49%
TIPO DE ACCIÓN	43%	25%
Información	46%	27%
Asesoramiento (legal u otro)	31%	18%
Atención (psicológica u otra)	31%	18%
Alojamiento	23%	11%
Formación/capacitación	58%	32%
Inserción laboral, social	39%	24%
Guías/ Protocolos	69%	41%
Sensibilización	61%	43%
Protección/ vigilancia	25%	14%
Ley/ Plan/ Política	56%	24%
Observatorio/difusión	36%	36%

Fuente: elaboración propia.

4.1.4.8. Síntesis explicativa

El análisis documental de los recursos revela un sistema amplio y heterogéneo, articulado en torno a una red mayoritariamente pública y con un peso destacado de los servicios sociales como eje operativo. La caracterización del ecosistema muestra una estructura sectorializada, con una distribución desigual de funciones entre ámbitos institucionales y una presencia significativa de las ONG en tareas de apoyo, sensibilización y conexión comunitaria. La participación del sistema educativo es escasa y el ámbito privado aparece de forma marginal, concentrado en acciones complementarias.

El examen de los recursos según los distintos estadios del ciclo evidencia un predominio de actuaciones centradas en la atención y la rehabilitación, mientras que la prevención y la reparación aparecen menos desarrolladas y con menor diversidad de dispositivos. Esta orientación se reproduce en los tipos de acción: las intervenciones asistenciales —atención psicológica, acompañamiento, asesoramiento— constituyen el núcleo central del sistema, en contraste con la menor presencia de actuaciones preventivas y de carácter comunitario.

En cuanto a la perspectiva de discapacidad y al enfoque inclusivo, los resultados muestran una distancia clara entre el reconocimiento explícito y la integración operativa. El respeto y conciencia hacia la discapacidad es relativamente frecuente, especialmente en ámbitos sanitarios, educativos y asociativos, pero se diluye en los dispositivos de atención directa. Por su parte, la conciencia inclusiva —vinculada a la accesibilidad universal y a la consideración de la diversidad más allá de la mención expresa de la discapacidad— presenta niveles más bajos y distribuciones más irregulares, concentrándose en las acciones formativas, de sensibilización y en la elaboración de guías o protocolos.

La comparación integrada confirma un patrón estructural: los recursos tienden a reconocer la existencia de la discapacidad, pero solo una parte minoritaria adapta su funcionamiento para garantizar una respuesta inclusiva. Esta diferencia es especialmente visible en los dispositivos operativos del sistema, que son los que mantienen una orientación más asistencial y menos transformadora. El mapa síntesis permite visualizar esta brecha, situando a los recursos más desa-

rrollados —educación, sanidad, ONG— en posiciones más avanzadas, mientras que la atención directa, el alojamiento y los dispositivos de protección se concentran en áreas de menor conciencia e inclusión.

En conjunto, el análisis documental ofrece una imagen coherente: un sistema de respuesta a la violencia que combina una estructura institucional sólida con una orientación predominantemente reactiva, donde la inclusión y la accesibilidad universal avanzan de manera parcial y desigual. Esta conclusión establece la base diagnóstica necesaria para comprender las dinámicas de funcionamiento de los recursos y constituye el punto de partida para la integración del análisis cualitativo que completará el estudio de los dispositivos de atención a mujeres con discapacidad víctimas de violencia.

4.2. Estudio cualitativo sobre la violencia contra mujeres con discapacidad.

4.2.1. La perspectiva de las víctimas

La violencia contra las mujeres con discapacidad constituye una manifestación específica y agravada de la discriminación estructural basada en el género y la discapacidad, que exige aproximaciones analíticas propias y respuestas institucionales adecuadas. Pese a los avances normativos registrados en las últimas décadas, las experiencias de violencia vividas por las mujeres con discapacidad continúan siendo insuficientemente reconocidas, analizadas y abordadas, tanto en las políticas públicas como en los sistemas de atención y protección. En este contexto, el «Estudio temático sobre la violencia contra mujeres con discapacidad. Análisis de casos de víctimas» se orienta a generar conocimiento cualitativo riguroso y aplicado que permita comprender la complejidad de este fenómeno y contribuir a la mejora de la acción pública.

El punto de partida de esta investigación es el reconocimiento de que la violencia ejercida contra mujeres con discapacidad no puede entenderse como la mera suma de la violencia contra las mujeres y la discriminación por discapacidad. Se trata de un fenómeno estructural

que emerge de la interacción entre relaciones desiguales de poder, estereotipos de género y discapacidad profundamente arraigados, situaciones de dependencia, barreras institucionales persistentes y la negación histórica de la autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres con discapacidad. Esta interacción da lugar a formas específicas de violencia y a mayores dificultades para su identificación, denuncia y reparación.

Desde esta perspectiva, el análisis se sitúa en el marco de los compromisos internacionales asumidos por el Estado español en materia de derechos humanos. En particular, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce expresamente que las mujeres y niñas con discapacidad están expuestas a múltiples formas de discriminación y obliga a los Estados parte a adoptar medidas específicas para protegerlas frente a la violencia, la explotación y el abuso (ONU, 2006, arts. 6 y 16). De igual modo, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece la obligación de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en todas sus manifestaciones, prestando especial atención a aquellas que se encuentran en situaciones de discriminación múltiple (ONU, 1979).

En este marco, la aproximación adoptada se fundamenta asimismo en los principios recogidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, particularmente en aquellos preceptos que establecen la prohibición de la discriminación por motivos de discapacidad, el derecho a la accesibilidad universal y la obligación de proporcionar ajustes razonables. Estos principios, recogidos de forma expresa en los artículos 2 y 9 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, constituyen un eje transversal del objeto de análisis, en la medida en que condicionan tanto las situaciones de violencia que afectan a las mujeres con discapacidad como las condiciones necesarias para garantizar su participación efectiva, segura y en igualdad de condiciones en los procesos de investigación y en el acceso a derechos (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

En el ámbito europeo, el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia do-

méstica (Convenio de Estambul) define la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación, subrayando la necesidad de adoptar enfoques integrales que tengan en cuenta situaciones de especial vulnerabilidad. Este marco resulta especialmente pertinente para el análisis de la violencia contra mujeres con discapacidad, al incorporar tanto las violencias ejercidas en el ámbito privado como aquellas que se producen en el espacio público e institucional.

En el plano estatal, la investigación se alinea con la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que reconoce la obligación de los poderes públicos de promover estudios e investigaciones orientados a mejorar la comprensión del fenómeno y la eficacia de las respuestas institucionales. A ello se suma la Ley Orgánica 10/2022, de garantía integral de la libertad sexual, que refuerza el enfoque integral de las violencias contra las mujeres y destaca la necesidad de identificar barreras específicas en el acceso a la protección y a la justicia. En relación con la discapacidad, el marco normativo viene determinado por la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Real Decreto Legislativo 1/2013) y por la Ley 8/2021, de reforma del sistema de apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, que refuerzan el reconocimiento de la autonomía, la capacidad jurídica y el derecho a recibir apoyos adecuados en igualdad de condiciones.

Desde un punto de vista conceptual, se adopta una definición amplia e inclusiva de la violencia contra las mujeres con discapacidad, coherente con los estándares internacionales y nacionales de derechos humanos. No se circunscribe a la violencia ejercida en el ámbito de la pareja o expareja, sino que abarca cualquier forma de violencia ejercida contra mujeres con discapacidad, con independencia del contexto en el que se produzca o del vínculo existente con la persona agresora. Esta aproximación permite visibilizar formas de violencia que, aun teniendo un impacto profundo en la vida de las mujeres, permanecen frecuentemente ocultas o normalizadas.

En este sentido, el análisis incorpora la violencia física, psicológica, sexual y económica, así como la violencia ejercida en el ámbito familiar o de los cuidados, la violencia institucional en servicios sociales, sanita-

rios, residenciales o judiciales, la violencia en contextos asistenciales y comunitarios, la negligencia, el abandono y la privación de apoyos. Se incluyen igualmente aquellas prácticas que vulneran de manera directa los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad, así como las formas de violencia simbólica y estructural derivadas del sexismo y el capacitismo, que condicionan las trayectorias vitales y limitan el acceso efectivo a derechos.

La aproximación metodológica se articula como un análisis temático basado en casos de mujeres con discapacidad víctimas de violencia, entendiendo cada caso como una unidad de análisis que permite explorar de manera contextualizada las dinámicas de violencia y su relación con la discapacidad. Este enfoque resulta especialmente adecuado para comprender fenómenos complejos y estructurales, en los que las experiencias individuales se encuentran profundamente influidas por factores sociales, institucionales y normativos.

Una dimensión central del análisis se orienta a los procesos de reconocimiento e identificación de la violencia, partiendo de la experiencia directa de las mujeres con discapacidad que han vivido situaciones de violencia a lo largo de su trayectoria vital. En muchos casos, determinadas prácticas pueden ser percibidas como parte de la vida cotidiana o de los cuidados, lo que dificulta su identificación como formas de violencia. Esto dificulta no solo su identificación objetiva como formas de violencia, sino también los procesos de autopercepción de las propias mujeres como víctimas, condicionando la toma de conciencia, la búsqueda de apoyo y el acceso a los recursos disponibles. El análisis examina cómo influyen factores como la dependencia, la institucionalización, la incapacitación legal, la negación de derechos sexuales y reproductivos, la falta de información accesible o los estereotipos en la toma de conciencia de la violencia y en la posibilidad de nombrarla como tal desde la vivencia personal de las propias mujeres.

De manera complementaria, se analizan los impactos de la violencia en la vida de las mujeres con discapacidad, atendiendo a sus efectos en el bienestar físico, psicológico y emocional, en la autonomía personal, en las relaciones interpersonales, en la participación social y en los proyectos vitales. Esta aproximación, basada en las experiencias de mujeres directamente afectadas por la violencia, permite comprenderla

como un fenómeno continuado y acumulativo, cuyas consecuencias pueden prolongarse en el tiempo y verse agravadas por la ausencia de apoyos adecuados o por respuestas institucionales insuficientes.

El análisis incorpora asimismo las respuestas sociales e institucionales frente a la violencia, prestando especial atención a la interacción de las mujeres con discapacidad víctimas de violencia con los recursos especializados, las medidas de protección disponibles y los sistemas judiciales, sanitarios y sociales. En este ámbito, se identifican barreras específicas que afectan de manera desproporcionada a las mujeres con discapacidad, tales como la falta de accesibilidad, la ausencia de ajustes razonables, los prejuicios y estereotipos o el desconocimiento de sus derechos por parte de los operadores implicados, a partir de las experiencias vividas y relatadas por las propias mujeres. Desde una perspectiva interseccional, se reconoce la diversidad de situaciones y experiencias existentes entre las mujeres con discapacidad, atendiendo a factores como el tipo de discapacidad, el grado de autonomía, el contexto residencial, la situación socioeconómica o la vinculación con recursos y entidades. Lejos de buscar generalizaciones estadísticas, el análisis se orienta a identificar patrones, dinámicas comunes y déficits estructurales que permitan fundamentar propuestas de mejora de las políticas públicas.

La finalidad última de este trabajo es contribuir a la construcción de respuestas institucionales más coherentes, accesibles y eficaces frente a la violencia contra las mujeres con discapacidad. Los resultados se orientan a generar conocimiento aplicado que permita reforzar la prevención, mejorar la atención integral a las víctimas y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos, situando las experiencias y voces de las mujeres con discapacidad en el centro de la acción pública.

4.2.1.1. Discapacidad y reconocimiento

Una de las primeras barreras documentadas en el análisis es la ausencia de reconocimiento formal de la discapacidad o la existencia de un proceso de valoración incompleto o pendiente. Aunque la mayoría de las participantes contaba con algún grado de certificado de discapacidad en el momento de la entrevista, varios casos ilustran situaciones de invisibilización institucional: participantes con diagnós-

tico clínico consolidado que no habían tramitado el reconocimiento, mujeres que desconocían sus derechos asociados a la certificación, o personas cuyo grado reconocido no reflejaba el impacto real de la discapacidad en sus actividades cotidianas. Este desajuste entre la realidad funcional y el reconocimiento administrativo tiene consecuencias directas sobre el acceso a prestaciones, ajustes razonables y recursos de atención a víctimas, dado que varios de estos recursos exigen acreditación formal.

Se observa también que la discapacidad psicosocial es especialmente susceptible de infradiagnóstico e infravaloración en los procesos de evaluación. En al menos cinco casos (MD006, MD020, MD024, MD025, MD021) las participantes relatan que su diagnóstico de salud mental fue utilizado en su contra por los agresores, los entornos familiares o las propias instituciones como argumento para invalidar su testimonio, cuestionar su capacidad de tomar decisiones o justificar su exclusión de recursos. La expresión de MD020 sintetiza este patrón:

> *«Ya se encarga él de que vaya a psiquiatras, de que vaya a todos sitios. Para el momento que hable, ya tienes: como que yo no esté bien»* (MD020).

Este mecanismo de descrédito funciona como una forma de violencia psicológica que se apoya en la etiqueta diagnóstica para perpetuar el control.

MD024, cuya discapacidad psicosocial severa incluye múltiples diagnósticos e ingresos hospitalarios reiterados, describe la evaluación de su situación funcional como insuficiente y parcial: su caso fue archivado por la Guardia Civil sin medidas de protección, en parte porque la valoración institucional de la gravedad de la violencia estuvo mediatizada por la presencia del diagnóstico psiquiátrico. MD025, por su parte, relata que durante años recibió tratamiento psiquiátrico por depresión mayor sin que ningún profesional de la salud abordara la violencia doméstica como factor causal.

La comunicación del diagnóstico de discapacidad también supone un factor de vulnerabilidad y una situación de discriminación en algunos de los casos expuestos. En el caso de MD030 se relata que el conoci-

miento de la situación de discapacidad se dio 22 años después de que ésta fuese certificada. Expone una situación de violencia institucional en el que no se comunica la evaluación de discapacidad, emitiéndose un informe de reconocimiento del 36% de discapacidad sin una notificación expresa, relatando que el personal médico no garantizó la comprensión de su situación.

> *«Me enteré en 2017 de que tenía una discapacidad del 36%, me lo dijo el asesor cuando hice la declaración de la renta. A mí nadie me dijo que la tenía, cuando pedí el informe decía que las partes estaban reunidas y yo no me he reunido con nadie, a mí nadie me lo dijo» (MD030).*

La discapacidad sobrevenida por el impacto de la violencia aparece en tres de los testimonios recogidos. El caso de MD032, mujer cuya discapacidad es adquirida como consecuencia directa de la violencia género sufrida por parte de su expareja, incluye un trastorno de estrés postraumático y una discapacidad visual derivada de este, a lo que se añade una lesión de columna resultante de la violencia. Este caso refuerza la idea de una relación bidireccional entre violencia y discapacidad, en la que la propia agresión genera secuelas físicas y psicológicas que terminan configurando una situación de discapacidad sobrevenida, con las implicaciones añadidas que ello supone en términos de reconocimiento, autodeterminación, acceso a recursos y valoración institucional.

> *«Perdí la visión del ojo derecho totalmente. Dicen que es estrés postraumático, o de los golpes que yo he recibido. […] Yo le echo la culpa a él, pero también la culpa a las administraciones que no hacen nada» (MD030).*

La dependencia funcional, económica o instrumental de terceras personas, (parejas, empleadores, familiares, tutores) es un factor de vulnerabilidad estructural presente prácticamente en el total de las mujeres entrevistadas. En los casos de discapacidad física severa, la necesidad de asistencia personal para actividades básicas de la vida diaria crea una relación de dependencia que puede ser instrumentalizada por el agresor. En los casos de discapacidad psicosocial, la dependencia económica se combina con la erosión de

la autoestima y la autonomía como resultado de la violencia prolongada, creando un ciclo difícil de interrumpir. MD025, casada con un hombre con problemas de alcoholismo y abuso verbal, expresa esta dependencia:

> *«Me da mucha pena verlo en la calle, sería un desgraciado sin mí; lo sigo queriendo, aunque me haya hecho todo lo que me ha hecho» (MD025).*

Esto no corresponde a una aceptación de la violencia, sino a la consecuencia de años de dependencia emocional y económica sistemáticamente reforzada por el agresor.

Respecto a la capacidad jurídica de las participantes, no se ha accedido a mujeres con incapacitación judicial, sin embargo, sí se han recogido testimonios de situaciones donde la capacidad de obrar de las participantes fue cuestionada o limitada de facto: el intento de la hija de MD020 de conseguir el internamiento psiquiátrico de su madre sin el consentimiento de esta, mediado por la influencia del agresor, constituye un ejemplo de uso instrumentalizado del sistema de salud mental para restringir la autonomía y la capacidad de decisión de una mujer con discapacidad psicosocial.

No se debe ignorar el hecho de la falta de acceso a mujeres con incapacitación judicial o que se encuentran institucionalizadas en este momento, ya que se han realizado múltiples intentos de contacto con estos grupos, los cuales han sido en vano. Esto demuestra que es un discurso al que no se le está dando voz, y al que se le debe poner especial atención.

Respecto a los derechos sexuales y reproductivos, se recoge un caso de violación de los derechos reproductivos especialmente documentado: MD008 relata que durante su embarazo fue informada de que no era apta para ser madre, con base en un informe psiquiátrico masculino que contravenía la valoración de varias psiquiatras que sí la consideraban apta. Esta contradicción entre valoraciones, que la participante atribuye a sesgos de género y a una concepción peyorativa de la enfermedad mental como incompatible con la maternidad, le generó un período de angustia intensa:

> *«¿Cómo puedo ser apta para mujeres psiquiatras y para un psiquiatra hombre no serlo? [...] nos dan unas medicaciones que son chunguísimas y dejas de ser mujer, dejas de ser nada» (MD008).*

Aunque no se relatan situaciones específicas de esterilización forzosa en las entrevistas, sí se menciona el caso (MD029) de una esterilización coaccionada por parte de la familia. Además, se relatan casos de mujeres con discapacidad intelectual que refieren no poder tener hijos.

La maternidad actúa como factor de vulnerabilidad adicional en al menos diez casos. La amenaza de perder la custodia de los hijos o hijas —bien por el agresor, bien por el sistema institucional— es utilizada como mecanismo de control y como barrera para la denuncia o el acceso a recursos. MD025 rechazó la posibilidad de acudir a una casa de acogida porque se le comunicó que no podría llevar a su hijo consigo. MD020 toleró décadas de violencia, en parte, para no privar a sus hijos adultos de la figura paterna. En los casos de discapacidad psicosocial, el miedo a que el diagnóstico de salud mental sea utilizado para cuestionar la aptitud materna añade una capa específica de vulnerabilidad que el sistema de protección raramente tiene en cuenta.

La violencia vicaria, ejercida a través de los hijos o hijas como forma de dañar a la madre, está presente en al menos cinco entrevistas. MD020 describe cómo el agresor utiliza al hijo como mensajero de amenazas y presiones. MD007 relata que el padre ejerce un trato vejatorio hacia su hija sorda, prolongando así el daño más allá de la separación de la pareja. MD025 recibe amenazas de que se le retirará la custodia de su hijo, en un uso explícito de la maternidad como instrumento de control. Estos casos ilustran que la violencia contra las mujeres con discapacidad no cesa necesariamente con la ruptura de la relación, sino que puede perpetuarse mediante los vínculos familiares y los procedimientos de custodia.

4.2.1.2. Discriminación

La discriminación institucional y sistémica es una experiencia transversal para las participantes: 25 de las 30 hija con discapacidad severa entrevistadas hacen referencia explícita a haber sido tratadas de ma-

nera diferente, inferior o con incredulidad por parte de alguna institución. El ámbito sanitario es el más frecuentemente señalado. MD008 denuncia que el sistema médico le negó de facto el derecho a la maternidad, le aplicó medicación psiquiátrica con efectos debilitantes y no reconoció durante años su diagnóstico neurológico:

> *«A mí me destrozaron la vida [...] fue adquirida por un mal diagnóstico; no fue que yo naciera así» (MD008).*

MD024 describe los ingresos hospitalarios involuntarios con contención mecánica como experiencias de violencia institucional normalizadas por la ausencia de alternativas en el entorno rural extremeño.

Se observa que la discriminación, además, aparece desde una edad temprana en la mayoría de las entrevistas. MD001, mujer con discapacidad visual que estudió en un centro para personas ciegas, relata cómo fue la escolarización segregada la que determinó su primer contacto con la violencia de pareja: fue allí donde conoció al hombre que se convertiría en su agresor, lo que apunta a la vulnerabilidad específica de los entornos institucionales de discapacidad ante las dinámicas de violencia. MD002, con trastorno del espectro autista diagnosticado en la edad adulta, describe una infancia y adolescencia marcadas por el acoso sistemático de sus pares y la incomprensión institucional; solo su abuela le brindó apoyo real:

> *«Mi abuela me creía y quería hablar conmigo y lo intentaba, pero es que yo también no proceso las emociones iguales» (MD002).*

El ámbito educativo concentra las experiencias de discriminación de MD011: una docente les impidió el acceso a adaptaciones legalmente obligatorias, otra la gritó delante de sus compañeros y otra cuestionó en voz alta si sería capaz de ejercer como educadora. El inspector de educación, lejos de actuar como garante de los derechos de la alumna, avaló la conducta del profesorado. En el ámbito laboral, MD007 documenta un acoso sistemático por parte de una compañera de trabajo durante más de dos años, sin que la empresa adoptara medida alguna, y con una jefa que responsabilizó expresamente a la víctima de lo sucedido. MD008 fue discriminada en el acceso al empleo por ser madre cuidadora de una hija con discapacidad severa.

El entorno asociativo también aparece como escenario de discriminación en el testimonio de MD032, que relata haberse sentido totalmente desamparada por la propia asociación de mujeres en la que colaboraba como voluntaria. Su vinculación se sostuvo durante un tiempo sobre la expectativa y la promesa de una futura contratación que nunca llegó a materializarse. Cuando, además, puso en conocimiento de la entidad su situación de violencia de género, la respuesta institucional no fue de apoyo sino de desatención: se le negó la ayuda solicitada y continuó desempeñando funciones dentro de la asociación sin percibir remuneración. Este caso ilustra de forma específica la vulnerabilidad extrema a la que se pueden ver sometidas mujeres con discapacidad, y que los entornos aparentemente seguros no están exentos de replicar dinámicas de precarización que continúan generando discriminación.

> *«No se cuida a la mujer para nada. Es mentira todo, todo es mentira [...] Es un abuso, se abusó mucho de la mujer, se nos utiliza para la medalla». (MD032)*

La intersección entre discapacidad y clase social aparece de forma transversal: la acumulación de discriminaciones es mayor en los casos de mujeres con bajo nivel socioeconómico, en entornos rurales y con discapacidades estigmatizadas, lo que sugiere una gradiente de vulnerabilidad relacionada con la posición social.

También se encuentran casos de estrategias de ocultación de la discapacidad, motivadas por el miedo a la estigmatización o a consecuencias institucionales negativas. MD022 pasó más de dos décadas en una relación de pareja violenta sin revelar su situación ni a su familia ni a los servicios de atención, en parte porque la discapacidad visual había generado en ella una percepción de invisibilidad social que hacía aún más difícil verbalizar la violencia. La ocultación de la discapacidad en los entornos laborales o institucionales aparece también como estrategia de protección frente a la discriminación anticipada, aunque con el coste de impedir el acceso a ajustes razonables y apoyos.

El acoso laboral, por otra parte, está documentado con detalle en MD007, que lo describe como una forma de violencia sostenida durante más de dos años, con consecuencias graves sobre su salud mental

y su empleabilidad. El caso de MD011 ilustra el bullying en el entorno educativo por parte del profesorado y de un compañero, con un impacto directo sobre su bienestar, su rendimiento académico y sus aspiraciones profesionales. Aunque en ambos casos el acoso fue reconocido formalmente como tal por las propias participantes, las barreras para obtener respuesta institucional efectiva fueron sustanciales.

Las participantes no siempre establecen una distinción nítida entre discriminación y violencia; en varios casos ambas son vividas como parte de un continuo de maltrato. No obstante, MD008 articula con claridad la diferencia cuando señala que la negación institucional de su derecho a la maternidad o las condiciones de internamiento hospitalario son formas de violencia, no meros tratos inadecuados, pues implican una vulneración deliberada de sus derechos fundamentales. Esta percepción está en línea con los marcos normativos de derechos humanos que reconocen la violencia institucional como categoría diferenciada.

MD018 señala haber experimentado todas las formas de discriminación descritas: discriminación por discapacidad, por ser mujer y por la intersección de ambas condiciones, y lo resume con una formulación que condensa el peso de la experiencia interseccional: *«todas las he sufrido»* (MD018). MD023, con sordoceguera, describe la discriminación no solo como una experiencia del entorno social, sino como una práctica ejercida por las propias instituciones que debían protegerla, lo que configura una forma particularmente grave de discriminación institucional. Este conjunto de experiencias refuerza la conclusión de que la discriminación no es un fenómeno marginal ni acotado a un ámbito concreto, sino una condición estructural que atraviesa toda la trayectoria vital de las participantes.

4.2.1.3. Experiencias de violencia

La violencia iniciada en la infancia o la adolescencia es un antecedente documentado en al menos seis casos del estudio temático. MD024 relata violencia física y negligencia por parte de ambos progenitores desde edades muy tempranas, lo que configura una trayectoria biográfica de violencia ininterrumpida que se prolonga en la vida adulta, lo que constituye un patrón de especial gravedad que dificulta la identificación de la violencia como tal y refuerza su normalización.

A estos casos se suman dos experiencias especialmente significativas por su gravedad y su contexto. MD001 comenzó a ser víctima de violencia en la adolescencia, en el mismo entorno escolar para personas ciegas donde inició la relación con quien sería su agresor y posterior marido. Su testimonio abre con una imagen de concisión perturbadora:

> *«... y la primera bofetada. El individuo con el que luego me casé, me la dio allí» (MD001).*

MD019, actualmente con 70 años, relata que fue violada por su padre a los 11 años, mientras su madre había salido a dar a luz. Vivió el miedo constante de la violencia física de su padre hacia su madre y hacia las hijas, creciendo en un entorno en el que la persona que debía protegerla fue el primer perpetrador. La violencia intrafamiliar de origen paterno aparece, así como una categoría específica y de especial gravedad dentro del eje temporal de inicio en la infancia.

La violencia psicológica y emocional en el ámbito de la pareja es la forma más prevalente, documentada en aproximadamente 20 de los 30 casos. Incluye insultos, humillaciones, control, amenazas, gaslighting, aislamiento social y el uso de la discapacidad o la enfermedad mental de la víctima como argumento desacreditador. La violencia física aparece en al menos 14 casos. La violencia económica o financiera —como mecanismo de control que impide o dificulta la salida de la relación— está presente en al menos 12 casos. La violencia sexual incluye amenazas explícitas relacionadas con el acceso al cuerpo de la víctima (MD024, cuyo agresor guardaba hachas bajo la almohada) y otras formas de coerción sexual en el contexto de pareja.

La progresión de la violencia hasta niveles de riesgo vital es un patrón documentado en varios casos. MD012, con discapacidad visual severa, describe con precisión el proceso de escalada que la llevó a reconocer el peligro letal al que estaba expuesta:

> *«si no esto cada vez, claro, cada vez la agresividad iba subiendo. Yo vivía en un sexto piso. Y llegó el día en que me planteé de, este cualquier día me tiraba abajo, y esto no puede suceder» (MD012).*

Esta percepción de riesgo inminente, vinculada a la escalada objetiva de la agresividad, constituye un indicador clínico de alta peligrosidad que los protocolos de valoración del riesgo deberían incluir como ítem prioritario. Respecto a la violencia reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos, MD013 ofrece un caso de especial complejidad: en el contexto de una relación de pareja violenta y durante un procedimiento de cesárea, tomó de forma autónoma la decisión de esterilizarse:

> *«Yo le dije al médico que la misma operación de la cesárea me hicieran el ligamiento de trompas. Yo no iba a tener más hijos con el panorama que tenía. O sea, que yo lo quería así. Una decisión propia» (MD013).*

Este caso ilustra la tensión entre la autonomía reproductiva de la mujer y el contexto de violencia que condiciona la toma de decisiones: la decisión fue formalmente autónoma, pero se adoptó en circunstancias de coacción estructural. La distinción entre decisión libre y decisión condicionada por la violencia es en estos casos especialmente difícil de establecer.

La violencia institucional es documentada con especial detalle en MD008, cuya narración abarca desde la negación del derecho a la maternidad hasta las condiciones degradantes de hospitalización en plena pandemia; y en MD011, que describe el trato vejatorio del profesorado como una forma de violencia ejercida con impunidad. La ciberviolencia aparece como categoría específica en MD021, que interpuso denuncia por la publicación de contenido denigrante en redes sociales por parte de su expareja.

También se registran experiencias de violencia obstétrica directamente vinculada a la discapacidad. MD028, con discapacidad visual, describe un proceso de parto en el que el personal sanitario ignoró repetidamente sus síntomas (pérdida de visión y elevación de tensión arterial) hasta que fue su pareja quien los verbalizó: *«hasta que no lo dijo mi pareja, no me adelantaron la cesárea»* (MD028). En el quirófano se le negó la entrada de su acompañante y el personal utilizó lenguaje inaccesible pese a sus requerimientos explícitos:

> *«Yo todo el rato decía: descríbeme lo que tengo que hacer, no te veo» (MD028)*

MD003 refiere haber sido sedada sin consentimiento en su primer parto porque el personal leyó en su historial su diagnóstico de Asperger:

> *«Leyeron que era Asperger, entonces decidieron sedarme» (MD003).*

En ambos casos, la discapacidad no actuó como factor de atención diferencial sino como motivo de desacreditación del testimonio y de omisión del consentimiento informado. MD019 y MD016 -ambas con discapacidad intelectual- desconocen si fueron esterilizadas sin su conocimiento, lo que constituye la forma más grave de vulneración reproductiva registrada.

MD006 y MD031 aportan al estudio una trayectoria de especial gravedad: la experiencia de trata de personas con fines de explotación sexual, que se inscribe en un continuo de violencia iniciado en la infancia. MD006 desde los 8 años aproximadamente fue víctima de violencia sexual y física por parte del marido de su madre, un agente de policía portugués que utilizó su posición de autoridad para silenciar las denuncias de la participante y garantizar su impunidad, incluida una denuncia que MD006 presentó a los 10 años ante la propia policía, sin resultado alguno. Huyó de su hogar a los 12 años y, a los 21, llegó a España bajo la promesa de trabajo en un hotel:

> *«Me hablaron de venir a trabajar en un hotel que aquí en España pasaba bien. Fui a un hotel, pero no era el hotel que esperaba» (MD006)*

Fue captada por redes de trata de blancas y durante cuatro o cinco años fue trasladada entre distintos clubes, sin posibilidad real de salida: *«me empezaron a llevar por clubes, hacía plazas y así he estado cuatro o cinco años»* (MD006). La dependencia de sustancias, desarrollada como mecanismo de supervivencia, y la complicidad del entorno eliminaron los canales habituales de denuncia. La amenaza física directa era una realidad constante: *«yo en algún momento he tenido una pistola en la cabeza»* (MD006). La participante fue capaz de salir del entramado gracias a la intervención de una persona de su entorno, inició un proceso de regularización de su situación y varias décadas más tarde describe su experiencia con una claridad analítica que trasciende el

testimonio personal: señala que los perpetradores de la trata son con frecuencia *«personas pilares de la sociedad»* y denuncia la hipocresía de un entorno que conocía y toleraba la situación. MD031 relata también su trayectoria migratoria en la que fue capturada por una red de trata con 15 años de edad. "*yo era una niña, pero para mí era una buena opción, decía que estaba allí porque quería. Mi madre me pidió que lo hiciera*" En este caso se relata el acceso a la explotación sexual por coacción familiar. Esto implica un refuerzo invisible en el que la familia actúa como el agente principal en ejercer la violencia, generando una dependencia económica a la situación de trata de la víctima.

Ambos casos muestran con especial contundencia la intersección entre vulnerabilidad migratoria, violencia en la infancia, pobreza y explotación sexual como factores que se potencian mutuamente, y apunta a la responsabilidad específica de las instituciones en la detección de situaciones de trata, especialmente cuando las víctimas acuden a servicios públicos por otros motivos.

Nueve de los testimonios relatan violencia sexual. En el caso de MD030, mujer con discapacidad psicosocial sobrevenida por las situaciones de violencia y maltrato físicos durante la infancia, atesta que su primera hija fue fruto de una violación en su puesto de trabajo.

> *«Recuerdo que estaba oscuro, yo salía de limpiar en el hospital después de mi turno de noche. Era un hombre muy desagradable, olía muy mal, yo solo quería que acabase, fue una pesadilla y lo peor vino después. Cuando fui a denunciar a la Guardia Civil y el que me atendió, que era el marido de una amiga de mi hermana me dijo que me iba a examinar. Yo pensaba que era lo normal. [...] Me dijo que me bajara los pantalones para ver si era verdad lo que me habían hecho y me penetró. Para mí eso fue lo peor, sentir que no podía confiar en nadie. [...] Ahí supe que siempre estaría sola» (MD030).*

Este relato muestra la múltiple vulnerabilidad a la que se exponen las mujeres desde el momento en el que sufren una situación de violencia o abuso, provocando la exposición a continuar sufriendo situaciones de violencia.

Los agresores identificados pertenecen mayoritariamente al ámbito íntimo y familiar: parejas o exparejas en la mayor parte de los casos, progenitores en los casos de violencia en la infancia (MD024), y en algunos casos exjefes o compañeros de trabajo (MD007, MD025). En MD021, el agresor presenta diagnósticos de esquizofrenia y trastorno bipolar, lo que añade complejidad a la evaluación del riesgo. La violencia institucional es ejercida por profesionales de la salud, el ámbito educativo, la justicia y los servicios sociales, lo que dificulta su reconocimiento y denuncia por la asimetría de poder que caracteriza estas relaciones.

La extensión de la violencia hacia personas o seres queridos del entorno de la víctima aparece en varios casos como mecanismo de control. MD020 describe cómo su expareja utiliza al hijo común como canal de presión y amenazas. MD007 relata el trato degradante del padre hacia su hija sorda. MD025 describe una situación especialmente singular: su perra labradora detecta los estados de riesgo del agresor y actúa como barrera de protección física.

> *«Cuando él se emborracha la perra lo tiró al suelo; está siempre conmigo» (MD025)*

Esto ilustra tanto el aislamiento de la participante como la ausencia de protección formal efectiva en su caso.

En al menos ocho de los 30 casos, la situación de violencia estaba activa o parcialmente activa en el momento de realizarse la entrevista. MD025 continuaba conviviendo con el agresor. MD020 había salido del domicilio, pero el procedimiento judicial estaba en curso y el agresor mantenía contacto con la familia. MD021 había perdido recientemente la orden de alejamiento por caducidad, mientras el juicio todavía no se había celebrado. Estos casos activos tienen implicaciones éticas y metodológicas particulares y constituyen, en sí mismos, un indicador de la insuficiencia de los recursos de protección disponibles.

Las secuelas de la violencia están presentes en la totalidad de los casos, aunque con intensidad y formas diversas. El miedo crónico aparece en al menos 14 casos; en MD024, el miedo a los espacios públicos llevó a la participante a usar botas de tacón en la calle para generar

el sonido de pasos que la hicieran sentir acompañada. La angustia, las pesadillas y los episodios disociativos son reportados en MD007 y MD025, respectivamente. El impacto sobre la salud mental -depresión, trastorno de estrés postraumático, ideación suicida- aparece en al menos diez casos. MD007 describe episodios cotidianos de ideación suicida durante el acoso laboral:

> *«Cada día quería suicidarme, no he salido de trabajar y ya me quería suicidar» (MD007).*

La salud física también se ve afectada en varios casos: reagudizaciones de condiciones previas, deterioro de la movilidad, y en el caso de MD007 la propia aparición del cáncer en el contexto de máximo estrés.

4.2.1.4. Protección y atención

El recurso de atención más frecuentemente utilizado por las participantes no es el sistema formal de atención a víctimas de violencia de género, sino la red informal de apoyo: amigas de confianza, familiares o profesionales de salud mental con los que la relación terapéutica preexistente facilitó la revelación de la violencia. El teléfono 016, el servicio ATEMPRO y los centros de atención a la mujer son conocidos y utilizados en un número limitado de casos. MD021 es el caso con mayor uso y mejor valoración de los recursos formales: disponía de ATEMPRO, contaba con un policía asignado accesible y había utilizado el CIAM con resultados positivos. MD025 llegó al centro de atención a la mujer gracias a una técnica de la asociación a la que pertenecía, que la acompañó personalmente.

Cuando los recursos especializados son utilizados, la valoración es mayoritariamente positiva. MD020 valora bien al psiquiatra del centro de salud mental que, después de décadas de silencio, fue el primer profesional en identificar la violencia y derivarla a servicios de atención. MD025 destaca el apoyo emocional y práctico recibido de las técnicas de su entidad:

> *«Han estado pendientes de mí casi las 24 horas del día, han estado pendientes de mí [...], si no me llamaba una me llamaba otra» (MD025)*

Sin embargo, la frecuencia de la atención psicológica en los centros de mujer es señalada como insuficiente por varias participantes.

El desconocimiento de los recursos disponibles es una barrera relevante. MD008 expresa con claridad que no sabía que el 016 podía utilizarse para denunciar la violencia institucional o la obstétrica, creyendo que era un servicio exclusivo para situaciones de violencia física en la pareja. MD022 nunca utilizó el 016 ni ningún recurso especializado durante los más de veinte años de relación violenta. La vergüenza y la autoculpabilización son la segunda barrera más frecuente:

> *«Me daba vergüenza ir a la policía, era como hacer el ridículo, pensar que igual lo que le cuento se van a reír» (MD007).*

El miedo a las represalias del agresor impidió la denuncia en varios casos, especialmente en situaciones con alto riesgo vital percibido (MD024, MD025).

La existencia de hijos o personas dependientes a cargo constituye una barrera. El miedo a perder la custodia, o la imposibilidad de acceder a una casa de acogida con los hijos, detuvo el proceso de salida de la violencia. MD025 rechazó expresamente la posibilidad de ingresar en la casa de acogida local porque le informaron de que no podría llevar a su hijo con ella. Esta barrera es especialmente significativa en casos de discapacidad psicosocial, donde la amenaza de que el diagnóstico sea utilizado para cuestionar la aptitud materna añade un componente de riesgo adicional.

Las medidas de protección formales están ausentes o son percibidas como insuficientes en la mayoría de los casos. MD024 no obtuvo ninguna medida de protección porque la denuncia presentada por su médico fue archivada como hecho leve, lo que además la dejó sin reconocimiento formal de víctima y sin acceso a las ayudas económicas previstas. MD021 disponía de una orden de alejamiento que le fue revocada transcurridos dos años desde los hechos, mientras el juicio seguía pendiente de celebración, dejándola en una situación de desprotección que la propia participante describe como especialmente angustiante. La orden de alejamiento es valorada críticamente por varias participantes: MD007 señala que se trata de un instrumento de

protección insuficiente cuando el agresor decide incumplirla, y que su efectividad depende de la rapidez de respuesta policial, que no siempre está garantizada.

En varios casos, las participantes refieren haber ocultado o minimizado su discapacidad ante servicios sociales, juzgados o equipos de valoración de menores, con el fin de no comprometer su posición en los procesos de custodia. Esta estrategia, aunque comprensible desde la perspectiva de la protección materna, supone una paradoja: las participantes que más necesitarían apoyo específico en razón de su discapacidad son precisamente las que menos pueden revelarlo sin exponerse a nuevas formas de desprotección.

También encontramos casos de desprotección institucional deliberada en los que tras una denuncia ante una entidad de apoyo a mujeres víctimas de violencia de género el testimonio no es creído. MD032 relata, además de la falta de credibilidad otorgada a su situación, haber sido testigo del trato dispensado a otras mujeres atendidas por el mismo recurso, lo que le lleva a denunciar que, en su experiencia, este tipo de recursos instrumentalizan en numerosas ocasiones a las mujeres víctimas de violencia de género que dicen atender. Ante la ausencia de cualquier respaldo institucional, MD032 relata que finalmente tuvo que abandonar su localidad de residencia por iniciativa propia sin contar con apoyos económicos y sin que la entidad le prestase sustento ni acompañamiento legal.

El acceso a recursos específicos de rehabilitación para víctimas de violencia de género con discapacidad es también escaso. Las participantes que han utilizado servicios de atención psicológica o psiquiátrica en mayor medida los describen como orientados al tratamiento de la discapacidad o de la patología de salud mental, sin integrar el componente de violencia de género. La orientación laboral, los programas de formación para el empleo y los recursos de vivienda protegida son citados como necesarios, pero prácticamente inaccesibles.

4.2.1.5. Denuncia y acceso a la justicia

La primera persona a quien se revela la situación de violencia es, en la mayoría de los casos, alguien del entorno personal de confianza,

como una amiga, un familiar o un profesional de salud mental, y no una institución. MD021 fue avisada por una amiga de la publicación denigrante en redes y denunció en menos de una hora. MD020 tardó más de treinta años en verbalizarlo ante un profesional, haciéndolo finalmente con su psiquiatra del centro de salud mental. MD025 llegó a la Oficina de Igualdad del Ayuntamiento únicamente porque una técnica de su entidad la acompañó personalmente. Esta secuencia es recurrente y tiene implicaciones directas para el diseño de modelos de detección.

La denuncia formal está ausente en la mayoría de los casos. En los que se llevó a cabo, esta no fue iniciada por la propia participante sino por un tercero -el médico de cabecera (MD024), la madre (MD011)- o fue una denuncia retirada posteriormente (MD020). En ningún caso la denuncia o el proceso judicial resolvió de forma satisfactoria la situación de riesgo de la participante.

Las razones para no denunciar son múltiples y con frecuencia se superponen. La vergüenza y la autoculpabilización, el miedo a las represalias, la dependencia emocional y económica o el miedo específico a que el diagnóstico sea utilizado en contra de la víctima en el proceso judicial son las barreras principales que limitan el acceso a la justicia. MD024 señala que no denunció inicialmente por temor a que «*me iba a pasar algo o me iba a coger a traición*» (MD024), y cuando finalmente fue el médico quien denunció, el caso fue archivado como hecho leve sin consecuencias para el agresor.

Los casos en que sí se produjo denuncia ofrecen una imagen del sistema de justicia como estructuralmente inadecuado para la especificidad de la violencia contra mujeres con discapacidad. MD024 describe el proceso como frustrante e inútil: la denuncia fue archivada, no obtuvo medidas de protección y la ausencia de sentencia la deja sin acceso a las ayudas económicas previstas para víctimas reconocidas. MD021 perdió su orden de alejamiento por caducidad mientras esperaba durante tres años la celebración del juicio, sin que nadie le informara con antelación de que esto podía suceder. MD020 vivió el proceso como traumático, describe haber sentido que el cambio de actitud de las fuerzas de seguridad tras hablar con el agresor evidenciaba que *«son tan buenos actores que son capaces de engañar a la Guardia Civil»* (MD020).

En varios casos, el testimonio de las participantes fue cuestionado o minimizado en el contexto del proceso judicial o policial, con frecuencia en relación directa con su condición de discapacidad. La etiqueta diagnóstica de enfermedad mental fue usada por los agresores o sus abogados para desacreditar el relato de las víctimas. La inexistencia de ajustes razonables en los procesos judiciales para participantes con discapacidad visual, auditiva o intelectual es una barrera estructural que las entrevistadas señala de forma recurrente, pero sin suficiente detalle como para cuantificar su alcance con precisión.

Tres casos ofrecen testimonios particularmente ilustrativos de las barreras que impiden el acceso a la justicia. MD018 describe un proceso de intervención policial en el que en ningún momento se le explicó dónde se encontraba el agresor ni cuál sería el procedimiento seguido:

> *«Nadie me explicó dónde estaba él, qué es lo que iba a pasar» (MD018).*

Esta ausencia de información básica constituye una forma de exclusión del proceso que afecta especialmente a mujeres con discapacidad psicosocial, para quienes la incertidumbre procesal tiene consecuencias específicamente desestabilizadoras. MD019, en cambio, no llegó a presentar denuncia formal, no por falta de voluntad sino porque su familia lo impidió activamente cuando en la edad adulta quiso denunciar la violación sufrida en la infancia. La familia como barrera activa para el acceso a la justicia es un patrón especialmente grave, dado que elimina el único mecanismo de apoyo disponible para la víctima. MD023, con sordoceguera, lleva más de siete años inmersa en procesos judiciales como consecuencia de la violencia sufrida, y su testimonio es categórico respecto al impacto de la propia justicia como fuente de daño. Las barreras de accesibilidad en el proceso judicial, como la comunicación no adaptada a su condición de sordoceguera o la imposibilidad de formalizar denuncias por falta de apoyos técnicos, convirtieron el sistema de protección en un sistema de victimización secundaria.

El conocimiento del personal policial y judicial sobre la especificidad de la violencia contra mujeres con discapacidad es percibido como insuficiente en la mayoría de los casos que implicaron contacto con el sistema de justicia. La excepción más notable es MD021, que describe

al equipo y al fiscal actuante como empáticos, bien formados y eficaces, y que relata la experiencia judicial como una de las pocas positivas de las recogidas. Este contraste entre comunidades y recursos apunta a diferencias territoriales significativas en la capacitación y la sensibilización de los equipos de atención a víctimas.

Por último, se observa que en varios casos en que se presentó denuncia, las participantes desconocían el resultado del proceso en el momento de la entrevista, bien porque el procedimiento seguía abierto o porque no habían recibido notificación del archivo o la resolución. MD024 conoció el archivo de su caso de forma indirecta, a través de la psicóloga que la había acompañado al juzgado. Este desconocimiento del resultado contribuye a la sensación de desamparo y de ineficacia del sistema que caracteriza la narrativa de muchas participantes.

4.2.1.6. Recomendaciones de las participantes

El bloque de recomendaciones genera uno de los apartados más importantes a analizar. Las participantes adoptan en él un papel activo como expertas por experiencia, articulando demandas tanto en clave preventiva como reparadora. A continuación, se ordenan las recomendaciones por frecuencia de aparición y relevancia.

La formación especializada de los profesionales es la demanda más reiterada. Las participantes señalan que policías, jueces, médicos, trabajadores sociales y docentes carecen de formación suficiente para identificar, creer y atender adecuadamente a mujeres con discapacidad víctimas de violencia. MD011 es contundente en su formulación: «que se formen, obligarlos a que se formen» (MD011). MD007 amplía esta demanda al ámbito político: «si vas a una reunión política, la persona que te tiene que escuchar tiene que saber a quién va a escuchar» (MD007). La sensibilización comunitaria es la segunda demanda preventiva más citada: las participantes apelan a la responsabilidad del entorno social en la detección y la denuncia, superando la lógica del «no me meto» que identifican como cómplice de la violencia.

> *En el ámbito preventivo, MD001 defiende con convicción la educación inclusiva desde la infancia como herramienta fundamental de prevención de la violencia:*

«Hay que empezar por una educación inclusiva, con ejemplo. Con testimonios, pero además yo creo que debería ser una asignatura troncal desde la más tierna infancia» (MD001).

La propuesta conecta la segregación educativa vivida en su propio itinerario con la exposición diferencial a la violencia que esta genera. MD019, cuya denuncia fue impedida por la familia, sitúa en el primer plano de sus recomendaciones la necesidad de creer y proteger específicamente a las niñas con discapacidad. Finalmente, MD029 pone el foco en la garantía del consentimiento informado en las decisiones reproductivas, con una recomendación surgida de la experiencia de una esterilización consentida bajo manipulación familiar, esto apunta a la necesidad de mecanismos institucionales de verificación del consentimiento libre cuando existen condiciones estructurales de dependencia.

Varias participantes señalan la necesidad de protocolos de detección activa en los servicios sanitarios y educativos, donde la violencia puede manifestarse mediante señales que los profesionales no están capacitados para interpretar. MD021 propone la creación de un código secreto que una mujer pueda utilizar en la consulta médica para comunicar que se encuentra en situación de peligro cuando acude acompañada por el agresor:

«Algo que fuera un código, que, si yo voy al médico y le digo algo, para que sepa de lo que le estoy hablando» (MD021)

Esta propuesta apunta a la necesidad de protocolos diferenciados para mujeres con discapacidad, en quienes la revelación directa puede estar especialmente obstaculizada.

Las demandas sobre el sistema judicial son unánimes en su crítica a la lentitud y a la inadecuación de las medidas de protección. MD021 reclama que las órdenes de alejamiento no caduquen mientras el proceso judicial esté en curso, y que los juicios se resuelvan en plazos razonables: «una víctima de violencia de género no puede estar esperando tres años a que se celebre el juicio» (MD021). Varias participantes demandan una penalización más efectiva y más rápida de los agresores desde los primeros indicios, sin esperar a que la situa-

ción alcance extrema gravedad. MD021 propone adicionalmente la creación de un registro consultable de agresores, que permitiera a las mujeres conocer el historial de violencia de un hombre antes de iniciar una relación.

Las propuestas de mejora en la protección y la rehabilitación se centran en tres ejes: acceso a recursos de vivienda, atención psicológica integrada y recursos económicos. En relación con la vivienda, MD021 formula una propuesta singularmente concreta e innovadora: un sistema de intercambio de viviendas que permita a la víctima marcharse a otro entorno sin perder su patrimonio ni su hogar:

> *«Tú me das tu casa y yo te doy la mía en otro sitio, para que me cambie de aire, de gente» (MD021).*

En relación con la atención psicológica, las participantes demandan servicios que aborden simultáneamente la discapacidad y la violencia, en lugar de derivar a recursos separados que no se comunican entre sí. El reconocimiento formal de víctima independientemente del resultado judicial es una demanda específica de las participantes cuyas denuncias fueron archivadas, dado que sin sentencia no pueden acceder a las prestaciones económicas previstas en la ley.

Las respuestas sobre reparación son las más heterogéneas. Algunas participantes manifiestan que el daño sufrido no puede ser reparado por ningún medio:

> *«No hay dinero en el mundo para reparar nada; que perdone Dios el día que te vayas, pero yo no te tengo que perdonar» (MD008).*

Otras participantes, en contraste, formulan propuestas concretas: el reconocimiento público y explícito del daño causado como forma de reparación simbólica es señalado por MD007, quien afirma que un reconocimiento colectivo delante de sus compañeros de trabajo habría tenido más valor rehabilitador que cualquier compensación económica. La compensación económica para las víctimas cuyos agresores no tienen bienes o no cumplen condenas es señalada como necesaria en varios casos.

Además de las ya mencionadas, por último, se recogen propuestas que merecen especial atención. MD025 propone una ley de denuncia comunitaria obligatoria con garantía de anonimato para el denunciante, que obligue a los ciudadanos a comunicar situaciones de maltrato cuando las conocen, equiparable a la denuncia obligatoria ya existente en otros ámbitos. MD007 apela a la reparación no económica como mecanismo más eficaz que la indemnización. La función protectora del perro de asistencia de MD025, relatada con detalle en la entrevista, apunta a la pertinencia de incluir los animales de asistencia como recurso de protección emocional y de alerta temprana en los protocolos de atención a mujeres con discapacidad psicosocial.

En definitiva, las recomendaciones formuladas por las participantes guardan una coherencia interna notable con las experiencias de violencia que han narrado. Las demandas de formación de profesionales emergen directamente de las experiencias de ser descreídas o malinterpretadas por policías, médicos, docentes y jueces. La propuesta del código secreto en la consulta médica surge de la experiencia de no poder hablar libremente ante el agresor presente. La crítica a la lentitud del sistema judicial proviene de haber vivido la espera de tres años para un juicio como tiempo de desprotección vivida. La demanda de recursos de vivienda refleja la experiencia de no haber podido salir de la situación de violencia por falta de alternativas habitacionales.

Las participantes no solo describen lo que les ha ocurrido: proponen, desde el conocimiento experto que les otorga haberlo vivido, las condiciones institucionales, normativas y relacionales que habrían cambiado su trayectoria. Este conjunto de recomendaciones constituye, en sí mismo, una agenda de acción cuya implementación podría reducir significativamente la brecha entre la protección formal reconocida en el marco jurídico y la desprotección real que el análisis ha documentado.

4.2.2. La perspectiva desde los recursos de apoyo y atención

Tal como se apuntó en la introducción, este informe se apoya en dos fuentes fundamentales en relación con los servicios y recursos de apoyo: por un lado, el análisis documental de la arquitectura institucional de los servicios y dispositivos orientados a la atención, protección,

prevención y reparación de la violencia contra las mujeres, y por otro, un análisis cualitativo orientado a comprender el funcionamiento real de estos servicios, así como identificar las barreras y facilitadores presentes en su práctica cotidiana.

Este apartado tiene como objetivo exponer los resultados del análisis cualitativo de las entrevistas en profundidad realizadas en el marco del presente estudio. Las entrevistas se centraron en explorar la percepción de agentes clave del ámbito de la violencia contra las mujeres y/o la discapacidad en relación con los servicios y recursos de atención a mujeres víctimas de violencia y su capacidad de respuesta a las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad que atraviesan situaciones violencia.

Este análisis cualitativo complementa el análisis documental previo, profundizando en la comprensión sobre la manera en que los recursos existentes se articulan en la práctica. Por otra parte, permite identificar las barreras y limitaciones señaladas por las profesionales, destaca los aspectos valorados positivamente y recoge las propuestas de mejora que emergen de la experiencia directa de intervención.

En las entrevistas se reconoce el avance en la respuesta del Estado frente a la violencia contra las mujeres con discapacidad, con marcos normativos sólidos, servicios accesibles[2] y alianzas estratégicas[3]. Por otra parte, el Pacto de Estado contra la violencia de género (PEVG) presta especial atención a las mujeres con discapacidad. Desde un enfoque interseccional, el Pacto busca garantizar que cualquier respues-

2 **Teléfono 016:** Adaptado para garantizar accesibilidad universal mediante soluciones tecnológicas como SVIsual, RogerVoice, pictogramas, WhatsApp, chat online, videollamadas, entre otros.

Servicio Telefónico de Atención y Protección para víctimas de violencia contra las mujeres (ATENPRO): Servicio de teleasistencia adaptado para mujeres con discapacidad, con módulos específicos como SoTA para usuarias sordas.

Cometa: Seguimiento telemático con dispositivos adaptados y protocolos inclusivos.

3 Convenio con la **Fundación A LA PAR** para el desarrollo de campañas de sensibilización sobre la violencia hacia mujeres con discapacidad intelectual, difusión de servicios especializados y formación de profesionales.

ONCE: Colaboración en campañas accesibles, asesoramiento en actuaciones contra la violencia de género y formación de profesionales

ta institucional para combatir la violencia contra las mujeres tenga en cuenta las diferentes vulnerabilidades y circunstancias de las víctimas, entre las que se encuentra la discapacidad. En concreto el PEVG contempla 37 medidas específicas dirigidas a mujeres con discapacidad, estas medidas recogen actuaciones como:

- Adaptar protocolos y procedimientos para garantizar la accesibilidad.
- Implicar a las mujeres con discapacidad en el diseño de políticas públicas.
- Realizar estudios sobre su situación para identificar necesidades y diseñar recursos específicos.
- Garantizar la accesibilidad de los servicios públicos de prevención y asistencia.

En 2020, a iniciativa de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, se realizaron dos estudios para estudiar a fondo las necesidades de las mujeres con discapacidad.

- Análisis de la violencia sexual en mujeres con discapacidad intelectual (Fundación CERMI-Mujeres)[4].
- Estudio sobre mujer, discapacidad y violencia de género (Federación de Mujeres Progresistas)[5].

Se constata que ha habido un cambio de mentalidad que ha favorecido mejoras en la atención.

> *... «Hace 10 o 15 años la situación estaba muy mal para las mujeres que fueran víctimas de violencia, en general, pero*

4 Fundación CERMI-Mujeres, *et al.* (2020). *La violencia sexual en las mujeres con discapacidad intelectual*. Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.

5 Federación de Mujeres Progresistas (2020). *Mujer, discapacidad y violencia de género.* Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.

> *imagínate para las mujeres con discapacidad, o sea, estaba fatal. De hecho, yo conozco casos aquí de mujeres que la policía se reía de ellas, que no les hacían caso. Pero estamos hablando hace 20 años, pero* ***es verdad que en los últimos 10 o 5 años ha mejorado todo mucho****. Creo que se está invirtiendo mucho en este tema, y creo que cada vez, desde las asociaciones y entidades de discapacidad somos muy pesados con este tema». (RS007)*

La Policía Nacional viene desarrollando distintas iniciativas, entre las que destaca la reciente creación de la Oficina Nacional de Accesibilidad, cuyo objetivo es centralizar y coordinar todas las acciones relacionadas con la atención a personas con discapacidad en el ámbito policial. Esta Oficina se encarga de unificar y supervisar las actividades de las distintas unidades policiales en materia de discapacidad. Por otro lado, la Oficina Nacional de Lucha Contra los Delitos de Odio (ONDOD), la Fiscalía General del Estado, la Policía Nacional, la Guardia Civil, Plena Inclusión España, la Universidad Complutense de Madrid y la Asociación de Psicología Forense (APF) y la Fundación A LA PAR publicaron en diciembre de 2025 la «*Guía de intervención policial con personas con discapacidad intelectual: la actuación del primer interviniente*» que proporciona herramientas y recomendaciones para que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad actúen de manera inclusiva y respetuosa con las personas con discapacidad intelectual, promoviendo su participación activa y garantizando sus derechos en el contexto policial y judicial.

Por otra parte, muchas entidades de la discapacidad cumplen un papel relevante en esta materia mediante distintas iniciativas, entre las que destacan proyectos como «Mujeres en modo ON-VG» de Fundación ONCE, con apoyo del Fondo Social Europeo, que impulsa la inserción laboral de las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género. Además de este programa de acompañamiento, «Mujeres en modo ON-VG» edita el informe: «O*jo al dato*»[6] con el objetivo de visibilizar la violencia de género que afecta a las mujeres con discapacidad.

6 Silván, C., Quífez, L. (. (2023). Ojo al dato. Visibilidad de una realidad oculta a través del dato: Mujer, discapacidad y violencia. Informe ejecutivo 2023. Madrid: Fundación ONCE.

En el ámbito de la salud mental, destaca el Proyecto Julia, desarrollado por la Federación Salud Mental Castilla y León, cuyo propósito es prevenir la violencia de género, fomentar redes de apoyo y promover la participación activa de las mujeres en su comunidad.

Asimismo, el Servicio ALBA de la Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE) constituye un servicio accesible en lengua de signos para la atención y acompañamiento a mujeres sordas víctimas de violencia de género, así como a los profesionales que trabajan con ellas. El servicio ALBA comenzó en 2018 como una página web y una herramienta de videoatención, permitiendo que las mujeres sordas puedan comunicarse directamente con profesionales que entienden su lengua y cultura, y que también son personas sordas. Este enfoque facilita la identificación y atención de las víctimas, eliminando barreras lingüísticas y culturales que suelen dificultar el acceso a los servicios tradicionales.

Además, el servicio ALBA no solo atiende a las víctimas, sino que también ofrece formación y sensibilización a profesionales de la administración pública y del tercer sector sobre las necesidades específicas de las mujeres sordas. Su objetivo es garantizar que las mujeres sordas puedan acceder a recursos y apoyo en situaciones de violencia de género, brindándoles seguridad, información accesible y orientación en su propio idioma, la lengua de signos.

Finalmente, organizaciones de mujeres con discapacidad como la Confederación Estatal de Mujeres y Niñas con Discapacidad (Cemudis) o la Fundación CERMI-Mujeres desempeñan también una labor fundamental al situar en la agenda pública las distintas formas de violencia que afrontan las mujeres y niñas con discapacidad.

4.2.2.1. Barreras y limitaciones en la atención

En la prevención

En el ámbito de la **prevención**, se apunta la **ausencia de campañas institucionales** que incluyan a mujeres con discapacidad, lo que las invisibiliza y dificulta que se sientan interpeladas o identificadas como posibles víctimas. Por otro lado, se señala la **falta de herramientas**

personales para identificar y expresar situaciones de violencia, establecer límites y reconocerse como una persona con derechos. Se subraya la ausencia de educación sexual como factor de riesgo que aumenta la vulnerabilidad frente al abuso y la violencia sexual.

> *«Si tú piensas en campañas institucionales que hablen de violencia y que traten de prevenir la violencia, apelando a las propias supervivientes, apelando a las propias mujeres o apelando incluso también a los agresores, nunca ves a una mujer con discapacidad... esto hace que ellas no se sientan interpeladas, ese no sentirse interpeladas al final va a dar lugar a dificultades en el reconocimiento». (RS011)*

En las entrevistas aparece como aspecto crítico la **sobreprotección del entorno familiar** que no facilita que las mujeres con discapacidad accedan a información y/o formación sobre sobre igualdad, derechos sexuales o relaciones afectivas.

> *«Tendemos a infantilizar a las personas con discapacidad intelectual, los propios padres y las propias madres se ofenden muy mucho cuando se les habla de derechos sexuales y reproductivos, de violencia machista, de pues de todo este tipo de cosas, de cuando se les da un taller de igualdad sin más». (RS010)*

> *«Nadie habla de violencia de género, nadie habla abiertamente». (RS017)*

Un ejemplo que ilustra bien la dimensión de esta barrera para que las mujeres con discapacidad accedan a información sobre sexualidad, relaciones afectivas y violencia está en la experiencia que se narra a continuación, a propósito de un proyecto de educación sexual:

> *«Mandamos un cuestionario a todas las familias (200 familias). Solamente lo rellenaron 49 familias, hicimos una reunión presencial, y de las 49 familias vinieron solamente 29. De esas 29 continuamos avanzando el proyecto y empezamos a realizar sesiones formativas con las personas con discapacidad, acabaron viniendo 7». (RS017)*

En la detección

En relación con la **detección**, la mayoría de las personas entrevistadas identifican dos barreras muy claras: las barreras personales de las propias mujeres con discapacidad y la falta de recursos específicos para la atención de estas mujeres. Respecto a las barreras personales, en las entrevistas se señala como principal barrera la **normalización de la violencia** debido a experiencias previas de maltrato y discriminación. En las entrevistas se perciben estas experiencias de violencia continuada como una **violencia estructural** que paraliza e impide a las mujeres con discapacidad avanzar en su autodeterminación.

> *«El primer problema que nos encontramos es que las propias mujeres con discapacidad no son sensibles a esta violencia.* ***Se han criado en unos entornos a veces muy violentos****... la violencia no es solo violencia física. Es violencia económica,* ***violencia estructural****, violencia psicológica, que es la que más se da... Tienen muy normalizado ese tipo de violencia, entonces qué ocurre, que cuando tienen relaciones de otro tipo, cuesta mucho detectar que están sufriendo realmente una violencia, la normalizan y la viven con* ***esta mentalidad de sumisión****, o de que* ***así son las relaciones****». (RS007).*

> *«...La falta de herramientas a las mujeres con discapacidad hace que ellas no sean conscientes de que algunas situaciones que están enfrentando son violencia... Ellas son capaces de detectar que, si alguien te empuja, eso es violencia, pero si alguien te dice tonta, eso no es violencia. Si alguien te tira del pelo, te jala el cabello, entonces eso es violencia, pero si tu familia se hace cargo de tu pensión, de tú dinero, eso no es violencia...». (RS016)*

> *«Nos ha pasado mucho que incluso hay mujeres que no saben que están sufriendo malos tratos, porque tienen normalizados determinados comportamientos». Entr (RS008)*

Se apunta también como parte de la normalización de la violencia de estas mujeres una fuerte **interiorización de discursos capacitistas** que, por otra parte, no se reconocen como una forma de discriminación, lo que impide abordarlos dentro de las políticas y/o la formación.

*«...Cuando desde pequeñas han confrontado este discurso, de **tú no eres como el resto, tú no vas a tener parejas**, tú no eres como tu hermana, para qué te vistes así... Cuando llega el momento de tener una pareja y esta pareja resulta ser un maltratador, tienen que poner en valor qué hacen. Si le da la razón a todos aquellos que les han dicho, tú no eres como las demás, no vas a tener pareja, o mantienen la situación de violencia y aguantan porque no solamente es lo que confrontan, sino el miedo a dar la razón a todos aquellos que desde pequeña le han dicho que era diferente... Todavía hay un sesgo patriarcal en los sistemas de protección muy significativos, pero es que a ese sesgo patriarcal se une el sesgo capacitista, que todavía no está encima de la mesa... **Si ni siquiera el capacitismo es visible como una discriminación cierta**, cómo vamos a llegar a la gente que tiene que entender que ese capacitismo forma parte del imaginario... que dañan de forma muy muy significativa a la persona con discapacidad». (RS005)*

Las mujeres con discapacidad suelen tener **dependencias múltiples** de sus agresores: económicas, emocionales, físicas y/ o cognitivas. Sin más red de apoyo, tienen miedo a quedar desamparadas.

«El agresor es la propia persona que te está cuidando, entre comillas, la persona que te limpia es la persona que cocina, es la persona que te lleva a los médicos, es la persona que te acompaña... Eso es un problemón porque cómo voy a denunciar a la propia persona con la que gracias a él sobrevivo, se sienten muy desamparadas en ese sentido, y es muy difícil salir de esa situación... Hay una dependencia dentro de las familias y los agresores, que muchas veces, con esa violencia se les hace imposible salir de ahí, porque dependen de ellos para sobrevivir». (RS007)

«La dependencia emocional es muchísimo más alta, y luego en algunos casos hay una dependencia física, porque el tipo de discapacidad así lo sea, entonces el agresor es el que te cuida y te da de comer. Y en otras no es una dependencia física, pero es una dependencia cognitiva, porque a lo mejor es que yo no me sé mover en el entorno, porque tengo una discapacidad

intelectual o tengo autismo y me pierdo, o que no me oriento bien, y necesito esos apoyos cognitivos». (RS011).

En la atención

En las entrevistas se expresa la necesidad de **entender que las situaciones de violencia de las mujeres y niñas con discapacidad son distintas a aquellas que no tienen discapacidad**, en parte, debido a la normalización de esta experiencia, lo que dificulta la detección y las posibilidades de salir y recuperarse de esas violencias. Se observa también un mayor riesgo de sufrir con más intensidad situaciones de violencia.

*«Ellas normalizan mucho la violencia y **da la cara cuando ya está muy avanzada** en cualquiera de sus manifestaciones... si es violencia sexual, no te va a saltar ante los primeros signos y si es violencia física tampoco. Cuanto menos, una violencia psicológica, la violencia de control que ellas normalizan totalmente. Entonces, por un lado, **funciona distinto**, por otro. la crueldad, la gravedad de la violencia». (RS011).*

Por otro lado, el **capacitismo** aparece como una forma de discriminación que afecta profundamente a las mujeres con discapacidad en diversos ámbitos, especialmente en el acceso a la justicia, la atención sanitaria y en los servicios de atención a la violencia.

En relación con la **falta de recursos específicos** para estas mujeres, en las entrevistas se apuntan como aspectos críticos: una atención fragmentada, escasez de recursos específicos, falta de formación de los profesionales, la ausencia de mecanismos adecuados de detección, reconocimiento y valoración de las situaciones de la discapacidad, entre otros.

La **falta de formación de los profesionales** sobre discapacidad que impacta negativamente en la detección de **violencias específicas** que afrontan las mujeres con discapacidad.

*«Hay determinadas señales que los profesionales no van a ver si no tienen esa formación. Por ejemplo, con la **discapacidad sensorial visual**, la agresión puede ser, nos ha pasado, el*

que pongan los cuchillos al revés, se puede dar que cambien el mobiliario de sitio, el agresor. Entonces, si no se tiene esa formación, eso de que te cambien el mobiliario de sitio, puede que para una persona diga esto no es agresión... O señales como que vengan con vestuario no acorde... que vaya a las citas médicas y ella no pueda, no tenga ningún momento para poder pedir ayuda» (RS008)

«Falta conocimiento de lo que es la discapacidad, en todos los ámbitos de la sociedad. También en aquellos que atienden la situación de violencia, en parte porque ***la violencia contra las mujeres con discapacidad sigue siendo algo bastante invisible****, porque hay mucho desconocimiento de lo que es la discapacidad». (RS005)*

«En primer lugar, los profesionales no tienen una formación adecuada sobre el tema, porque claro, ***la discapacidad es muy amplia****, incluso dentro de las propias personas sordas es muy amplia la diversidad que hay. Entonces la formación primero,* ***hay que formar acerca de que la discapacidad es heterogénea****». (RS004).*

En el ámbito judicial es especialmente grave la ausencia de formación de jueces y abogados en tanto que tiene un impacto significativo en el acceso a la justicia. Esta falta de formación puede derivar en prácticas de entrevista y abordajes iniciales que no se ajustan a las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad, lo que puede generar desmotivación para continuar con el procedimiento o experimenten una revictimización, de modo que la denuncia o el procedimiento judicial lleguen a producir un daño adicional superior al beneficio esperado.

«No todos los profesionales están formados para atender a una víctima con discapacidad, y esa formación puede dar lugar a que la forma de preguntar o de abordar a esa víctima no sea la más adecuada, y digamos que las desmotiva para continuar con el procedimiento. Y entonces por el camino es probable que no quiera continuar o que le pueda producir más daño inicial una denuncia o un procedimiento judicial que lo que le pueda reparar». (RS001)

En los casos de **mujeres con problemas de salud mental** en los que la estrategia de defensa del agresor suele ser calificar a la mujer de «loca», la falta de formación de los jueces puede llevar a que estas estrategias sean efectivas, lo que resulta en sobreseimientos de casos, retiradas de custodia de hijos e hijas, o incluso en que el agresor sea considerado la víctima.

> *«Hay que explicar muy bien la discapacidad, y hay que evitar con ese explicar muy bien la discapacidad que esa sea la estrategia de defensa del agresor, porque es que sino el problema es que quizás el juez o la jueza le crea... a veces se consigue ese cuestionamiento de la mujer, tanto que los procedimientos se pueden llegar a dar la vuelta completamente. Y al final es el agresor el que figura como víctima, y ella acaba simplemente quedando de loca. Y ahí, o sea, se dan sobreseimientos, o de repente hay retiradas de custodia de los hijos e hijas comunes» (RS011)*

En contrapartida, se reconoce y valora de forma positiva que la formación sea obligatoria para los fiscales y que además exista una unidad especializada en la Fiscalía General del Estado.

> *«En fiscalía estamos más avanzados porque las nuevas promociones tienen la obligatoriedad de tener formación en discapacidad... no pueden meterse en la carrera fiscal sin tener formación específica de discapacidad, pero en judicatura sí. Tú puedes sacarte las oposiciones de juez o de jueza y empezar a trabajar y no tener ningún conocimiento de discapacidad». (RS011).*

La **escasez de facilitadores procesales, intérpretes de lengua de signos, mediadores comunicativos y adaptaciones en los juzgados** (como accesibilidad física, lectura fácil o lenguaje claro) limita la participación efectiva de las mujeres con discapacidad en los procesos judiciales, afectando su derecho a una tutela judicial efectiva.

> *«Yo lo primero que tengo que hacer es mirar si voy a poder entrar con la silla, porque hay escalinatas, porque los ascensores funcionen, porque pueda entrar a la sala*

hasta el final, el estrado me lo como siempre, porque eso no está adaptado... la señalización no está ni se la espera... las personas con autismo, que tienen, por ejemplo, mucha dificultad en la orientación espacio temporal, es complicado... Para las ***mujeres con autismo*** *el ruido visual de los juzgados es terrible. Y el problema es que cuando hay una persona que no tolera el desorden, porque el ruido visual es eso, y los juzgados están desordenados siempre, es que va a estar centrada todo el tiempo en eso y es incapaz de hacer la comparecencia». (RS017)*

Las **mujeres sordas** se ven expuestas a situaciones de riesgo en procesos judiciales en los que la víctima y agresor comparten intérprete y espacio físico. A pesar de los avances en la formación policial, persisten dificultades para reconocer y valorar adecuadamente los testimonios de **mujeres con discapacidad intelectual**. Se observa una tendencia a cuestionar su credibilidad cuando no pueden precisar la secuencia temporal de los hechos, sin considerar que la desorganización narrativa es una manifestación habitual del trauma en cualquier víctima de violencia.

«En un juicio hay una pareja, o sea, en la pareja ambos son sordos y hay un juicio porque hay una denuncia de maltrato. Generalmente la pareja permanece separada, pero si tenemos nada más que un intérprete para los dos, entonces se obliga a estar en la misma sala, compartiendo el mismo espacio y el mismo intérprete». (RS004).

«Se ha trabajado mucho con la policía para que las unidades de atención a las víctimas tengan conocimiento de las mujeres con discapacidad, pero ***todavía es alucinante que cuando una mujer con discapacidad intelectual no es capaz de centrar cuándo le pasó, en qué momento le pasó, no se crean su testimonio.*** *Porque cuando una mujer es víctima de violencia, hay veces que tampoco recuerda qué es lo que pasó primero, porque tiene un trauma tan grande que ordenar secuencialmente los actos de violencia le desborda. Porque lo primero que tiene que asumir es que ha sido víctima de violencia, y eso no es inmediato ni es tan sencillo». (RS005).*

Cabe destacar que **también se reconocen avances en la atención** de las mujeres con discapacidad dentro del ámbito de la justicia. Entre ellos se destacan: la incorporación de la figura del **facilitador judicial**, aunque su implementación sigue siendo limitada y, por ahora, solo se encuentre regulada en la Comunidad de Madrid; los **convenios de colaboración entre entidades de la discapacidad y las Unidades de Atención a la Familia y Mujer (UFAM)** de la Policía Nacional y **la existencia de protocolos que contemplan la elaboración de planes individualizados de asistencia** que permiten identificar las necesidades específicas de las víctimas con discapacidad y proponer ajustes y apoyos necesarios. Asimismo, se valora **el uso de herramientas de apoyo a la comunicación**, como pictogramas o la lengua de signos.

> *«La gente que está utilizando la figura del facilitador cuando tiene una intervención con personas con discapacidad, el procedimiento está funcionando, está funcionando el procedimiento policial y el procedimiento judicial. Esa persona tiene los mismos derechos y las mismas oportunidades que una persona que no tiene discapacidad. Está teniendo el mismo derecho a defenderse, el mismo derecho a ser escuchado, y eso se nota en los procedimientos. Cuando se utiliza la figura del facilitador, el éxito del procedimiento es muy alto». (RS006).*

Respecto a la figura del facilitador judicial, se identifican distintas dificultades que afectan a la eficacia de su intervención. A la ausencia de una regulación estatal, se suma la limitada implantación del servicio, que en algunas comunidades autónomas se restringe únicamente a determinados perfiles de discapacidad. Asimismo, no se contempla su participación en etapas cruciales como la denuncia policial o las reuniones con abogados, lo que puede generar problemas en la calidad de los atestados y en la estrategia legal, afectando negativamente el proceso judicial. A estas limitaciones se añade la insuficiente remuneración de su labor. En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, la elaboración del informe del facilitador se retribuye con 70 euros y la asistencia en sala con 80 euros. Estas cuantías no compensan de manera adecuada el tiempo, la preparación y el esfuerzo que exige la función, lo que ha llevado a que algunos profesionales opten por renunciar a prestar este servicio.

En el ámbito de la atención sanitaria se perciben distintas barreras, como primera está la **escasa atención ginecológica** de mujeres y niñas con discapacidad debido a la idea errónea de relacionar estas revisiones solo al ámbito reproductivo. Se añade también la **falta de accesibilidad** de estos servicios y los **prejuicios de familias y profesionales** que consideran «innecesario» acudir a ginecología. Esta falta de acceso a revisiones ginecológicas impide que el sistema sanitario detecte señales de violencia.

> *«Como las mujeres con discapacidad no cumplimos los roles, no cumplimos entre comillas, los roles reproductivos y los roles de cuidado...entonces parece que solo la causa de ir a ginecología es la reproductiva, no hay una causa sanitaria. Esto hace que muy pocas mujeres vayan a ginecología... Muchas veces desde los servicios de ginecología, se niegan a hacer determinadas exploraciones. Y a esto me refiero a la citología, a la ecografía vaginal, a las mamografías, sobre todo si la discapacidad es muy severa y* ***no está la consulta adaptada****, y a ver cómo llega la mujer y a ver cómo le hago la mamografía, y se niegan a hacerlo. Entonces, por un lado, hay una parte donde las propias mujeres o el entorno que rodea a las mujeres, profesionales y familia, considera innecesario el recurso de ginecología. Y por otro, está la parte de ginecología donde pesa el* ***capacitismo****... Esta parte es esencial, porque es donde salta la violencia, en el caso de la discapacidad no salta, porque no se explora». (RS011).*

En las urgencias hospitalarias existen, en términos generales, protocolos estandarizados para la atención a víctimas de violencia de género. Estos protocolos incluyen la elaboración de partes de lesiones, la comunicación al juzgado correspondiente y la derivación a servicios sociales y recursos especializado. Entre los ítems incluidos se encuentra la valoración de si la paciente presenta alguna discapacidad. Sin embargo, la aplicación práctica de estos protocolos presenta ciertas limitaciones estructurales que afectan de manera significativa a las mujeres con discapacidad.

Una de las principales dificultades radica en el propio funcionamiento de las urgencias: el tiempo disponible para la atención es reducido, lo

que dificulta la detección de indicadores de violencia en comparación con la atención primaria, donde existe mayor continuidad asistencial y posibilidad de seguimiento. Esta falta de tiempo, unida a la presión asistencial, reduce la capacidad del personal sanitario para realizar una valoración integral.

A pesar de las mejoras en formación y en recursos, se siguen observando prejuicios en el personal sanitario que tiende a poner en duda el testimonio de las mujeres con discapacidad, especialmente cuando se trata de mujeres con discapacidad intelectual o con problemas de salud mental. Esta desconfianza compromete no solo la detección de la violencia, sino que también constituye una forma de discriminación que limita el acceso efectivo a la protección y a la justicia.

> *«Al tener la discapacidad, probablemente tengan un acceso más limitado, solo por la propia discapacidad. O sea, mental porque igual no ven el problema donde lo hay... recuerdo una mujer que tenía patología psiquiátrica, yo creo que consumo de drogas, que claro, es como, ¿te la crees, no te la crees? ...* ***Si viene un hombre diciendo que le ha pegado otro, pues igual no te paras a pensar si será verdad o será mentira****, no lo sé. ... a ellas las ponemos más en tela de juicio, depende de cómo vengan y los antecedentes que tengan». (RS015).*

Escasez de recursos habitacionales, especialmente de larga estancia. Sobre esta cuestión se apuntan tres aspectos críticos: 1) **La falta de accesibilidad de los centros residenciales** especializados en la atención a mujeres víctimas de violencia de género 2) **el tiempo de estancia** en estos recursos que no están ajustados a las necesidades de las mujeres con discapacidad que pueden ir más lento en su proceso de recuperación y 3) **El coste de la vivienda**, en especial en las zonas urbanas, además de **la necesidad de que ésta sea accesible**.

> *«El recurso habitacional es lo más complicado, y encima si juntas con que tienes una discapacidad, es más complicado todavía...* ***está todo colapsado y no hay recursos de larga estancia, hay muy pocos****... si a eso se suma que cuando salga tengo que irme a un piso que esté adaptado o*

me tenga que reorientar para poder tener posibilidades de empleo, que la formación la pueda hacer aquí, pero no voy a tener dinero para pagar una habitación. Y luego, además, para pagarte una habitación aquí por lo menos te piden tres meses de nómina, entonces se junta todo». (RS008)

«Hay una casa de acogida en Galicia para mujeres con discapacidad intelectual. Pero es la única casa que hay y ***no llegan las plazas que hay*** *...Creo que los recursos que hay a veces* ***no están adaptados*** *a ellas, porque a mí me comentaban de una casa, un centro de emergencias de violencia de género, y es que tiene un montón de escaleras. Aquí una mujer con silla de ruedas o con una discapacidad importante, no podría acceder a esta casa». (RS012)*

«Hace un tiempo seguíamos teniendo un caso de una persona con discapacidad, no recuerdo el tipo de discapacidad, al final en las casas de acogida no nos la han aceptado por la falta de adaptación». (RS013)

«Existen recursos específicos de atención a víctimas de violencia de género con problemas de salud mental, hay viviendas para estas mujeres. ¿Qué problema tienen estas viviendas? Que hay muy pocas». (RS009)

Se señala también la **falta de comprensión y de apoyos adecuados a las necesidades** de las mujeres con discapacidad que son usuarias de los recursos generalistas de atención a la violencia de género.

«Normalmente las ***mujeres sordas*** *no utilizan las* ***casas de acogida****, y el motivo es que una vez que van, se sienten tan aisladas que se van... en las casas de acogida intentan hacer el mejor esfuerzo posible... no puede comunicarse con sus compañeras en la casa de acogida porque no saben lengua de signos, por ejemplo. La psicóloga que está dentro de la casa de acogida debe tener una cita previa, porque necesita que venga un intérprete y no sabemos cuándo va a ser la cita porque no hay ese intérprete.... Te pongo otro ejemplo,* ***ATENPRO para personas sordas no vale para nada, le doy un suspenso***

__automático__, y por qué, porque solo te puedes comunicar a través de chat. ¿Todas las personas sordas tienen la habilidad para usar este chat? No. ¿Se puede utilizar directamente mi lengua, la lengua de signos? No. ATENPRO no tiene esta posibilidad ni esta característica». (RS004)

«__Cometa falla__...no me pongáis Cometa a una sordociega, que es que me la va a matar...si lo pones en un perfil así, pues no sé, complicado, porque no le va a ver acercarse tampoco ni lo va a escuchar». (RS011)

«__Los dispositivos Cometa no son del todo accesible__ para discapacidad sensorial visual» (RS008)

... «Están abandonadas del sistema, ¿por qué? Porque no hay un lenguaje fácil en el que ellas puedan entender cuáles son las normas de estas casas, o porque __su comportamiento las hace automáticamente ponerles la etiqueta de indomables__. Una persona me dijo, es que son indomables, no pueden porque __te rompen el equilibrio del recurso__, entonces ¿qué hacemos? ¿Les ponemos un candado y tiramos la llave?». (RS005)

La **falta de información** constituye una barrera significativa en el acceso a servicios especializados por parte de las mujeres con discapacidad. En muchos casos, estas mujeres desconocen los recursos disponibles debido a que **ciertas discapacidades no son fácilmente identificables**, lo que dificulta que los distintos servicios de atención reconozcan la necesidad de ofrecer dichos servicios. Entre las «discapacidades invisibles» que se citan en algunas entrevistas están: el autismo leve, la discapacidad intelectual límite, fibromialgia, y/o las discapacidades psicosociales leves. Asimismo, se observa que **algunos profesionales carecen de conocimiento suficiente acerca de la existencia de programas y prestacione**s que deberían ser puestos a disposición de estas mujeres

«...la mayoría de las profesionales de los servicios sociales y de los centros de información a la mujer, nadie conocía a este perfil (facilitador judicial).» (RS012)

«como la mujer no va con el letrero de «tengo discapacidad», pues entonces no detectan que tiene discapacidad, entonces no ofrecen ese servicio». (RS017)

Cierta **fragmentación del itinerario de atención**. Una vez que una mujer con discapacidad reconoce que está sufriendo violencia y da el paso de contactar con un recurso como el 016, que funciona como una puerta de entrada, la derivación posterior no siempre implica una atención especializada más allá de la accesibilidad inicial que sin duda resulta muy valiosa, tal como se reconoce en las entrevistas. También se valora también positivamente la existencia de convenios de colaboración con entidades especializadas. Sin embargo, para otros perfiles de discapacidad la derivación hacia servicios especializados resulta una tarea compleja.

«No podemos segmentarlo todo tanto, aquí esto y esto otro, porque si no, si ya es complicado salir de una situación de violencia... Es que al final es como la carrera de obstáculos, la vamos poniendo nosotros mismos, o sea, ***salir del ciclo de violencia es una carrera de obstáculos tremenda****, no podemos poner nosotros más». Entrevista 2. 016 - Servicio telefónico de información, de asesoramiento jurídico y de atención psicosocial*

«El 016 sinceramente nos ha ayudado muchísimo en la atención a personas a través de video conferencia. También para saber adónde tenían que derivarlas, dentro del 016 tienen una unidad con psicólogas, asesoría jurídica, que es tremendamente útil» (RS004)

Otro aspecto crítico que se apunta es el **modelo de gestión de los recursos.** La externalización de los servicios puede afectar negativamente la calidad de la atención, ya que las empresas priorizan la obtención de beneficios, lo que a menudo limita los fondos destinados directamente a las víctimas. Se añade también la precariedad de algunos servicios al depender de **proyectos que no cuentan con una financiación estable** en el tiempo.

«Todo se está gestionando a través de empresas, y eso está haciendo, que, evidentemente, las empresas tengan que tener un beneficio y al final, el dinero que se destina a la atención y al cuidado de estas mujeres, pues está siendo cada vez menos». (RS002)

«Los servicios públicos ya se están cambiando y se están privatizando. Las licitaciones que van por empresas, que no sabemos si conocen las realidades que existen, las propias licitaciones son un problema». (RS004)

4.2.2.2. La invisibilidad de la discapacidad como barrera transversal

Ocultar la discapacidad como forma de protegerse. Son mujeres que ya han vivido situaciones de discriminación por parte de las instituciones que se supone que deberían protegerlas.

«Cuando crees que no te van a creer, cuando crees que te van a ridiculizar, pues no vas a ir a aquellos recursos que te ayudan, y hay muchas mujeres que lo primero que deciden es ***ocultar la discapacidad si no es visible*** *porque* ***saben que no las van a creer****, o que les van a dar menos valor, o que van a, de alguna forma, justificar al agresor». (RS005)*

«Otra razón para ocultar su situación de discapacidad es la de evitar un doble estigma: «ya me va a etiquetar la sociedad como víctima de violencia y encima con discapacidad». (RS002)

Además de la decisión de las mujeres de ocultar su situación de discapacidad para protegerse del estigma y la discriminación, se señala la **dificultad por parte de los servicios de entrada a los recursos de atención para la identificación de situaciones de discapacidad**. Por un lado, se valora en positivo que un servicio de entrada como el 016 garantice el anonimato, pero en contra partida limita la detección de la discapacidad (si no tienes discapacidad auditiva y/o intelectual) y por tanto la posibilidad de ofrecer apoyos ajustados a las necesidades de estas mujeres.

«A no ser que la mujer de manera explícita nos diga, mira, es que tengo una discapacidad, nosotros no lo sabemos... no llega a un 0,5 de las llamadas que tenemos identificadas de mujeres que nos dicen que tienen una discapacidad. Entonces, a no ser que nosotros, en el transcurso de la conversación, la profesional pueda intuir algo y le pueda hacer de una manera una pregunta a la mujer, nosotros, si no nos lo dicen, no lo sabemos,» (RS002)

Algunas discapacidades, en particular aquellas vinculadas con la salud mental, pueden constituir **una consecuencia o secuela directa de la violencia**. **Estas situaciones de discapacidad permanecen, en gran medida, invisibilizadas,** en la medida en que no se registran ni se identifican de forma sistemática, ni se evalúa adecuadamente su impacto en la vida de las mujeres. Esta invisibilización **no responde a una menor prevalencia de la violencia entre las mujeres con discapacidad**, sino a la ausencia de mecanismos adecuados de detección, reconocimiento y valoración de estas situaciones. La falta de reconocimiento institucional de esta realidad contribuye a incrementar la vulnerabilidad de las mujeres y limita su acceso efectivo a medidas de protección y a recursos de apoyo ajustados a sus necesidades específicas.

«Lo que sí que observamos es que cuando rascas un poco los expedientes, muchas de las enfermedades, sobre todo relacionadas con la salud mental, incluso las situaciones de violencia u otros tipos de discapacidad, han tenido como desencadenantes situaciones de violencia, eso sí que lo percibimos.» (RS005)

«Creo que las mujeres sobre todo por la situación de violencia que habían vivido habían desarrollado traumas y problemas Heavys que considero que sí, que podría ser un factor de discapacidad». (RS010).

«No sabemos qué es primero, si el huevo o la gallina, una mujer con un problema de salud mental que sufre violencia de género o una mujer que sufre violencia de género y desarrolla un problema de salud mental. Al final son dos cosas que van

muy unidas, cualquier mujer que sufre violencia de género tiene situaciones de ansiedad, de depresión, problemas graves de insomnio, de ansiedad». (RS009)

4.2.2.3. Perfiles especialmente vulnerables

En las entrevistas se apuntan como perfiles especialmente vulnerables: mujeres con discapacidad intelectual, mujeres con problemas de salud mental y mujeres con discapacidad que además de la discapacidad tienen enfermedades crónicas.

«Y además nosotros hemos encontrado que en muchos casos estas mujeres no son capaces de identificar que están sufriendo violencia de género, lo viven como algo normal, o sea, viven situaciones, por ejemplo, de violencia económica. Pero claro, ***¿cómo me van a dejar a mí gestionar el dinero si tengo una enfermedad mental?*** *Claro, me insultan, pero tengo una enfermedad mental, entonces es normal. Bueno, algún bofetón me he llevado, pero claro,* ***bastante hacen que me cuidan****, porque tengo una enfermedad mental. Nos encontramos con eso, esos perfiles de mujeres que no son conscientes de donde están metidas». (RS009)*

En varias entrevistas se señala también la mayor vulnerabilidad de las **mujeres con discapacidad que residen en entornos rurales** debido a la falta de acceso a recursos especializados, la falta de transporte, redes de apoyo muy frágiles y un entorno hostil.

«...La gente que vive en el medio rural, en un pueblo de 50 habitantes, en el que el 50% si no más, son familia suya o en este caso de su marido, y vives con la suegra, con el suegro, con los hermanos... Una mujer que sufre un problema de violencia de género ahí, ¿dónde acude?... Ya es complicado la violencia de género en el ámbito rural, imagínate para una mujer con un problema de salud mental. En muchos casos con baja formación, a veces con baja capacitación, ***sin red de apoyo****. Tú en una ciudad te puedes ir a la otra punta y buscar una pensión, pero ¿qué haces en un pueblo de 50 habitantes? Si no tienes a nadie, a ninguna amiga que decir, oye, acógeme*

*en tu casa... Nosotros sí que vemos que **el ámbito rural es un ámbito muy hostil** ... El apoyo que hay en los pueblos es muy grande en según qué cosas, yo creo que los pueblos son como una gran familia, en el que la gente se ayuda unos a otros, pero **en algunas cosas sigue siendo también un contexto muy machista**, un contexto en el que lo que yo hago en mi casa lo hago en mi casa, pero no quiero que trascienda, mucho silencio». (RS009)*

Otros factores que multiplican la vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad que viven situaciones de violencia son las **redes de apoyo frágiles o inexistentes y/o la falta de ingresos propios.**

«No es lo mismo una mujer con discapacidad que su familia la apoya, o que sus hijos le apoyan, o que tiene red, que una mujer que no tiene absolutamente a nadie, o que tiene un par de amigas. Es un factor de riesgo muy importante, y luego claro, los recursos económicos que tenga, si está en desempleo o está recibiendo el ingreso mínimo vital, no va a ser lo mismo que si tiene un contrato laboral estable, una situación estable, que tiene como más seguridad. Esos dos factores van a ser claves al valorar la vulnerabilidad de la mujer» (RS007)

El estigma de la salud mental. Las mujeres con problemas de salud mental enfrentan un estigma que las deslegitima como víctimas. Se cuestiona su capacidad para discernir la realidad, lo que lleva a que sus denuncias sean desestimadas con frases como: *«Tú qué sabrás, tú estás loca, te lo estás inventando»*. Este prejuicio actúa como un «atenuante» para los agresores, quienes utilizan la condición de salud mental de la víctima para desacreditarla y justificar sus acciones. Se convierte en una estrategia de defensa que busca desacreditarlas, lo que puede llevar al fracaso de los procedimientos judiciales, ya que los jueces y juezas pueden caer en prejuicios capacitistas y no comprender adecuadamente las particularidades de las mujeres con discapacidad.

*«...Si tú una vez que das el paso de denunciar o das el paso de poner en conocimiento de alguien que estás sufriendo violencia de género y esa persona no te cree, y **no te cree***

> ***porque tienes un problema de salud mental, igual la siguiente vez directamente no dices nada***. *Dices, para qué voy a enfrentarme a esta situación, de pasarlo yo mal, de esforzarme, de intentar explicar lo que me está sucediendo, para que luego me digan que me lo estoy imaginando o que son paranoias mías. En salud mental es un problema gordísimo, porque claro, si a cualquier mujer le cuesta trabajo en muchas ocasiones que la crean, pues imagínate una mujer con un trastorno mental, ahí se complica mucho la cosa». (RS009)*

> *«Ya no eres solamente una mujer víctima, sino que también eres una mujer que tiene un diagnóstico de salud mental grave, y eso es terrible. Creo que no se les cree de igual forma». (RS010)*

En estos perfiles se hace evidente como su situación de discapacidad, su lugar de residencia, la dependencia económica, el aislamiento, los discursos capacitistas, los códigos culturales se entrelazan y se refuerzan mutuamente, generando experiencias específicas de exclusión y de vulneración de derechos. Los recursos generales de atención a la violencia de género están diseñados, en su mayoría, para un itinerario lineal y predecible: la víctima acude, recibe orientación, sigue los pasos establecidos y progresa hacia la autonomía. Este modelo implícito de **«víctima perfecta»** excluye a quienes no pueden seguir ese recorrido, y las mujeres con discapacidad se alejan con frecuencia de ese perfil.

> *«Los recursos en muchos casos parece que están diseñados para víctimas perfectas que vayan por el libro. Y estas víctimas perfectas no existen, ya en el caso de tener una discapacidad, ya te aleja de ser una víctima perfecta» (RS014)*

4.2.2.4. Propuestas de mejora

El análisis de las entrevistas no solo permite identificar barreras, sino también un conjunto de propuestas orientadas a mejorar la respuesta institucional a las mujeres con discapacidad que sufren violencia. Estas propuestas se articulan en torno a cambios en el modelo de atención, la formación, la accesibilidad y el reconocimiento de derechos.

Enfoque No Capacitista

Incorporar una perspectiva no capacitista en los recursos de atención a la violencia, mediante la revisión de prácticas, formación del personal y adaptación de los servicios, con el fin de garantizar la credibilidad de las mujeres con discapacidad, mejorar la detección y evitar la revictimización.

> *«Hay que hacer mucha sensibilización acerca de este tema, porque los profesionales detectan que hay una persona que tiene unas necesidades y cómo tienen que escucharla, pero no, no ven eso, lo que ven es la discapacidad primero». (RS004)*

Modelo de atención

Consolidar la **transversalidad** de la discapacidad en todos los recursos, sin renunciar a dispositivos específicos cuando sean necesarios.

> *«Hay que garantizar una **inclusión transversal** (todos los servicios deben ser accesibles y sensibles a la discapacidad) y, a la vez, mantener recursos y dispositivos específicos cuando la situación lo requiera (acompañamiento especializado, programas de rehabilitación adaptada, casas de acogida accesibles). La transversalidad asegura derechos universales; la especificidad atiende necesidades singulares». (RS003)*

Garantizar un acompañamiento continuado. Existen experiencias que demuestran que **contar con una figura de referencia continua y estable es clave** para las mujeres con discapacidad, especialmente cuando se realiza desde entidades de referencia con las que las mujeres han generado vínculos.

> *«...A veces el acompañamiento desde el principio hasta el final tiene brechas, y esas brechas yo creo que son las que hay que ir cosiendo y que sea una continuidad». (RS002)*

> *«El papel que juega una trabajadora social o una psicóloga de una asociación, que en algunos casos conoce a la mujer desde hace tiempo, es muy importante...es como una persona*

de referencia, es alguien con quien ha creado vínculos... que en ese maremágnum de cosas que tiene que hacer una víctima de violencia de género, la dejasen tener el acompañamiento de las profesionales de la asociación que la conozcan. (RS009)

Fortalecer el trabajo en red entre los servicios de atención a la violencia de género y las organizaciones de mujeres con discapacidad, así como con el conjunto del sector social de la discapacidad. Se propone la creación de **mesas sectoriales** que integren a los servicios de justicia y a las asociaciones de personas con discapacidad, con el fin de mejorar la coordinación y la calidad de la atención. Estas mesas deberán contar con planes de trabajo continuados, con metas claras y mecanismos de seguimiento que permitan evaluar avances y ajustar las acciones de forma permanente.

«... Crear lazos de unión con esas entidades para decir, mira, estamos aquí, las expertas en violencia de género sois vosotras, pero si en algún momento viene una mujer víctima de violencia de género con problemas de salud mental, llamadnos, porque nosotros tenemos experiencia en trabajar con ella... no podemos hablar haciendo parcelitas. (RS009)

«Me encantaría participar con las entidades de la discapacidad en mesas sectoriales de trabajo, donde estemos representados todos, tanto servicios de justicia como las asociaciones y entidades que trabajan con las personas con discapacidad... es necesario tener espacios compartidos con las entidades... Los contactos que a veces tenemos son porque nos surge...son cosas puntuales para dar respuesta a un caso concreto. Pero yo creo que es necesario un trabajo continuado. Yo quiero tener una estrategia, un plan de trabajo coordinado con objetivos, con un camino marcado». (RS001)

Implementar protocolos en centros sociosanitarios para detectar y abordar la violencia de manera temprana.

Sensibilización y empatía como competencias imprescindibles para evitar discriminación y garantizar una atención adecuada. Es conveniente también contar **protocolos más claros y homogéneos** que

reduzcan la repetición del relato traumático y por tanto la revictimización de las mujeres con discapacidad.

> *«... Es que las propias mujeres lo dicen así,* ***que estén sensibilizados con la discapacidad, gente que les entienda****. Que no por el hecho de tener una discapacidad intelectual no hagan de menos un testimonio. También* ***se necesita agilidad a la hora de gestionar los recursos****, también diría como importante el no tener que hacer pasar a la víctima por contar a un profesional, a la abogada, a la trabajadora social, a la psicóloga, cuéntale al juez, a la policía. Como que no tener que pasar por esto, y* ***protocolos como más claros, más unificados y más rápidos, más ágiles****. O sea,* ***que tener una discapacidad agilizase todo eso****, y sobre todo que todos los recursos sean accesibles y estén adaptados a las discapacidades...». (RS007)*

Reforzar el papel de las asociaciones de discapacidad como agentes de detección y acompañamiento.

> *«...Las asociaciones tienen un papel muy importante en el conocimiento y en la detección de los posibles casos de maltrato» (RS012)*

Formación

Formación específica en discapacidad para profesionales que atienden casos de violencia de género.

> *«Que los profesionales entiendan que no estamos hablando de las mismas circunstancias cuando se tiene discapacidad y cuando no,* ***que entiendan muy bien sobre discriminación interseccional****» (RS007)*

Formación dirigida a profesionales de atención a la dependencia con el propósito de detectar y prevenir situaciones de violencia.

> *«Tenemos que trabajar con aquellos recursos que ya existen de atención a la dependencia, y desde luego, las trabajadoras de ayuda a domicilio, me parece que son una pieza fundamental». (RS018)*

Formación en violencia de género en las entidades asociativas de la discapacidad.

> *«Creo que las entidades también tienen que estar formadas en violencia de género para saber atender a estas propias víctimas, para saber incluso detectar posibles situaciones y adonde dirigirse. Y no solo que la propia víctima sepa dónde dirigirse, sino también la entidad porque puede haber mujeres que no se reconocen como víctimas, pero la entidad las puede ayudar trabajando en este sentido». (RS012)*

Prevención y sensibilización

Impulsar **campañas institucionales inclusivas** que representen a las mujeres con discapacidad y las interpelen directamente.

> *«Faltan más campañas para visibilizar la realidad de las mujeres con discapacidad. Falta visibilizarlas más, en general, en la sociedad, para que la gente tenga conciencia de sus realidades» (RS012)*

Promover la formación de las mujeres y niñas con discapacidad para que desarrollen habilidades sociales, límites corporales y herramientas de identificación de la violencia.

Accesibilidad y recursos

Mejorar la accesibilidad universal de los servicios y recursos, incorporando de forma estructural las necesidades de las mujeres con discapacidad en el diseño, los protocolos y la atención, mediante la eliminación de barreras físicas, comunicativas y cognitivas.

Ampliar y adaptar los recursos habitacionales para mujeres con discapacidad, incluyendo plazas de larga estancia y **tiempos de estancia flexibles**.

Facilitar el acceso a ayudas económicas que permitan que las mujeres con discapacidad puedan alcanzar una mayor independencia financiera y romper la dependencia del agresor.

> *«... Que se diese apoyo económico mensual, para poder salir de esa situación de violencia, por lo que hablamos, hay una dependencia dentro de las familias y los agresores, que muchas veces, con esa violencia se les hace imposible salir de ahí, porque dependen de ellos para sobrevivir». (RS007)*

Participación y derechos

Incorporar de forma sistemática la voz y la experiencia de las mujeres con discapacidad en el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas y recursos. Es imprescindible **reforzar la participación sistemática de las mujeres con discapacidad** (consultas públicas, evaluaciones con usuarias remuneradas por su tiempo y mecanismos de gobernanza donde tengan voz vinculante).

> *«... Que nadie decida por nosotras...que seamos nosotras directamente las que decidamos. Queremos decir qué es lo que necesitamos, queremos decidir nosotras» (RS004)*

Promover la inclusión laboral de las mujeres con discapacidad que favorezca no solo su independencia económica sino también la posibilidad de crear redes de apoyo más allá de su entorno familiar.

> *El participar del sistema laboral no solamente implica tener unas condiciones dignas de trabajo, tener un salario que te permite tomar determinadas decisiones desde la independencia, también te permite relacionarte con otras personas, compartir experiencias.... (RS005)*

4.2.3. Síntesis explicativa

Si bien el número de casos analizados en el presente estudio no permite abarcar la totalidad de situaciones y realidades que afectan a las mujeres con discapacidad, el enfoque cualitativo adoptado ofrece un conocimiento profundo y contextualizado del fenómeno de la violencia hacia ellas. A partir de las entrevistas en profundidad realizadas y de la interacción directa con las mujeres participantes, se han podido identificar patrones recurrentes, dinámicas comunes y déficits estructurales en la prevención de la violencia. En este sentido, las conclusiones que se presentan a continuación no pretenden generalizar de forma estadística, sino aportar evidencias significativas y fundamentadas que permiten comprender mejor las condiciones que favorecen la violencia y orientar la mejora de las respuestas institucionales.

4.2.3.1. Con respecto a la prevención de la violencia hacia mujeres y niñas con discapacidad

La prevención de la violencia hacia las mujeres y niñas con discapacidad constituye una prioridad ineludible en la política pública, en la medida en que estas se encuentran expuestas a formas específicas y agravadas de violencia derivadas de la intersección entre género y discapacidad. Esta vulnerabilidad no se explica únicamente por las características individuales asociadas a la condición de ser mujer y tener una discapacidad, sino también por los contextos en los que muchas de estas mujeres viven y se relacionan, frecuentemente marcados por dinámicas de dependencia, aislamiento y segregación. Tal y como evidencia la literatura y el análisis de casos, estos entornos pueden convertirse en espacios especialmente propicios para el abuso, la violencia y el maltrato al concentrar relaciones de poder asimétricas, limitar la autonomía personal y dificultar tanto la identificación como la denuncia de la violencia.

En términos generales podemos decir que ninguna de las mujeres entrevistadas ha recibido en algún momento de su vida formación para prevenir y reconocer situaciones de violencia o abuso. Esta carencia resulta especialmente relevante si se considera que, tal como pone de manifiesto el estudio, la violencia que sufren adopta con frecuencia formas específicas y normalizadas en contextos de cuidado, de-

pendencia o aislamiento social. La falta de información accesible y de herramientas adaptadas, así como el efecto de los estereotipos establecidos sobre la base del capacitismo y patriarcado, dificultan no solo la identificación objetiva de estas situaciones, sino también los procesos de autopercepción como víctimas, limitando la capacidad de las mujeres con discapacidad para nombrar la violencia, buscar apoyo y acceder a los recursos disponibles.

Por otro lado, se constata que esta falta de formación para la prevención del abuso, del maltrato y de la violencia se extiende a las familias y a los entornos inmediatos de las mujeres con discapacidad. La ausencia de estrategias formativas dirigidas a estos contextos favorece la reproducción de estereotipos de género y discapacidad, así como la persistencia de prácticas que pueden derivar en situaciones de abuso o negligencia sin ser reconocidas como tales. En este sentido, el estudio evidencia que los entornos cercanos, incluidos la familia y los centros de atención a la discapacidad, no están suficientemente preparados para desempeñar un papel activo en la prevención, detección temprana o interrupción de la violencia hacia las mujeres y las niñas con discapacidad, lo que refuerza su invisibilización y continuidad.

En tercer lugar, se identifica una clara insuficiencia en la formación de los y las profesionales que atienden a personas con discapacidad en materia de prevención de la violencia contra mujeres y niñas con discapacidad. Esta limitación resulta especialmente crítica, dado que estos profesionales desempeñan un papel clave en la creación de entornos seguros y en la reducción de factores de riesgo. Sin embargo, la falta de capacitación específica en violencia de género, por un lado, y en la intersección entre el género y la discapacidad desde un enfoque de derechos humanos, dificulta la incorporación de medidas preventivas en la práctica profesional, impidiendo anticipar situaciones de vulnerabilidad y promover dinámicas basadas en el respeto a los derechos, la autonomía y la dignidad, lo que contribuye a la persistencia de condiciones que favorecen el abuso y la violencia.

Hay que tener en cuenta, además, que el estudio pone de relieve que los servicios y programas dirigidos a personas con discapacidad, incluidos aquellos vinculados a la salud mental y a la salud sexual y reproductiva, carecen de una supervisión efectiva por autoridades indepen-

dientes con enfoque específico en la prevención de la violencia contra mujeres y niñas con discapacidad. Aunque puedan existir mecanismos de control, estos no incorporan de manera sistemática la revisión de aspectos clave como la privacidad, el respeto a la intimidad, la seguridad en los cuidados o la posibilidad de elección del sexo de la persona cuidadora en situaciones especialmente sensibles, como la higiene personal o íntima. Esta ausencia de una mirada específica sobre la violencia que pueden llegar a sufrir las mujeres con discapacidad permite que determinadas prácticas potencialmente vulneradoras permanezcan invisibilizadas, al priorizarse otros indicadores de funcionamiento, lo que contribuye a la persistencia de contextos donde el riesgo de abuso no es adecuadamente prevenido ni abordado.

Igualmente, el estudio ha evidenciado una falta de estrategias y protocolos específicos para la prevención de la violencia hacia mujeres y niñas con discapacidad, particularmente en entornos cerrados y segregados. En ausencia de marcos de actuación claros, la prevención se vuelve fragmentaria e insuficiente, especialmente en aquellos contextos donde las barreras estructurales, la falta de accesibilidad, la dependencia y el aislamiento intensifican la vulnerabilidad frente a la violencia.

4.2.3.2. En relación con la detección de casos de violencia hacia mujeres y niñas con discapacidad

El estudio ha puesto de manifiesto que la identificación temprana de los casos de violencia contra mujeres con discapacidad constituye un elemento esencial para poder intervenir de manera adecuada, garantizar la protección de las víctimas y ofrecerles la atención integral que necesitan para su protección y recuperación. Sin embargo, cuando la violencia no es detectada, no es posible activar los mecanismos de protección ni los recursos disponibles, lo que contribuye a su continuidad y agravamiento. Por ello, resulta fundamental analizar los factores que están dificultando la detección de casos de mujeres con discapacidad que son o han sido víctimas de violencia, muchos de los cuales permanecen ocultos o invisibilizados a propósito.

La detección de la violencia constituye, pues, un paso imprescindible para la protección de las víctimas con discapacidad, por lo que identifi-

car los factores que la dificultan se configura como una condición previa para avanzar en la prevención, la intervención y la garantía efectiva de derechos.

Como ha puesto de manifiesto el estudio temático, la falta de conciencia de víctima es una de las causas más frecuentes para no detectar casos de violencia contra mujeres con discapacidad o para hacerlo de forma tardía. Esta falta de conciencia de víctima está relacionada con la falta de herramientas para reconocer situaciones de violencia, abuso o maltrato; lo que no solo se limita a casos de discapacidades severas, sino que se extiende a múltiples circunstancias en las que las experiencias de violencia se encuentran normalizadas o no son identificadas como tales, especialmente en contextos de cuidado o dependencia.

En segundo lugar, se aprecia que en algunos testimonios de las víctimas existe una tendencia a la autojustificación de los episodios violentos que han sufrido, al considerar que estos han sido provocados por las propias necesidades derivadas de la discapacidad o por dificultades de comprensión. Esta internalización de la responsabilidad contribuye a minimizar la violencia y dificulta su reconocimiento.

En otras ocasiones, ha sido la falta de credibilidad hacia el testimonio de la víctima lo que ha impedido la detección de la violencia por parte del entorno inmediato; situación que se ve agravada cuando las mujeres tenían dificultades de expresión o comunicación. Esta desconfianza ha limitado la validación de sus relatos, actuando como un obstáculo relevante para la detección de la violencia que han sufrido.

Además, el estudio ha puesto de relieve la aceptación por parte de algunas mujeres con discapacidad de la violencia y el maltrato como consecuencia de la dependencia vital respecto de la persona agresora y del miedo a perder el lugar de residencia o los apoyos necesarios para su vida diaria. Esta ha sido una de las razones más frecuentes expresadas por las mujeres con discapacidad para no denunciar o romper con la situación de violencia, ante el temor de salir de casa dejando atrás todo lo que tenían.

La ocultación interesada de casos de violencia hacia mujeres y niñas con discapacidad, tanto en el entorno familiar como en el institucional, ha

sido también una de las razones que ha impedido su detección, y que ha estado motivada por la voluntad de preservar la reputación y el buen nombre de la familia o de la institución donde se ha cometido. En estos contextos, el aislamiento aparece como un factor agravante, especialmente en entornos rurales, institucionales o en otros entornos cerrados y segregados, donde la falta de supervisión externa y de interacción social incrementa el riesgo de que la violencia permanezca oculta.

Pero el análisis de los casos considerados ha evidenciado también la ocultación de la discapacidad por parte de algunas víctimas, especialmente cuando las mujeres han creído que ésta circunstancia podría jugar en su contra; por ejemplo, en situaciones relacionadas con el miedo a perder la custodia de sus hijos e hijas.

Finalmente, se ha constatado una situación de soledad no deseada por parte de las víctimas, que en muchos casos no han contado con redes de apoyo que les hayan facilitado la identificación de la violencia o acompañarlas en la búsqueda de ayuda. Esta ausencia de apoyo refuerza la invisibilidad de la violencia y dificulta la activación de mecanismos de protección.

4.2.3.3. En relación con la atención y protección de las víctimas con discapacidad

La atención y protección de las mujeres con discapacidad víctimas de violencia presenta importantes carencias que evidencian la insuficiente adaptación de los sistemas existentes a las necesidades específicas derivadas de la intersección entre género y discapacidad. Tal y como pone de manifiesto el estudio, no solo se trata de un acceso limitado a los recursos, sino de la ausencia de un enfoque estructurado que garantice una protección efectiva, continuada y ajustada a las circunstancias particulares de estas mujeres, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad como los entornos institucionales o rurales.

Se constata la inexistencia de mecanismos específicos de protección dirigidos a mujeres con discapacidad, incluidas aquellas que se encuentran institucionalizadas, orientados a prevenir la violencia o evitar su reiteración. Esta ausencia resulta especialmente preocupante en instituciones y otros entornos cerrados, donde las relaciones de dependen-

cia y las limitaciones en la autonomía incrementan el riesgo de violencia sin que existan dispositivos específicos que la anticipen o la contengan.

Asimismo, no se tiene constancia de que en ninguno de los casos analizados se haya realizado una evaluación del riesgo que tenga en cuenta la condición de discapacidad de la víctima. En el mejor de los supuestos, estas mujeres han sido consideradas vulnerables en términos genéricos, sin incorporar un análisis específico de los factores que agravan su exposición a la violencia. Resulta especialmente significativo que ninguna de las mujeres entrevistadas haya estado incluida en el sistema VioGén, lo que pone de relieve la falta de integración de la discapacidad en los sistemas de valoración y protección existentes.

El estudio ha evidenciado igualmente que la mayoría de las mujeres con discapacidad participantes no iniciaron acciones legales contra sus agresores, lo que ha supuesto, en la práctica, su exclusión de los mecanismos formales de protección. Esta circunstancia pone de relieve la existencia de un modelo de atención que, de facto, condiciona el acceso a la protección institucional a la interposición de denuncia, dejando sin cobertura a un número significativo de víctimas.

En aquellos casos en los que se ha producido algún acceso a recursos, este se ha limitado fundamentalmente a servicios locales de atención a víctimas de violencia de género, generalmente gestionados por los ayuntamientos. Sin embargo, ninguna de las mujeres ha tenido acceso a casas de acogida del sistema general, siendo derivadas a pisos específicos para víctimas con discapacidad gestionados por organizaciones del ámbito de la discapacidad, lo que evidencia una respuesta fragmentada y no plenamente inclusiva.

El análisis de los casos considerados también pone de relieve la existencia de experiencias de colaboración entre organizaciones del ámbito de la discapacidad y servicios especializados en violencia de género, particularmente en el medio rural. Estas colaboraciones han permitido, en muchos casos, orientar a los profesionales sobre cómo intervenir y apoyar a las víctimas con discapacidad desde sus propias organizaciones, constituyendo una práctica relevante, aunque aún insuficiente y dependiente de iniciativas concretas más que de una estrategia institucional consolidada.

Finalmente, en los 30 casos analizados no se tiene constancia de la existencia de asistencia personal en el ámbito de la atención a mujeres con discapacidad víctimas de violencia. Esta ausencia supone una limitación significativa para garantizar su autonomía, su seguridad y su capacidad real de acceder y sostener procesos de protección y recuperación, evidenciando una carencia estructural en la incorporación de apoyos clave dentro del sistema de atención.

4.2.3.4. En relación con la rehabilitación y reintegración social de las mujeres con discapacidad víctimas de violencia

La rehabilitación y reintegración social de las mujeres con discapacidad víctimas de violencia constituye una dimensión esencial para garantizar no solo la superación del daño sufrido, sino también la recuperación de su autonomía, su bienestar y su proyecto vital en condiciones de igualdad. Sin embargo, el análisis de los casos pone de manifiesto una ausencia significativa de respuestas institucionales estructuradas en esta fase, evidenciando que los sistemas de atención no incorporan de manera efectiva un enfoque interseccional que atienda de forma específica las necesidades derivadas de la violencia en mujeres con discapacidad.

En este sentido, resulta especialmente relevante que ninguna de las mujeres con discapacidad que han participado en el estudio haya sido beneficiaria de un programa especializado de rehabilitación dirigido a víctimas de violencia de género. En los escasos casos en los que se ha producido algún tipo de intervención, esta se ha limitado a servicios de atención psicológica ofrecidos por organizaciones del ámbito de la discapacidad, o, de manera excepcional, a servicios privados costeados por las propias mujeres. La mayoría de ellas, sin embargo, no ha recibido ningún tipo de apoyo terapéutico orientado a abordar y superar el impacto psicológico y emocional derivado de la violencia sufrida, lo que compromete gravemente sus procesos de recuperación y reparación.

Por otro lado, el estudio ha puesto de manifiesto que varias de las mujeres participantes, pese a haber sido víctimas de violencia, no cuentan con un reconocimiento administrativo de su discapacidad. Esta situación resulta especialmente significativa si se tiene en cuenta la

existencia de medidas que priorizan la certificación de la discapacidad en casos de violencia de género, las cuales no se han materializado en ninguno de los casos analizados. Además, incluso en aquellos supuestos en los que la violencia ha tenido un impacto directo en el agravamiento de la condición de discapacidad, no se ha producido ninguna revisión del baremo correspondiente. Esta falta de reconocimiento y actualización limita el acceso a derechos, apoyos y recursos, y evidencia una desconexión entre los sistemas de protección frente a la violencia y los mecanismos de valoración de la discapacidad.

4.2.3.5. En relación con el enjuiciamiento de los autores de la violencia contra mujeres con discapacidad

El análisis de los casos pone de manifiesto que, en la inmensa mayoría de las situaciones estudiadas, la persona agresora pertenece al entorno más cercano de la víctima, ya sea la pareja, un familiar, un profesional del ámbito educativo o una persona cuidadora. Esta circunstancia no puede analizarse al margen de la percepción social existente tanto sobre las mujeres con discapacidad como sobre quienes las atienden, en la que confluyen estereotipos de género y discapacidad profundamente arraigados. Mientras que las mujeres con discapacidad son frecuentemente infantilizadas, deslegitimadas o consideradas poco creíbles, las personas de su entorno, especialmente aquellas que ejercen funciones de cuidado, son percibidas socialmente bajo una valoración positiva que dificulta cuestionar su conducta. Estas percepciones condicionan de manera directa la reacción del entorno y tienen consecuencias significativas en el desarrollo y resultado de los procesos de enjuiciamiento.

En este contexto, se observa una tendencia a la sobrevaloración positiva de la figura de la persona cuidadora, especialmente cuando no presenta discapacidad, lo que genera una presunción implícita de buen comportamiento que actúa como barrera para reconocer la posibilidad de que ejerza violencia. Esta construcción social dificulta la credibilidad del testimonio de la víctima y contribuye a la minimización o negación de los hechos. Asimismo, en aquellos casos en los que tanto la víctima como la persona agresora tienen discapacidad, se ha identificado una interpretación errónea de la violencia como una situación compartida o recíproca,

diluyendo la responsabilidad del agresor. Este enfoque invisibiliza las relaciones de poder existentes y dificulta una adecuada calificación jurídica de los hechos, afectando negativamente al enjuiciamiento.

El análisis también pone de relieve la persistencia de dinámicas de ocultación en el ámbito familiar, especialmente en situaciones de violencia intrafamiliar o incesto, donde prevalece la protección de la unidad familiar o del prestigio social frente a la garantía de los derechos de la víctima. Esta ocultación impide que los hechos salgan a la luz y limita el acceso a la justicia.

De manera paralela, se constata que determinadas instituciones tienden a minimizar u ocultar los casos de violencia cuando los hechos implican a su propio personal, priorizando la protección de su reputación y funcionamiento interno. Esta respuesta institucional contribuye a la invisibilización de la violencia y dificulta tanto su investigación como su enjuiciamiento.

Finalmente, el estudio identifica la existencia de vulneraciones graves de las garantías procesales en los procedimientos judiciales, incluyendo la inversión indebida de la carga de la prueba o la adopción de enfoques que sitúan a la víctima en una posición de sospecha. Estas prácticas se ven agravadas por la persistencia de resoluciones y sentencias con un marcado carácter discriminatorio, que reproducen estereotipos sobre la discapacidad, cuestionan la credibilidad de las mujeres y, en algunos casos, llegan a atribuirles una supuesta corresponsabilidad en los hechos, comprometiendo gravemente el acceso a una justicia efectiva en condiciones de igualdad.

4.2.3.6. En relación con el acceso a la justicia de las mujeres con discapacidad

Las mujeres con discapacidad enfrentan serias dificultades para acceder al sistema de justicia, lo que limita de manera significativa el ejercicio efectivo de sus derechos. En los escasos casos en los que logran iniciar un proceso judicial, se encuentran con obstáculos estructurales que afectan al desarrollo del procedimiento y a su resultado, incluyendo la persistencia de prejuicios y estereotipos que cuestionan su credibilidad, así como resoluciones que no incorporan un enfoque de

derechos humanos, género y discapacidad, generando situaciones de revictimización.

Uno de los principales obstáculos identificados es la falta de acceso a una asistencia jurídica gratuita adecuada. Las mujeres con discapacidad se enfrentan a barreras económicas y administrativas que dificultan el acceso a la defensa y a la reparación, a lo que se suma la ausencia de formación especializada en discapacidad, género y edad por parte de los profesionales del turno de oficio, lo que limita la calidad de la asistencia prestada y su adecuación a las necesidades específicas de estas mujeres.

El sistema de justicia no garantiza condiciones de accesibilidad adecuadas ni incorpora de manera sistemática ajustes de procedimiento adaptados a la edad, el género y el tipo de discapacidad. Persisten importantes barreras en el acceso a la información y a la comunicación en formatos accesibles, así como en la provisión de asistencia humana, productos y tecnologías de apoyo elegidos por las propias mujeres, lo que dificulta su participación efectiva en los procesos judiciales.

Asimismo, no se ha incorporado de manera efectiva la figura de la facilitación procesal como apoyo especializado e independiente que permita a las mujeres con discapacidad comprender y participar en los procedimientos judiciales en condiciones de igualdad. Esta carencia se traduce en situaciones especialmente problemáticas, como la ausencia de apoyos diferenciados o la utilización de recursos compartidos entre las partes, comprometiendo las garantías del proceso.

Las distintas secciones judiciales especializadas no cuentan con los recursos necesarios para garantizar instalaciones, servicios y procedimientos plenamente inclusivos y accesibles. Tampoco se ha desarrollado de forma efectiva su funcionamiento con la incorporación obligatoria de la perspectiva de género y la formación específica en discapacidad, lo que contribuye a la dispersión competencial y dificulta una protección integral ajustada a las necesidades de las mujeres y niñas con discapacidad.

Se constata igualmente la ausencia de una formación obligatoria y continuada en género y discapacidad para el conjunto de los actores

del sistema judicial, incluyendo la judicatura, la fiscalía, el personal letrado, los turnos especializados y los equipos psicosociales y forenses. Esta carencia favorece la persistencia de barreras simbólicas, prejuicios y estereotipos que inciden negativamente tanto en el acceso a la justicia como en la valoración de los casos.

El análisis pone de relieve, además, la inexistencia de programas de formación y empoderamiento dirigidos a mujeres y niñas con discapacidad, especialmente aquellas que viven en zonas rurales o en contextos institucionalizados, así como a madres de hijos e hijas con discapacidad. La falta de conocimiento sobre los recursos legales disponibles, los mecanismos de denuncia o el acceso a la asistencia jurídica gratuita limita su capacidad para ejercer derechos y acceder a la reparación.

Finalmente, se evidencia la ausencia de un desarrollo reglamentario de la figura de la facilitación procesal, lo que impide su consolidación como un apoyo estructural dentro de la Administración de Justicia. Esta falta de regulación limita su implementación efectiva y priva a las mujeres con discapacidad de un recurso clave para garantizar la accesibilidad, la comprensión del proceso y su participación en condiciones de igualdad.

4.2.3.7. En relación con los recursos de apoyo

En las entrevistas se reconoce una mayor respeto y conciencia hacia la discapacidad, frente a un pasado marcado por la ausencia casi total de esta problemática en la agenda política. En la actualidad existe un mayor reconocimiento discursivo de la necesidad de incorporar la perspectiva de discapacidad en la intervención frente a la violencia de género. Este cambio se refleja, por ejemplo, en el desarrollo de acciones formativas específicas, en la adaptación progresiva de materiales informativos a criterios de accesibilidad (lectura fácil, canales alternativos de comunicación) y en el establecimiento de colaboraciones con entidades especializadas del ámbito de la discapacidad, aspectos que son valorados de manera positiva como pasos necesarios, aunque todavía insuficientes.

Al mismo tiempo, se han señalado barreras significativas como la fragmentación del sistema de recursos, la falta de mecanismos sistemáti-

cos de detección y registro, en particular de discapacidades no visibles o sobrevenidas como consecuencia de la violencia. Se constata también como las situaciones de discapacidad, el lugar de residencia, los discursos capacitistas, los códigos culturales se entrelazan y refuerzan mutuamente, generando experiencias específicas de exclusión y vulneración de derechos de estas mujeres.

Frente a ello, se identifican como elementos clave de mejora el acompañamiento profesional sostenido, la formación especializada, la accesibilidad universal y la incorporación efectiva de la voz y la experiencia de las mujeres con discapacidad en el diseño de políticas y recursos.

5. Conclusiones generales del estudio

El estudio ofrece una aproximación integral a la violencia contra las mujeres con discapacidad, combinando el análisis del marco normativo, la explotación de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024, el estudio documental de los recursos existentes y las entrevistas realizadas tanto a mujeres con discapacidad que han sufrido violencia como a profesionales vinculadas a los servicios de atención. La articulación de estas fuentes permite identificar coincidencias entre los distintos niveles analizados y comprender la violencia como un fenómeno estructural relacionado con la interacción entre las desigualdades de género, la discapacidad, la dependencia, el aislamiento social y las barreras institucionales.

El marco legislativo muestra avances en el reconocimiento de las mujeres con discapacidad dentro de las políticas contra la violencia, especialmente en las normas más recientes. Sin embargo, persisten diferencias importantes entre territorios y una presencia todavía limitada de la discapacidad en buena parte de la normativa. Las medidas existentes se concentran con frecuencia en la accesibilidad de la información y de las campañas, sin extenderse de manera suficiente a la accesibilidad física, comunicativa y cognitiva de los recursos, los procedimientos y los servicios especializados. También continúa siendo habitual el uso genérico de la categoría de personas con discapacidad, sin incorporar de forma suficientemente precisa la intersección entre género y discapacidad.

La explotación de la Macroencuesta confirma que las mujeres con discapacidad parten de una posición social y relacional más desfavorable.

Presentan menores niveles de integración social, redes personales más limitadas y una menor disponibilidad de apoyos inmediatos, factores que condicionan tanto la posibilidad de identificar la violencia como la de pedir ayuda o abandonar una situación de maltrato. Estas desigualdades de partida resultan especialmente relevantes porque la violencia no puede interpretarse únicamente mediante un indicador agregado, sino atendiendo a sus distintas formas y a los contextos sociales en los que se producen.

Aunque la prevalencia global de las violencias consideradas presenta diferencias reducidas según las necesidades de apoyo funcional, las desigualdades se hacen más visibles al analizar cada forma concreta. Las mujeres con discapacidad presentan prevalencias más elevadas de violencia económica, emocional y física, así como de miedo. Las formas más graves de violencia sexual también alcanzan valores superiores en determinados grupos, aunque algunas estimaciones deben interpretarse con cautela por el reducido número de casos. La menor declaración de acoso sexual entre las mujeres con mayores necesidades de apoyo no puede entenderse como una menor vulnerabilidad, ya que puede estar relacionada con una participación más reducida en espacios laborales, educativos, sociales o digitales y con condiciones menos favorables para revelar la violencia.

Las condiciones de administración de la encuesta introducen además una cuestión relevante para la interpretación de los resultados. Conforme aumentan las necesidades de apoyo funcional, también aumenta la realización de entrevistas presenciales dentro de la vivienda y en presencia de terceras personas. Estas condiciones reducen potencialmente la intimidad y la autonomía para responder y pueden dificultar la revelación de determinadas experiencias, especialmente entre las mujeres con discapacidad intelectual o cognitiva y entre quienes dependen de otras personas para su vida cotidiana.

El análisis de las entrevistas a mujeres permite comprender estas desigualdades desde sus trayectorias vitales. La violencia aparece con frecuencia como un fenómeno continuado y acumulativo, iniciado en algunos casos durante la infancia o la adolescencia y prolongado posteriormente en la pareja, la familia, los contextos de cuidados, el empleo, la educación o las instituciones. Las experiencias recogidas in-

cluyen violencia física, psicológica, sexual y económica, pero también negligencia, privación de apoyos, violencia institucional, vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos y utilización de la discapacidad o de los diagnósticos de salud mental para desacreditar el testimonio y limitar la autonomía de las mujeres.

La dependencia funcional, económica o emocional constituye un elemento recurrente. En numerosos casos, la persona agresora pertenece al entorno más próximo y es también quien proporciona cuidados, vivienda, recursos económicos o apoyos cotidianos. Esta relación dificulta el reconocimiento de la violencia y aumenta el temor a perder el domicilio, los cuidados, la custodia de los hijos e hijas o los apoyos necesarios. La maternidad y la existencia de personas dependientes a cargo pueden intensificar estas barreras, especialmente cuando la discapacidad de la mujer es utilizada para cuestionar su capacidad materna o para amenazarla con la pérdida de la custodia.

La detección se ve obstaculizada por la normalización de la violencia, la falta de formación para reconocerla, la autoculpabilización, la escasa credibilidad concedida a los testimonios y la ocultación de los casos por parte de familias o instituciones. La falta de redes de apoyo y el aislamiento, particularmente en entornos rurales, institucionalizados o segregados, refuerzan esta invisibilidad. Algunas mujeres ocultan además su propia discapacidad ante los servicios o los tribunales por temor a que sea utilizada en su contra, lo que les impide acceder a los ajustes y apoyos que necesitarían.

El acceso a los recursos formales suele producirse de manera tardía y, con frecuencia, gracias a la mediación de una persona de confianza, una profesional sanitaria o una entidad del ámbito de la discapacidad. Las redes informales y el movimiento asociativo desempeñan así un papel central en la revelación, la orientación y el acompañamiento. Cuando los servicios especializados son utilizados, algunas experiencias se valoran positivamente, pero persisten barreras relacionadas con el desconocimiento de los recursos, la insuficiencia de la atención psicológica, la falta de accesibilidad y la ausencia de acompañamiento sostenido.

La protección continúa vinculada de hecho a la interposición de una denuncia, lo que deja fuera a muchas mujeres que no pueden o no

desean iniciar acciones legales. Los casos analizados no muestran evaluaciones del riesgo que incorporen de manera específica la discapacidad, y las medidas de protección disponibles resultan con frecuencia insuficientes o discontinuas. Tampoco se constata un acceso generalizado a asistencia personal, alojamientos accesibles o programas especializados de rehabilitación y reintegración social. La atención psicológica o psiquiátrica recibida suele centrarse en la discapacidad o en la salud mental, sin integrar adecuadamente el impacto de la violencia.

El acceso a la justicia presenta obstáculos adicionales. Persisten prejuicios que cuestionan la credibilidad de las mujeres con discapacidad, una insuficiente formación especializada entre los distintos operadores jurídicos y carencias en materia de accesibilidad, ajustes de procedimiento y facilitación procesal. En algunos casos, la valoración positiva de la persona cuidadora o del entorno familiar contribuye a minimizar los hechos, mientras que la discapacidad de la víctima puede situarla en una posición de sospecha o descrédito. Estas condiciones favorecen la revictimización y limitan el acceso efectivo a la protección, el enjuiciamiento y la reparación.

El análisis documental de los recursos muestra un sistema amplio, mayoritariamente público y fuertemente apoyado en los servicios sociales. Su orientación es, sin embargo, predominantemente reactiva: la atención y la rehabilitación concentran la mayor parte de las actuaciones, mientras que la prevención y, especialmente, la reparación presenta un desarrollo menor. Las ONG y asociaciones desempeñan funciones relevantes de acompañamiento, sensibilización y conexión entre sistemas, mientras que el sistema educativo mantiene una presencia limitada pese a su potencial preventivo y de detección temprana.

Existe además una distancia clara entre el reconocimiento de la discapacidad y su incorporación efectiva al funcionamiento ordinario de los servicios. Las referencias a la discapacidad y los avances en accesibilidad aparecen con mayor frecuencia en la normativa, las guías, los protocolos, la formación y la sensibilización que, en los dispositivos de atención directa, alojamiento y protección. Los recursos tienden, por tanto, a reconocer la discapacidad en el plano discursivo, pero solo una parte minoritaria adapta de forma suficiente sus procedimientos, infraestructuras y formas de intervención.

Las entrevistas a profesionales confirman que se ha producido una mayor respeto y conciencia institucional y un avance respecto a etapas anteriores. Se han desarrollado materiales accesibles, acciones formativas y colaboraciones con entidades especializadas. No obstante, estas mejoras continúan siendo parciales y dependen con frecuencia de iniciativas concretas. La fragmentación entre los sistemas de violencia de género y discapacidad, la falta de mecanismos sistemáticos de detección y registro y la insuficiente atención a las discapacidades no visibles o sobrevenidas siguen condicionando la respuesta.

En conjunto, el estudio describe un sistema que ha avanzado en el reconocimiento normativo y discursivo de la violencia contra las mujeres con discapacidad, pero que todavía presenta dificultades para traducir ese reconocimiento en respuestas plenamente accesibles, continuadas e inclusivas. La principal distancia se sitúa entre la formulación de derechos y su aplicación práctica en los ámbitos donde las mujeres necesitan protección, apoyos, alojamiento, atención especializada, justicia y reparación. La mejora de la respuesta requiere superar la fragmentación institucional, reforzar la prevención y la detección temprana, garantizar la accesibilidad universal y los ajustes razonables, proporcionar acompañamiento sostenido e incorporar de manera efectiva la voz y la experiencia de las propias mujeres en el diseño, desarrollo y evaluación de las políticas y los recursos.

5.1. Retos y orientaciones para la investigación

El análisis de la violencia ejercida contra las mujeres con discapacidad exige abordar de manera conjunta los retos derivados tanto del proceso de investigación empírica como de la evaluación de las respuestas institucionales y sociales destinadas a su abordaje. La complejidad de este campo de estudio no se limita a la dificultad de acceder a experiencias profundamente atravesadas por la desigualdad y la dependencia, sino que se extiende a la necesidad de examinar críticamente los marcos normativos, las políticas públicas y los servicios especializados que configuran la respuesta social frente a esta forma específica

de violencia. En este sentido, la investigación se sitúa en un espacio de tensión entre la producción de conocimiento y la evaluación de la acción pública y social.

Desde una perspectiva metodológica y ética, los retos que se presentan en este ámbito están estrechamente interrelacionados. Las dificultades para identificar casos, garantizar la participación voluntaria y segura de las mujeres con discapacidad o visibilizar violencias ocultas y normalizadas se conectan directamente con las limitaciones estructurales de los sistemas de prevención, detección, protección y reparación. Al mismo tiempo, las carencias observadas en la respuesta de la Administración pública y de las entidades sociales condicionan el propio desarrollo de la investigación, al influir en el acceso a la información, en la disponibilidad de datos fiables y en la posibilidad de contrastar los relatos de las víctimas con los mecanismos institucionales existentes.

En este contexto, el presente apartado tiene como objetivo identificar y sistematizar los principales retos encontrados, así como establecer orientaciones que permitan fortalecer tanto la investigación sobre la violencia contra las mujeres con discapacidad como el análisis crítico de las respuestas institucionales y sociales de la política pública. Para ello, se articulan dos líneas de trabajo complementarias: por un lado, el examen de los desafíos específicos asociados a la investigación basada en el análisis de casos de mujeres con discapacidad víctimas de violencia; y, por otro, la reflexión sobre los criterios y herramientas necesarias para evaluar la adecuación, accesibilidad y eficacia de los servicios especializados impulsados por la Administración pública y las entidades sociales, desde un enfoque interseccional y de derechos humanos.

Una investigación cualitativa centrada en el análisis de casos de mujeres con discapacidad víctimas de violencia presenta una serie de retos específicos que la distinguen de otros estudios sobre violencia de género, tanto por la complejidad de las realidades analizadas como por las exigencias éticas, metodológicas y jurídicas que conlleva. La intersección entre género, discapacidad y violencia configura un campo de estudio marcado por la desigualdad estructural, la dependencia, la invisibilidad social y la persistencia de relaciones

de poder profundamente asimétricas. Estas características obligan a repensar los enfoques tradicionales de investigación y a adoptar orientaciones que garanticen el respeto a los derechos humanos de las mujeres participantes, evitando reproducir dinámicas de dominación o revictimización.

Uno de los primeros y más relevantes retos ha sido la **identificación de casos de mujeres con discapacidad víctimas de violencia**. El acceso a estas mujeres se ve dificultado por múltiples factores, entre los que destacan el aislamiento social, la mediación de terceras personas en su vida cotidiana y la escasa visibilidad pública de las violencias que sufren. En el contexto de este estudio, se ha considerado fundamental evitar cualquier forma de revictimización, entendida no solo como la reiteración del relato de experiencias traumáticas, sino también como la generación de situaciones en las que las mujeres puedan sentirse instrumentalizadas o moralmente obligadas a participar en la investigación.

Este riesgo resulta especialmente significativo cuando las mujeres se encuentran vinculadas al movimiento asociativo de la discapacidad, ya sea como usuarias de servicios, activistas o colaboradoras. En estos casos, puede emerger una sensación de compromiso implícito con la investigación, basada en sentimientos de gratitud, lealtad o deuda hacia las organizaciones que las apoyan o hacia el equipo de investigación. Para contrarrestar esta dinámica, se ha priorizado una aproximación ética basada en el consentimiento libre, informado y plenamente voluntario, subrayando de manera explícita que la participación no era en ningún caso una obligación ni una forma de retribución, y que la negativa a participar o la retirada del estudio no tendría consecuencias de ningún tipo.

Asimismo, se ha prestado especial atención a la forma en que se realizaba la invitación a participar, evitando discursos que pudieran apelar a la responsabilidad colectiva o al compromiso militante, y poniendo el acento en el bienestar, la autonomía y la capacidad de decisión de cada mujer. Esta orientación ha supuesto, en algunos casos, una reducción del número de participantes potenciales, pero se ha considerado una condición indispensable para garantizar una investigación respetuosa y no extractiva.

Otro reto central ha sido garantizar que la composición de la muestra permitiera **visibilizar las formas particulares y menos reconocidas de violencia que afectan a las mujeres con discapacidad**. Estas violencias no siempre se corresponden con las categorías más conocidas o socialmente legitimadas, como la violencia física o la agresión sexual, sino que incluyen prácticas profundamente normalizadas y ocultas, como el incesto, la explotación sexual, la negligencia grave en el cuidado, la privación de autonomía, el control coercitivo o determinadas formas de violencia ejercidas bajo la apariencia de cuidado.

La dificultad para acceder a estos casos se ve agravada por la existencia de vínculos emocionales complejos entre las víctimas y las personas que ejercen la violencia, especialmente cuando se trata de familiares o cuidadores. En muchas situaciones, las mujeres experimentan una fuerte dependencia emocional y material, así como sentimientos de culpa o deuda hacia su entorno, lo que dificulta enormemente el reconocimiento de los hechos como violencia y, más aún, su verbalización ante terceras personas.

Desde el punto de vista metodológico, se ha asumido que muchas de estas violencias emergen de forma progresiva en el relato, a medida que se construye un espacio de confianza y se ofrecen marcos interpretativos que permiten resignificar experiencias previamente naturalizadas. En este sentido, la investigación no ha partido de categorías cerradas, sino que ha adoptado una lógica inductiva, atenta a la diversidad de trayectorias vitales y a la pluralidad de formas que adopta la violencia contra la mujer en contextos de discapacidad.

La ocultación de la violencia constituye otro de los grandes retos, especialmente en aquellos contextos institucionales en los que residen mujeres con discapacidad. En estos espacios cerrados y segregados, la violencia puede manifestarse de manera directa, pero también a través de prácticas estructurales de control, infantilización, negligencia o abuso de poder que rara vez son reconocidas como tales. El acceso a estas instituciones resulta particularmente complejo, dado que muchas de las mujeres residentes se encuentran en situación de tutela o curatela, lo que limita su capacidad formal para consentir la participación en investigaciones externas y refuerza la posición de control de la propia institución.

Además, existe una resistencia significativa por parte de algunas organizaciones a permitir la entrada de personas investigadoras, motivada tanto por el temor a posibles denuncias como por la tendencia a minimizar o negar la existencia de situaciones de violencia en su interior. Esta ocultación se ve reforzada por el miedo de las propias mujeres residentes a sufrir represalias, a perder apoyos o a empeorar sus condiciones de vida si expresan críticas o relatan experiencias de abuso. Ante este escenario, la investigación se enfrenta a un dilema ético de difícil resolución: cómo visibilizar estas violencias sin poner en riesgo a las mujeres ni vulnerar su derecho a la intimidad y a la protección.

En el marco de este estudio, se ha optado por no forzar el acceso a instituciones cerradas y por priorizar los testimonios de mujeres que han pasado por estos recursos y que se encuentran en una situación de mayor autonomía para expresar su experiencia. No obstante, se reconoce que esta decisión implica una limitación en el alcance del análisis y que la violencia institucional continúa siendo una de las dimensiones más invisibilizadas y menos investigadas de la violencia contra las mujeres con discapacidad.

La creación de un espacio seguro y de confianza para el desarrollo de las entrevistas ha constituido otro de los principales retos del estudio. Trabajar con relatos de violencia exige condiciones específicas que permitan a las participantes expresarse sin miedo, sin presión y sin sentirse juzgadas o instrumentalizadas. En el caso de las mujeres con discapacidad, estas condiciones deben adaptarse a una amplia diversidad de necesidades, que no pueden abordarse únicamente desde una concepción estándar de la accesibilidad.

Por ello, el estudio ha adoptado una visión amplia de los ajustes razonables, que incluye no solo medidas clásicas como la adaptación de formatos, la eliminación de barreras físicas o el uso de apoyos a la comunicación, sino también otras estrategias vinculadas a las condiciones emocionales, cognitivas y relacionales de cada mujer. Entre estas estrategias se encuentran la flexibilidad en la duración y el número de sesiones, la posibilidad de interrumpir o retomar la entrevista en cualquier momento, la elección del espacio por parte de la participante y la adaptación del lenguaje y del ritmo de la conversación.

Esta orientación metodológica parte del reconocimiento de que la accesibilidad es un proceso relacional y situado, que exige una escucha activa y una disposición constante a ajustar el diseño de la investigación a las necesidades reales de las participantes. En este sentido, la creación de un espacio seguro no se concibe como un requisito previo, sino como una construcción progresiva que se desarrolla a lo largo de todo el proceso de investigación.

Otro aspecto especialmente relevante ha sido la cuestión de la **conciencia plena de ser víctima de violencia**. En el transcurso del estudio se ha constatado que muchas mujeres con discapacidad pueden identificar las formas más evidentes de violencia, como la agresión física, pero presentan mayores dificultades para reconocer otras prácticas como violencia, especialmente cuando estas han sido normalizadas en su entorno o se han ejercido bajo el discurso del cuidado, la protección o la disciplina. Esta falta de reconocimiento no debe interpretarse como una carencia individual, sino como el resultado de un contexto social que invisibiliza sistemáticamente las violencias específicas que afectan a las mujeres con discapacidad.

La ausencia de educación afectivo-sexual inclusiva, la escasez de referentes y la falta de reconocimiento institucional de estas violencias contribuyen a que determinadas experiencias no sean autopercibidas como problemáticas o denunciables. Desde el punto de vista de la investigación, esta realidad obliga a adoptar una posición especialmente cuidadosa, que evite imponer categorías externas de victimización, pero que al mismo tiempo permita identificar como violentas determinadas conductas y prácticas. El objetivo no ha sido etiquetar a las mujeres como víctimas, sino ofrecer herramientas interpretativas que amplíen la comprensión de la violencia como fenómeno estructural y relacional.

La capacidad jurídica y la libertad real para expresar la propia opinión constituyen otro de los grandes retos del estudio. A pesar de los avances normativos orientados al reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, muchas mujeres continúan enfrentándose a restricciones formales o informales que limitan su autonomía decisoria. Estas limitaciones pueden adoptar la forma de tutelas o curatelas, pero también de controles familiares, instituciona-

les o económicos que condicionan su capacidad para hablar libremente sobre su experiencia.

El miedo a las represalias por parte de la familia o de la institución es un factor determinante que atraviesa todo el proceso de investigación. Este temor no siempre se expresa de manera explícita, pero se manifiesta en la autocensura, en la selección cuidadosa de los contenidos compartidos o en la negativa a abordar determinados episodios. Para mitigar este riesgo, se han extremado las garantías de confidencialidad y anonimato, y se ha procurado que la investigación no fuera percibida como un mecanismo de control, evaluación o denuncia, sino como un espacio autónomo de escucha y reflexión.

Otro reto importante ha sido el **acceso a mujeres que han adquirido una discapacidad como consecuencia directa de la violencia de género.** En estos casos, el proceso de reconocimiento de la discapacidad se superpone al trauma de la violencia, generando itinerarios vitales especialmente complejos. Aunque recientemente se han introducido cambios normativos destinados a acelerar los procedimientos de reconocimiento oficial de la discapacidad para las víctimas de violencia, estableciendo plazos que no deberían superar los seis meses, la realidad muestra que estos plazos no siempre se cumplen. Esta demora tiene consecuencias directas sobre el acceso a derechos, recursos y apoyos, y dificulta la participación de estas mujeres en investigaciones, al encontrarse en procesos aún no resueltos de autopercepción y valoración administrativa de la discapacidad.

La violencia vicaria constituye otro de los retos abordados en el estudio, en tanto se trata de un fenómeno que, aunque ha comenzado a adquirir visibilidad en el debate público, carece todavía de un desarrollo normativo específico y de estudios sistemáticos en relación con la discapacidad. En el caso de las mujeres con discapacidad, la violencia vicaria puede adoptar formas particulares, afectando no solo a hijos e hijas, sino también a personas dependientes, redes de apoyo o incluso a la propia autonomía personal de la mujer. La ausencia de precedentes investigativos y de reconocimiento legal dificulta su identificación y análisis, lo que obliga a trabajar en un campo aún incipiente y en construcción.

Otro reto significativo ha sido el **acceso a las sentencias judiciales** relacionadas con violencia contra mujeres con discapacidad. En el sistema jurídico español, no todas las sentencias son públicas ni accesibles para la investigación. Aunque el principio de publicidad de las actuaciones judiciales está recogido en el artículo 120 de la Constitución Española, este principio se ve limitado por la necesidad de proteger datos personales y por la especial conciencia de determinados procedimientos, como los relativos a violencia de género, menores o personas con discapacidad.

La difusión de las resoluciones judiciales se realiza fundamentalmente a través del Centro de Documentación Judicial del Consejo General del Poder Judicial, pero la selección de las sentencias que se publican responde a criterios de relevancia jurídica y no a la necesidad de visibilizar determinadas problemáticas sociales. Además, los sistemas de búsqueda disponibles no permiten incorporar la discapacidad como criterio de filtrado en categorías específicas, lo que dificulta enormemente la identificación de casos y la realización de análisis sistemáticos sobre el tratamiento judicial de la violencia contra mujeres con discapacidad. Esta limitación contribuye a la invisibilidad de estas violencias en el ámbito jurisprudencial y supone un obstáculo significativo para la investigación.

Finalmente, el alcance del estudio se ha visto condicionado por la **limitación de recursos económicos disponibles**. Esta restricción ha afectado tanto al tamaño de la muestra como a la duración del trabajo de campo y a la posibilidad de incorporar equipos interdisciplinarios más amplios. No obstante, esta limitación no invalida los resultados obtenidos, sino que pone de manifiesto la necesidad de una mayor inversión en investigación sobre violencia y discapacidad. Al mismo tiempo, refuerza la relevancia del estudio como punto de partida para futuras investigaciones que profundicen y amplíen el conocimiento sobre las múltiples formas de violencia que afectan a las mujeres con discapacidad.

6. Orientaciones clave para el diseño y la planificación de la política pública

6.1. Orientaciones para la atención a las mujeres con discapacidad víctimas de violencia

La atención a las mujeres y niñas con discapacidad víctimas de violencia o abuso exige una respuesta integral, coherente y sostenida en el tiempo, capaz de dar cuenta de la complejidad de las situaciones a las que se enfrentan. La violencia que sufren no se produce de manera aislada ni responde a un único patrón, sino que adopta múltiples formas y se manifiesta en contextos diversos, tanto en el ámbito privado como en el público, incluyendo el entorno familiar, comunitario e institucional. Esta diversidad de situaciones obliga a articular respuestas que no sean fragmentarias ni puntuales, sino estructuradas y continuadas, que aborden la violencia desde una perspectiva global.

Una atención adecuada debe tener en cuenta, de manera simultánea, la condición de mujer y la situación de discapacidad, entendiendo que ambas interactúan y generan riesgos específicos de violencia y abuso. Las mujeres y niñas con discapacidad pueden enfrentarse a mayores dificultades para identificar la violencia, denunciarla o acceder a los recursos disponibles, lo que incrementa su vulnerabilidad y favorece la persistencia de situaciones de maltrato. Por ello, cualquier orientación en materia de atención debe partir del reconocimiento de estas circunstancias y de la necesidad de adaptar las respuestas a las realidades concretas de las víctimas.

La intervención frente a la violencia no puede limitarse a una actuación reactiva una vez producidos los hechos, sino que debe abarcar

todas las fases del proceso, desde la prevención hasta la reparación. Esto implica articular actuaciones preventivas orientadas a reducir los riesgos y fortalecer capacidades, mecanismos eficaces de detección e investigación de los casos, medidas de protección que garanticen la seguridad de las víctimas, así como actuaciones dirigidas a su recuperación, rehabilitación y reintegración social. La atención a las víctimas debe concebirse, por tanto, como un itinerario continuo que acompañe a las mujeres y niñas con discapacidad a lo largo de todo el proceso.

En este marco, la accesibilidad se configura como un elemento transversal e imprescindible. Los recursos, servicios, procedimientos y mecanismos de atención deben ser plenamente accesibles para las mujeres y niñas con discapacidad, de modo que ninguna barrera física, comunicativa, cognitiva o actitudinal impida su acceso efectivo a la protección y a la justicia. Junto a ello, resulta esencial que las actuaciones se ajusten a las circunstancias individuales de cada víctima, evitando respuestas estandarizadas que no contemplen la diversidad de necesidades existentes. Todo ello debe realizarse con pleno respeto a la autonomía y la dignidad de las mujeres y niñas con discapacidad, reconociéndolas como sujetas de derechos y garantizando su participación en las decisiones que les afectan.

Las orientaciones que se desarrollan en este capítulo se basan directamente en las metas y medidas establecidas para la lucha contra la violencia y el abuso hacia mujeres y niñas con discapacidad. Dichas metas y medidas constituyen el marco de referencia para definir las líneas de actuación prioritarias y los criterios que deben guiar la intervención de los distintos sistemas implicados. A partir de ellas, se articulan orientaciones que permiten traducir los objetivos generales en pautas de actuación concretas y coherentes.

El objetivo de este capítulo es ofrecer un marco sistemático para la atención a las víctimas, que facilite la coordinación entre los distintos ámbitos implicados y promueva respuestas integrales y adaptadas. Estas orientaciones están dirigidas a reforzar la prevención de la violencia, mejorar la detección temprana de los casos, garantizar la protección efectiva de las mujeres y niñas con discapacidad, favorecer su recuperación y rehabilitación, y asegurar la reparación de los da-

ños sufridos. De este modo, se contribuye a una respuesta más eficaz frente a la violencia y al fortalecimiento de las políticas y actuaciones destinadas a su erradicación.

6.2. Orientaciones en el ámbito de la prevención

La prevención de la violencia contra mujeres y niñas con discapacidad constituye el primer nivel de actuación y uno de los elementos más determinantes para reducir su incidencia y gravedad. Prevenir implica intervenir antes de que se produzcan situaciones de violencia o abuso, actuando sobre los factores que incrementan el riesgo y fortaleciendo las capacidades individuales e institucionales para identificar y evitar estas situaciones. Desde esta perspectiva, la prevención debe concebirse como una estrategia continuada y estructural, integrada en las políticas y servicios dirigidos a mujeres y personas con discapacidad.

Una de las orientaciones fundamentales en este ámbito es la formación dirigida específicamente a mujeres y niñas con discapacidad para prevenir y reconocer cualquier situación o acto de violencia o abuso. Esta formación debe adaptarse a las distintas realidades y tipos de discapacidad, garantizando que los contenidos sean accesibles y comprensibles para todas las destinatarias. El objetivo principal de estas acciones formativas es facilitar el reconocimiento de conductas violentas, abusivas o negligentes, que en muchos casos pueden encontrarse normalizadas o invisibilizadas en la vida cotidiana de las mujeres y niñas con discapacidad.

La formación preventiva debe permitir a las mujeres y niñas identificar situaciones de riesgo tanto en el ámbito familiar como fuera de él, incluyendo entornos comunitarios e institucionales. Asimismo, debe contribuir a que conozcan sus derechos y puedan identificar cuándo estos están siendo vulnerados. La prevención, en este sentido, no se limita a alertar sobre la existencia de la violencia, sino que busca dotar a las mujeres y niñas con discapacidad de herramientas que les permitan expresar lo que les ocurre y solicitar apoyo cuando sea necesario, en condiciones de seguridad y confianza.

Para que estas acciones formativas resulten efectivas, es imprescindible que se desarrollen de manera continuada y no como intervenciones aisladas. La prevención de la violencia requiere procesos sostenidos en el tiempo, que acompañen a las mujeres y niñas con discapacidad a lo largo de las distintas etapas de su vida y que tengan en cuenta los cambios en sus circunstancias personales y sociales.

Junto a la formación, otra orientación esencial en el ámbito preventivo es la supervisión efectiva de los servicios y programas dirigidos a personas con discapacidad, así como de los servicios y programas de salud mental y de salud sexual y reproductiva. La supervisión por parte de autoridades independientes constituye un mecanismo clave para prevenir situaciones de violencia o abuso que puedan producirse en estos entornos, especialmente en aquellos en los que existe una relación de dependencia entre las personas usuarias y quienes prestan la atención.

Esta supervisión debe permitir identificar prácticas inadecuadas, situaciones de negligencia o dinámicas que favorezcan la aparición de abusos, incluso cuando estos no se manifiestan de manera evidente. La prevención de la violencia exige, por tanto, sistemas de control que no se limiten a la respuesta ante denuncias, sino que actúen de forma proactiva para garantizar entornos seguros y respetuosos con los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad.

En el ámbito de los servicios de salud mental y de salud sexual y reproductiva, la supervisión adquiere una especial relevancia, dado el impacto que estos servicios tienen en la vida y la autonomía de las mujeres y niñas con discapacidad. Garantizar una supervisión efectiva contribuye a prevenir prácticas que puedan derivar en vulneraciones de derechos y a reforzar la confianza de las usuarias en los sistemas de atención.

En conjunto, las orientaciones en materia de prevención ponen de relieve la necesidad de actuar de manera anticipada y estructural frente a la violencia contra mujeres y niñas con discapacidad. La combinación de acciones formativas dirigidas a las propias mujeres y niñas con mecanismos de supervisión independientes de los servicios y programas constituye una base imprescindible para reducir los riesgos de violencia y avanzar hacia entornos más seguros e inclusivos.

6.3. Orientaciones para la detección de casos, investigación y enjuiciamiento de los autores

La detección de los casos de violencia y abuso contra mujeres y niñas con discapacidad constituye una condición indispensable para garantizar una respuesta adecuada por parte de los sistemas de protección y justicia. La violencia que afecta a este colectivo presenta con frecuencia elevados niveles de invisibilidad, derivados de factores como la dependencia de apoyos, el aislamiento social, la falta de accesibilidad de los mecanismos de denuncia o la desconfianza en las instituciones. Por ello, las orientaciones en este ámbito deben dirigirse a reforzar las capacidades institucionales para identificar los casos existentes y asegurar que sean abordados de manera diligente y eficaz.

Un elemento central de estas orientaciones es garantizar el acceso efectivo de las mujeres y niñas con discapacidad a la justicia. Este acceso no se limita a la posibilidad formal de iniciar un procedimiento judicial, sino que implica la eliminación de barreras que dificultan o impiden la participación real de las víctimas en los procesos de investigación y enjuiciamiento. En este sentido, resulta imprescindible promover la capacitación de las autoridades judiciales y de los profesionales que intervienen en la administración de justicia, de modo que puedan responder de manera adecuada a todos los casos de violencia contra mujeres y niñas con discapacidad.

La capacitación de las autoridades judiciales debe permitir una comprensión adecuada de las particularidades que presenta la violencia ejercida contra mujeres y niñas con discapacidad, así como de las dificultades específicas que pueden encontrar las víctimas para relatar los hechos, aportar pruebas o sostener una denuncia a lo largo del tiempo. Esta formación resulta esencial para evitar interpretaciones erróneas de las conductas de las víctimas, cuestionamientos de su credibilidad o minimizaciones de la gravedad de los hechos basadas en su situación de discapacidad.

Otra orientación fundamental en este ámbito es la vigilancia para que la violencia cometida contra una mujer o una niña con discapacidad no sea remitida por defecto a procedimientos alternativos de arreglo de

controversias, como la mediación o la conciliación. Incluso cuando se invoque el interés superior de la víctima, estos mecanismos no deben sustituir a los procedimientos judiciales ordinarios en los casos de violencia, ya que pueden suponer una forma de desprotección y contribuir a la perpetuación de la impunidad de los autores. La orientación es clara en este sentido: los casos de violencia deben ser investigados y, en su caso, juzgados en el marco de los procedimientos correspondientes.

La detección, investigación y enjuiciamiento adquieren una especial complejidad en los casos de violencia que se producen en centros cerrados y segregados. Instituciones residenciales, centros de educación especial, centros ocupacionales, centros especiales de empleo, centros de día, hospitales, clínicas de salud mental o centros penitenciarios constituyen entornos en los que las mujeres y niñas con discapacidad pueden encontrarse en una situación de especial vulnerabilidad. En estos contextos, la violencia puede permanecer oculta durante largos periodos de tiempo, debido a la dependencia de las víctimas, al control del entorno y a la ausencia de mecanismos accesibles de denuncia.

Por ello, resulta necesario promover el estudio específico de los casos de violencia contra mujeres y niñas con discapacidad en estos centros, con el objetivo de prevenir e investigar las violaciones de derechos humanos que puedan producirse. Estas orientaciones incluyen la necesidad de procesar y castigar a los autores de los hechos, garantizando que la condición institucionalizada de la víctima no suponga un obstáculo para el acceso a la justicia.

De manera complementaria, debe asegurarse que las mujeres y niñas con discapacidad que sufren violencia en centros cerrados y segregados tengan acceso a mecanismos de denuncia que sean confidenciales e independientes. La existencia de estos mecanismos resulta fundamental para facilitar la detección de los casos y para proteger a las víctimas frente a posibles represalias. La independencia y confidencialidad de los canales de denuncia contribuyen a generar confianza y a reducir el miedo a denunciar situaciones de abuso.

En conjunto, las orientaciones en el ámbito de la detección de casos, investigación y enjuiciamiento de los autores ponen de manifiesto la necesidad de reforzar las capacidades del sistema de justicia para res-

ponder de manera adecuada a la violencia contra mujeres y niñas con discapacidad. Garantizar el acceso efectivo a la justicia, evitar la derivación indebida a procedimientos alternativos y prestar especial atención a los contextos institucionales son elementos clave para combatir la impunidad y avanzar hacia una protección real y efectiva de los derechos de las víctimas.

6.4. Orientaciones para la protección de las víctimas

La protección de las mujeres y niñas con discapacidad víctimas de violencia constituye una de las fases más críticas de la atención, en tanto que está directamente vinculada a la seguridad inmediata de las víctimas y a la prevención de nuevas situaciones de abuso. Las orientaciones en este ámbito deben partir del reconocimiento de que las mujeres y niñas con discapacidad pueden encontrarse en situaciones de especial vulnerabilidad, derivadas tanto de la violencia sufrida como de la dependencia de apoyos, del aislamiento social o de la falta de accesibilidad de los recursos existentes.

Una de las principales orientaciones en materia de protección es la implantación de un mecanismo específico dirigido a mujeres y niñas con discapacidad, incluidas aquellas que se encuentran institucionalizadas. Este mecanismo debe tener como objetivo evitar la reiteración de la violencia o la comisión de nuevos actos de abuso, y debe poder activarse sin que se exija como condición previa el inicio de acciones legales por parte de las víctimas. La protección no puede quedar supeditada a la interposición de una denuncia, ya que esta exigencia puede constituir una barrera adicional para mujeres y niñas con discapacidad que, por diversas razones, no se encuentran en condiciones de iniciar un procedimiento judicial en una fase inicial.

El funcionamiento de este mecanismo de protección debe basarse en una evaluación inmediata de los riesgos existentes, que permita identificar de forma rápida y precisa las amenazas a las que se enfrenta la víctima. A partir de dicha evaluación, deben adoptarse medidas de protección adaptadas a las circunstancias individuales de cada mujer

o niña, teniendo en cuenta su situación personal, su entorno y sus necesidades específicas. En todo caso, estas medidas deben aplicarse con pleno respeto a la autonomía y la dignidad de las víctimas, evitando actuaciones que resulten paternalistas o que limiten innecesariamente su capacidad de decisión.

Otra orientación esencial en este ámbito es garantizar el acceso efectivo de las mujeres y niñas con discapacidad a los servicios integrales dirigidos a víctimas de violencia de género. Estos servicios deben ser plenamente accesibles y estar preparados para atender a mujeres y niñas con distintas discapacidades, asegurando su participación activa en los procesos de atención y protección. Asimismo, resulta fundamental promover la cooperación con organizaciones representativas de mujeres y niñas con discapacidad, cuya experiencia y conocimiento contribuyen a mejorar la adecuación de las respuestas ofrecidas.

La protección de las víctimas exige también que la atención se realice siempre desde los programas y servicios especializados en violencia de género. En este sentido, debe vigilarse que las mujeres y niñas con discapacidad víctimas de violencia sean atendidas en estos recursos especializados, contando cuando sea necesario con el asesoramiento y apoyo de entidades referentes en discapacidad. Esta coordinación permite integrar de manera adecuada ambas dimensiones y evita que las víctimas queden derivadas a servicios no especializados que no puedan ofrecer una respuesta adecuada a la situación de violencia.

La accesibilidad de los recursos de protección constituye un elemento transversal de estas orientaciones. Resulta imprescindible desarrollar auditorías inmediatas de accesibilidad a nivel estatal, regional y provincial de los centros y servicios de atención a mujeres víctimas de violencia de género, de los juzgados especializados y de las campañas y materiales informativos de sensibilización. Estas auditorías deben permitir identificar barreras físicas, comunicativas, cognitivas o de cualquier otro tipo que dificulten el acceso de las mujeres y niñas con discapacidad a los recursos existentes.

Como resultado de estas auditorías, debe elaborarse un plan urgente de accesibilidad, dotado de presupuesto suficiente y con plazos claros, que garantice la adaptación efectiva de los recursos y servicios.

La disponibilidad real de estos recursos es una condición indispensable para que las medidas de protección sean efectivas y no meramente formales.

De manera complementaria, se establece la orientación de garantizar la plena accesibilidad de un centro de referencia para la violencia sexual y de un hogar de acogida para víctimas de violencia de género en cada provincia. Estos recursos deben estar en condiciones de satisfacer las necesidades específicas que presenten las mujeres y niñas con discapacidad, tanto en términos de accesibilidad como de apoyos adecuados durante su estancia.

La coordinación entre los distintos actores implicados en la protección de las víctimas constituye otro elemento central de las orientaciones en este ámbito. Resulta necesario desarrollar o actualizar protocolos de coordinación entre los principales agentes que intervienen en la violencia de género, tales como los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, los servicios sociales y sanitarios y las organizaciones sociales especializadas. Estos protocolos deben contemplar de manera específica la identificación y atención a mujeres y niñas con discapacidad víctimas de violencia, evitando vacíos de intervención o respuestas descoordinadas.

Asimismo, la capacitación permanente de los profesionales que intervienen en el ámbito de la violencia de género se configura como una orientación imprescindible para garantizar una protección adecuada. Los profesionales deben contar con formación específica sobre las particularidades de la violencia ejercida contra mujeres y niñas con discapacidad, de modo que puedan identificar situaciones de riesgo, comunicarse de manera adecuada con las víctimas y aplicar las medidas de protección de forma eficaz.

Otra orientación relevante es el desarrollo e implantación, en los planos provincial y local, de la figura de la asistencia personal en el ámbito de la violencia contra las mujeres con discapacidad. La asistencia personal puede desempeñar un papel clave en el acceso a los recursos de protección, en la toma de decisiones y en el acompañamiento de las víctimas durante los procesos de atención, contribuyendo a reforzar su autonomía y seguridad.

Finalmente, las orientaciones en materia de protección incluyen la puesta en marcha de campañas de sensibilización accesibles sobre los recursos jurídicos y sociales disponibles para las mujeres y niñas con discapacidad víctimas de violencia. Estas campañas deben garantizar que la información llegue de manera efectiva a las destinatarias, eliminando barreras comunicativas y favoreciendo el conocimiento de los mecanismos de protección existentes.

En conjunto, las orientaciones para la protección de las víctimas subrayan la necesidad de una respuesta específica, accesible y coordinada, que garantice la seguridad de las mujeres y niñas con discapacidad y contribuya de manera efectiva a la prevención de nuevas situaciones de violencia.

6.5. Orientaciones para la rehabilitación de las víctimas

La rehabilitación de las mujeres y niñas con discapacidad víctimas de violencia o abuso constituye una fase esencial del proceso de atención, orientada a la recuperación integral de las víctimas y a su posterior reintegración social. La violencia ejercida contra ellas genera impactos profundos y persistentes que afectan no solo a su integridad física o psicológica, sino también a su autonomía, a sus relaciones sociales y a su participación plena en la comunidad. Por ello, la rehabilitación debe entenderse como un proceso amplio y continuado, que vaya más allá de la atención inmediata tras la situación de violencia.

Garantizar una atención adecuada para la recuperación, la rehabilitación y la reintegración social de todas las mujeres y niñas con discapacidad víctimas de violencia de género constituye una orientación prioritaria en este ámbito. Dicha atención debe responder de manera simultánea a las consecuencias derivadas de la violencia sufrida y a las necesidades específicas asociadas a la discapacidad, evitando abordajes parciales que fragmenten la intervención o que releguen alguno de estos aspectos a un segundo plano. La rehabilitación debe concebirse, por tanto, como un proceso integral que acompañe a las víctimas en la reconstrucción de sus proyectos de vida, en condiciones de seguridad y dignidad.

En este contexto, resulta imprescindible que los servicios y programas de atención y recuperación de víctimas de violencia de género estén preparados para responder adecuadamente a la diversidad de situaciones que presentan las mujeres y niñas con discapacidad. La capacitación permanente del personal que interviene en estos recursos se configura como una orientación clave para garantizar intervenciones eficaces y ajustadas. Dicha capacitación debe permitir a los profesionales identificar las particularidades que pueden presentar las víctimas con discapacidad, comprender cómo la violencia puede manifestarse y vivirse de forma específica en estos casos y adaptar las intervenciones a las capacidades, necesidades y ritmos de cada mujer o niña.

La falta de formación específica puede derivar en respuestas inadecuadas, en la incomprensión de determinadas conductas o en la aplicación de modelos de intervención que no resultan eficaces para las víctimas con discapacidad. Por ello, la capacitación continua del personal no debe considerarse una medida puntual, sino un elemento estructural de los servicios de atención y recuperación, orientado a mejorar de manera constante la calidad de la intervención.

Otra orientación relevante en el ámbito de la rehabilitación se refiere a la prioridad en la certificación de la discapacidad para las mujeres y niñas víctimas de violencia de género, así como para otras víctimas de violencia vicaria. El acceso a la certificación de la discapacidad constituye, en muchos casos, un requisito imprescindible para beneficiarse de medidas de protección social, apoyos específicos y recursos necesarios para la recuperación. Garantizar la prioridad en estos procedimientos permite reducir los tiempos de espera y facilitar una respuesta más ágil y eficaz por parte de los sistemas de protección social.

En este sentido, se establece la necesidad de vigilar que la certificación de la discapacidad se realice en un plazo que no exceda los seis meses desde la solicitud. El cumplimiento de este plazo resulta fundamental para evitar situaciones de desprotección prolongada y para asegurar que las mujeres y niñas víctimas de violencia puedan acceder de manera temprana a los apoyos necesarios para su rehabilitación y reintegración social.

En conjunto, las orientaciones en materia de rehabilitación ponen de relieve la importancia de una atención continuada, especializada y adaptada, que permita a las mujeres y niñas con discapacidad víctimas de violencia avanzar en su proceso de recuperación y recuperar, en la medida de lo posible, el control sobre sus vidas. La rehabilitación no debe entenderse únicamente como la superación de las secuelas de la violencia, sino como un proceso orientado a garantizar el ejercicio efectivo de derechos y la plena inclusión social de las víctimas.

6.6. Orientaciones para la reparación de las víctimas

La reparación de las mujeres y niñas con discapacidad víctimas de violencia constituye una dimensión imprescindible de la atención integral, en tanto que permite reconocer el daño sufrido y contribuir a la restitución de derechos vulnerados. La reparación no debe entenderse únicamente como una respuesta individual orientada a compensar los efectos de la violencia, sino también como un proceso con una clara dimensión colectiva y estructural, orientado a prevenir la repetición de los hechos y a mejorar las respuestas institucionales frente a la violencia.

En este sentido, una orientación fundamental en materia de reparación es asegurar la disponibilidad y actualización de datos oficiales sobre la violencia ejercida contra mujeres y niñas con discapacidad. La ausencia de información específica y sistemática contribuye a la invisibilización de esta violencia y dificulta el diseño de políticas públicas adecuadas. Contar con datos fiables y actualizados resulta esencial para dimensionar el problema, identificar patrones y comprender los factores de vulnerabilidad que inciden en la exposición a la violencia.

El desarrollo de una macroencuesta específica a nivel estatal sobre la violencia que sufren las mujeres y niñas con discapacidad se configura, por tanto, como una herramienta clave para avanzar en este ámbito. Esta macroencuesta debe permitir conocer no solo la prevalencia de la violencia, sino también sus distintas manifestaciones y los contextos en los que se produce. Asimismo, debe facilitar el análisis de

los riesgos concretos y de los factores de vulnerabilidad subyacentes, tales como la incapacitación legal, la institucionalización, el incesto, la pobreza, la ruralidad, la edad o el tipo de discapacidad, entre otros. La información obtenida a través de este instrumento resulta indispensable para orientar la puesta en marcha de políticas públicas adecuadas en los planos estatal, regional y provincial.

De manera complementaria, otra orientación esencial consiste en incorporar de forma sistemática la variable de discapacidad, así como otras variables asociadas a la misma, en la recopilación y análisis de datos sobre todas las formas de violencia de género contra mujeres y niñas. Esta inclusión debe abarcar no solo las formas de violencia más visibles, sino también aquellas que suelen quedar infrarrepresentadas o invisibilizadas, como la violencia psicológica, económica y doméstica, la ciberviolencia y el feminicidio. La incorporación de estas variables permite una comprensión más completa de la violencia y contribuye a que las respuestas institucionales sean más ajustadas a la realidad de las víctimas.

La reparación adquiere también una dimensión institucional a través de la participación de mujeres expertas en género y discapacidad en los espacios de análisis y seguimiento de la violencia. En este marco, se establece la orientación de reservar una vocalía especializada sobre género y discapacidad en los observatorios autonómicos de violencia contra la mujer. Estas vocalías deben estar ocupadas por expertas con conocimientos acreditados en la materia y proceder de organizaciones representativas de mujeres y niñas con discapacidad de cada territorio.

La presencia de estas vocalías especializadas contribuye a incorporar de manera sistemática la perspectiva de género y discapacidad en el análisis de la violencia, favoreciendo una interpretación más ajustada de los datos y una mejor adecuación de las políticas públicas. Para garantizar su participación efectiva, resulta imprescindible que las expertas cuenten con las medidas de accesibilidad que precisen, eliminando cualquier barrera que pueda limitar su contribución a estos espacios.

En conjunto, las orientaciones en materia de reparación subrayan la importancia de avanzar hacia un conocimiento más preciso y completo de la violencia contra mujeres y niñas con discapacidad, como base

para el reconocimiento del daño sufrido y para la mejora continua de las respuestas institucionales. La reparación, entendida desde esta perspectiva, no solo beneficia a las víctimas individuales, sino que contribuye al fortalecimiento de las políticas públicas y a la garantía efectiva de los derechos de todas las mujeres y niñas con discapacidad.

6.7. Orientaciones para la recopilación de datos y estadísticas

Resulta necesario garantizar condiciones de recogida plenamente accesibles, autónomas y confidenciales. La Macroencuesta evidencia que, conforme aumentan las necesidades de apoyo, crecen las entrevistas presenciales realizadas dentro de la vivienda y en presencia de terceras personas, lo que puede limitar la intimidad y afectar a la revelación de determinadas violencias. Los sistemas estadísticos deberían contemplar estas condiciones de administración, proporcionar los apoyos necesarios sin sustituir la respuesta de las mujeres y hacer explícitas sus posibles consecuencias sobre los resultados. El avance hacia el Diseño Universal de encuestas debe incluir información sobre accesibilidad, cobertura, condiciones de participación, limitaciones muestrales, participación de mujeres con discapacidad en el diseño, y posibles sesgos de revelación, de manera que los datos puedan interpretarse con rigor y utilizarse para mejorar las futuras operaciones estadísticas.

La experiencia de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024 muestra la utilidad de construir indicadores específicos de necesidades de apoyo funcional e integración social. Al mismo tiempo, las desagregaciones por tipo de discapacidad deben interpretarse con prudencia cuando las frecuencias son reducidas, evitando extraer conclusiones generales a partir de bases muestrales insuficientes.

Las violencias contra las mujeres con discapacidad en España

Resumen del estudio
del Observatorio Estatal de la Discapacidad

OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD

Adaptación a Lectura Fácil:

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030
CENTRO ESPAÑOL DE ACCESIBILIDAD COGNITIVA
REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD

Octubre de 2026.

Este documento
es el resumen de un estudio
del Observatorio Estatal de la Discapacidad.

Este documento está escrito
siguiendo la Norma UNE 153101:2018 EX
de Lectura Fácil.

La Norma UNE 153101:2018 EX
es una norma oficial
que dice cómo tiene que ser un documento
para que esté en lectura fácil.



© Logo lectura fácil propiedad
de Inclusion Europe.
Tienes más información
en https://www.inclusion-europe.eu/

El documento está adaptado
y validado por el equipo
del Centro Español de Accesibilidad Cognitiva.

Contenido del documento:

Las violencias contra las mujeres con discapacidad en España 1
¿De qué trata este documento? 4
¿Cómo se hizo el estudio? 5
Las mujeres con discapacidad sufren más violencia 6
La violencia puede causar discapacidad 8
La violencia según el tipo de discapacidad 9
¿Por qué es difícil darse cuenta de la violencia? 11
¿Por qué es difícil salir de la violencia? 12
¿Cómo ayudan los servicios? 14
Las dificultades en la justicia 16
Faltan lugares para vivir 17
Muchas veces la discapacidad no se ve 18
¿Qué propone el estudio? 19

¿De qué trata este documento?

Este documento es un resumen
de un estudio.

Un estudio es un trabajo
para conocer mejor un tema.

El estudio se llama:
Las violencias contra las mujeres
con discapacidad en España.

El estudio lo ha hecho
el **Observatorio Estatal de la Discapacidad**.

El estudio habla de la violencia
que sufren las mujeres con discapacidad.

El estudio defiende los **derechos humanos** de estas mujeres.

Las mujeres con discapacidad
pueden sufrir discriminación
por 2 motivos a la vez:

- por ser mujeres.
- por tener discapacidad.

El estudio tiene en cuenta los 2 motivos.

El estudio quiere ayudar a los gobiernos a
hacer mejores leyes y servicios para estas
mujeres.

Observatorio Estatal de la Discapacidad
Es una organización
que estudia la situación
de las personas
con discapacidad
en España.

Derechos humanos
Son los derechos
que tienen
todas las personas
por ser personas.

Por ejemplo:
el derecho a vivir
sin violencia.

¿Cómo se hizo el estudio?

Las personas que hicieron el estudio:

- Escucharon las experiencias de mujeres con discapacidad.
- Estudiaron los servicios que ayudan a las mujeres que sufren violencia.
- Estudiaron los datos de la **Macroencuesta** de violencia contra la mujer del año 2024.

Macroencuesta
Es una encuesta que responden muchas personas.

Una encuesta es un conjunto de preguntas que sirve para conocer muy bien un problema.

¿Quieres saber más?

Puedes leer la Macroencuesta de violencia contra la mujer del año 2024.



Este documento no está en lectura fácil.

Escribe esta dirección en internet:

violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/macroencuesta-de-violencia-contra-la-mujer-2024/

O escanea este código con tu móvil

Las mujeres con discapacidad sufren más violencia

La Macroencuesta
dice que las mujeres con discapacidad
sufren más violencia
que las mujeres sin discapacidad.

Las mujeres que tienen
un **grado de discapacidad** más alto
sufren más violencia.

Por ejemplo,
la violencia física o la violencia sexual
la sufren:

- 14 de cada 100 mujeres sin discapacidad.
- 17 de cada 100 mujeres
  con un grado de discapacidad
  entre 33 y 64.
- 19 de cada 100 mujeres
  con un grado de discapacidad
  de 65 o más.

Grado de discapacidad
Es un número
que dice cuánto afecta
la discapacidad
a la vida diaria
de una persona.

Aparece en el certificado
de discapacidad.

Las diferencias son todavía más grandes
en la violencia que hacen las **exparejas**.

La sufren:

- 19 de cada 100 mujeres sin discapacidad.
- 26 de cada 100 mujeres
  con un grado de discapacidad
  entre 33 y 64.
- 29 de cada 100 mujeres
  con un grado de discapacidad
  de 65 o más.

Las mujeres con discapacidad
también sufren más **violencia psicológica**
y más **violencia económica**.

Expareja
Es una persona
que fue tu pareja
y ya no lo es.

Por ejemplo,
tu exnovio
o tu exmarido.

Violencia psicológica
Es hacer daño
a otra persona
con palabras o actitudes.

Por ejemplo, con insultos,
amenazas o controlando
lo que hace.

Violencia económica
Es controlar el dinero
de otra persona
o no dejar que lo use.

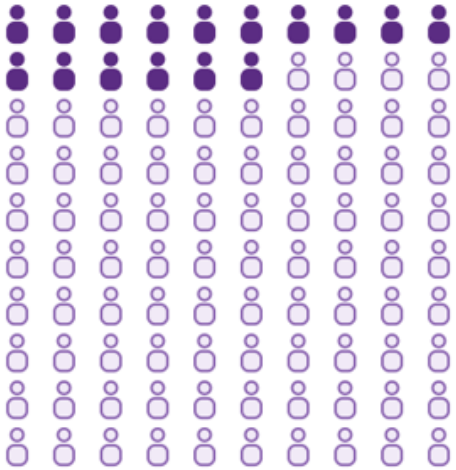
La violencia puede causar discapacidad

A veces la violencia es la causa de la discapacidad.

En los dibujos,

cada figura es una mujer con discapacidad.

- Su discapacidad es por la violencia.
- Su discapacidad tiene otra causa.

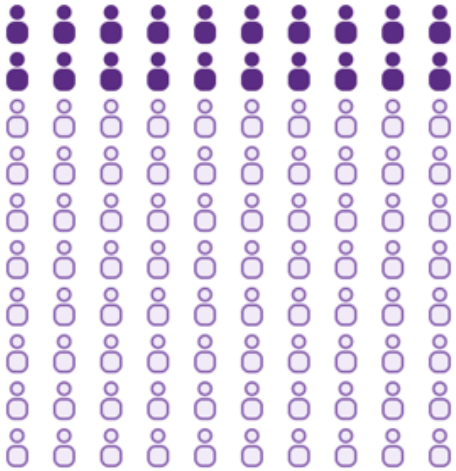


16 de cada 100

mujeres con discapacidad

dicen que esa violencia

es la causa de su discapacidad



20 de cada 100

mujeres con discapacidad

que sufrieron violencia física o sexual

dicen que esa violencia

es la causa de su discapacidad

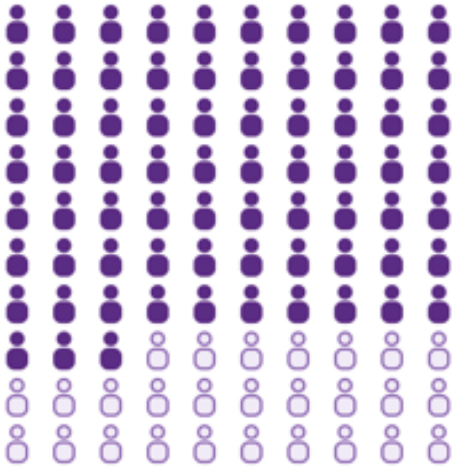
La violencia según el tipo de discapacidad

El estudio también se fija
en los distintos tipos de discapacidad
y si sufren más o menos violencia.

Cada figura es una mujer con discapacidad.

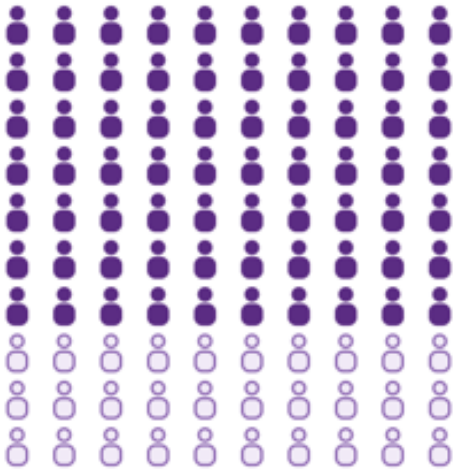
Han sufrido algún tipo de violencia.

No han sufrido violencia.



73 de cada 100

mujeres con discapacidad intelectual
han sufrido algún tipo de violencia.



70 de cada 100

mujeres con pluridiscapacidad
han sufrido algún tipo de violencia.
La pluridiscapacidad es cuando tienes
más de 1 discapacidad a la vez.

La violencia sexual también afecta
a muchas mujeres con pluridiscapacidad
y con discapacidad psicosocial.

La discapacidad psicosocial
es la discapacidad que tienen
algunas personas con problemas
de salud mental.

¿Por qué es difícil darse cuenta de la violencia?

El estudio escuchó a profesionales
y a mujeres con discapacidad.

Ellas y ellos dicen que es difícil
prevenir y descubrir la violencia.

> **Prevenir**
> Actuar antes
> de que pase algo malo.
> Por ejemplo,
> abrigarse un día de frío
> para no coger un catarro.

Hay 7 motivos importantes:

1. Muchas mujeres con discapacidad
   no han aprendido a reconocer la violencia.
2. Hay **estereotipos** sobre las mujeres y
   sobre las personas con discapacidad.
3. Algunas familias protegen demasiado
   a las mujeres con discapacidad.
4. Algunos profesionales
   necesitan más formación sobre este tema.
5. A veces,
   la gente ve normal el abuso
   o el maltrato.
6. A veces,
   no se cree a las mujeres
   con discapacidad
   cuando cuentan que sufren violencia.
7. A veces,
   las familias o los centros en los que están
   las personas con discapacidad
   esconden la violencia.

> **Estereotipos**
> Son ideas falsas
> que tiene mucha gente
> sobre un grupo
> de personas.
>
> Por ejemplo,
> pensar que las mujeres
> con discapacidad
> no pueden decidir
> por ellas mismas.

¿Por qué es difícil salir de la violencia?

Algunas mujeres dependen
del **agresor**.

> **Agresor**
> Es la persona
> que hace daño
> a otra persona.

Por ejemplo:

- dependen de su dinero.
- dependen de él para sentirse queridas.
- necesitan su ayuda para moverse
  o para hacer cosas del día a día.
- necesitan su ayuda para entender cosas
  o tomar decisiones.

Además,
muchas mujeres no tienen
a otras personas que las ayuden.

Todo esto hace más difícil
darse cuenta de la violencia
y salir de ella.

Las **campañas** contra la violencia
no siempre son **accesibles**.

Por eso,
muchas mujeres con discapacidad no piensan
que pueden ser víctimas de violencia.

Y piensan que los mensajes de las campañas
no son para ellas.

Campañas
Son mensajes
en la televisión,
la radio,
internet o carteles
para que la gente
conozca algo.

Accesible
Que todas las personas
pueden usarlo
y entenderlo.

¿Cómo ayudan los servicios?

Hay muchos servicios
que ayudan a las mujeres
que sufren violencia.

Pero son muy diferentes entre sí.
Cada servicio se ocupa solo de una parte.

Los más importantes son
los **servicios sociales**
y las asociaciones.

Las asociaciones son organizaciones
que ayudan a otras personas
que lo necesitan.

La mayoría de los servicios ayudan
cuando la violencia ya ha pasado.

Por ejemplo:

- dan apoyo psicológico.
- acompañan a las mujeres.
- les dan información y consejos.

Hay menos servicios para:

- prevenir la violencia.
- **reparar el daño**.
- trabajar en los barrios y los pueblos.

Servicios sociales
Son servicios públicos
que ayudan
a las personas
que lo necesitan.

Reparar el daño
Es ayudar a la víctima
a recuperar
lo que le quitó la violencia.

Por ejemplo,
su salud o su tranquilidad.

Cada vez más servicios
que ayudan a las mujeres
en situaciones de violencia
tienen en cuenta la discapacidad.

Pero solo unos pocos
están adaptados de verdad
y son accesibles.

Esto pasa sobre todo en:

- los servicios que atienden
  directamente a las mujeres.
- los lugares donde las mujeres
  pueden vivir durante un tiempo.
- los servicios que protegen a las mujeres
  que han sufrido violencia.

Las dificultades en la justicia

Las mujeres con discapacidad
tienen muchas dificultades
cuando **denuncian**
o van a un juicio.

Esto pasa porque:

- Algunos profesionales de la justicia
  necesitan más formación.
  Por ejemplo,
  algunos jueces o abogados.
- Faltan intérpretes de lengua de signos.
  Son profesionales que traducen
  de la lengua oral
  a la lengua de signos
  y al revés.
- Faltan **facilitadores procesales.**
- Faltan documentos
  y edificios accesibles.
- Y faltan mediadores comunicativos.
  Los mediadores comunicativos
  son profesionales que ayudan
  a comunicarse a las personas
  con dificultades de comunicación.

Denunciar
Es contar a la policía
o a un juzgado
que alguien
ha cometido un delito.

Por ejemplo,
decirle a la policía
que te han pegado.

Facilitadores procesales
Son profesionales
que ayudan a las personas
con discapacidad
a entender un juicio
y participar en él.

Faltan lugares para vivir

Faltan lugares accesibles
donde las mujeres puedan vivir
durante mucho tiempo
después de haber sufrido violencia.

Algunas mujeres necesitan más tiempo
y más apoyo para recuperarse.

Pero en muchos de estos lugares
pueden quedarse poco tiempo.

Muchas veces la discapacidad no se ve

Muchas veces,
los servicios no ven la discapacidad
de las mujeres.

Esto pasa por 2 motivos:

1. Algunas mujeres
   esconden su discapacidad
   porque tienen miedo
   a que las traten peor.
2. Algunos servicios
   no saben cómo descubrir
   si una mujer tiene discapacidad.

Esto pasa mucho
con los problemas de **salud mental**.

A veces,
estos problemas aparecen por la violencia.

Y los servicios que apoyan a las mujeres
no los tienen en cuenta siempre.

Salud mental
Es cómo nos sentimos
y cómo pensamos.

Cuando una persona
tiene problemas
de salud mental,
puede sentir mucha tristeza,
miedo o angustia.

¿Qué propone el estudio?

El estudio propone acciones
para mejorar la situación
de las mujeres con discapacidad
y la violencia.

Para prevenir la violencia propone:

- Descubrir pronto la violencia.
- Enseñar a las mujeres
  y niñas con discapacidad
  a reconocer el abuso y la violencia.
- Darles herramientas accesibles
  para contar lo que les pasa
  y pedir ayuda.
- Hacer que todos los servicios
  sean accesibles.

Para proteger a las mujeres propone:

- Que haya **organismos independientes**
  que vigilen los servicios y los centros.
- Quitar las barreras
  que tienen las víctimas en los juicios.
  Las víctimas son las personas
  que sufren un daño
  por culpa de otras personas.

  Por ejemplo,
  una mujer es víctima
  si su pareja la trata con violencia.
- Formar mejor a los profesionales
  de la justicia.
- Que las mujeres puedan denunciar
  de forma segura y secreta.
  Sobre todo,
  las mujeres que viven en residencias
  u otros centros.
- Hacer un plan urgente
  para que todo sea accesible.
- Que las mujeres puedan recibir apoyo
  y protección
  sin tener que poner antes una denuncia.

Organismo independiente
Es un grupo de personas
o una organización
que no depende de nadie.

Por eso puede revisar
cómo funcionan los centros
y los servicios
y decir con libertad
lo que está mal.

Para ayudar a las mujeres a recuperarse
el estudio propone
adaptar los servicios
a lo que necesita cada mujer.

Y para conocer mejor esta violencia
el estudio dice que es importante
tener datos oficiales
y que estén **actualizados**.

Sin datos, esta violencia no se ve.

Y es más difícil hacer buenas leyes
y buenos servicios.

Por último, el estudio dice que hay que
escuchar a las mujeres y niñas con
discapacidad para crear leyes y servicios.

Y hay que reconocer que:

- cada mujer es diferente.
- pueden tomar sus propias decisiones.
- tienen derechos,
  como todas las personas.

Actualizado
Que tiene
la información más nueva.

Por ejemplo,
unos datos actualizados
cuentan lo que pasa ahora,
no lo que pasaba hace años.

¿Sufres violencia?

Llama al
016

Escribe un WhatsApp al
600 000 016

Envía un correo a
016-online@igualdad.gob.es

Habla por chat
en la web del Ministerio de Igualdad

Si eres una persona sorda, usa
SVIsual

> Es un servicio de videollamadas
> con intérpretes de lengua de signos.
> Así puedes hablar por teléfono con el 016.

Entra en **svisual.org**

¿Estás en peligro ahora?

Llama al 112

También puedes llamar a:

Policía Nacional	Guardia Civil
091	**062**

Recuerda: el 016 no es un teléfono de emergencias.

CEACOG
Calle Teruel 26
Código postal 28020. Madrid
info@plenainclusion.org
www.plenainclusion.org

CENTRO ESPAÑOL DE ACCESIBILIDAD COGNITIVA

REAL PATRONATO DISCAPACIDAD

CEACOG
Centro gestionado por:

Plena inclusión

Resumen ejecutivo en lengua de signos española



https://youtu.be/p0vXndTbF2w?si=0A7fKUy6JrYVaSNL

Bibliografía

Acadar. Informe investigación. Estudio sobre violencia sexual digital en mujeres con discapacidad. https://www.acadar.org/es_ES/biblioteca/informe-investigacion-estudio-sobre-violencia-sexual-digital-en-mujeres-con-discapacidad/

Addressing stigma and discrimination to eliminate violence against women with disabilities: lessons from Pakistan, Palestine, Republic of Moldova and Samoa, por el United Nations Development Programme (UNDP) y ONU Mujeres en Pakistan, Palestina, República de Moldova y Samoa. https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-11/addressing-stigma-and-discrimination-to-eliminate-violence-against-women-with-disabilities-en.pdf

Alcázar, M. A. (2023). Discapacidad y género, un necesario tratamiento interseccional en nuestra legislación. Estudios Penales y Criminológicos, 43, 1-34. https://doi.org/10.15304/epc.43.8650

Autismo España. (2023). *Violencia de género contra las niñas y mujeres en el espectro del autismo: Barreras y recomendaciones basadas en el estudio «Autismo y violencia de género»*. https://cendocps.carm.es/documentacion/2024_Informe_ViolenciaMujeresTEA_AutismoEspana.pdf

Bariffi, F. J. (2014). *El régimen jurídico internacional de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y sus relaciones con la regulación actual de los ordenamientos jurídicos internos* [Tesis doctoral, Universidad Carlos III de Madrid]. e-Archivo UC3M.

Bodelón, E. (2014). Violencia institucional y violencia de género. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 48, 131-155.

CEMUDIS. (2022). *Estudio para la prevención e identificación de la violencia hacia las mujeres y niñas con discapacidad desde el ámbito sanitario.* https://www.cemudis.org/wp-content/uploads/2022/12/Informe-Final.pdf

Centro de Datos: Lanzarote. (2023*). Diagnóstico sobre mujeres con discapacidad y violencia de género en Canarias*. https://www.datosdelanzarote.com/item/diagnostico-sobre-mujeres-con-discapacidad-y-violencia-de-genero-en-canarias-2023

CERMI Comunidad de Madrid. (2022). *Situación de la violencia de género contra las mujeres con discapacidad en la Comunidad de Madrid*. https://www.cermimadrid.org/wp-content/uploads/2023/05/accesible_estudiocermimadridviolenciageneroydiscapacidad.pdf

CERMI CV. (2022). *Situación de la violencia de género contra las mujeres con discapacidad en la Comunidad Valenciana*. https://cermicv.es/conocenos/publicaciones/

CERMI Extremadura. (2021). *Estudio sobre la situación de la violencia contra las mujeres con discapacidad en Extremadura*. https://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/6521/Estudio_violencia_contra_las_mujeres_con_discapacidad_en_Extremadura.pdf?sequence=1

Cavalcante Carvalho, A. M. (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. https://doi.org/10.15366/jfgws2018.7.002

COCEMFE. (2025). *Guía sobre violencia sexual en mujeres y niñas con discapacidad.* Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2017). *Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19*. https://docs.un.org/es/CEDAW/C/GC/35

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2023). *Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de España.* https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cedaw

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2011). *Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/crpd

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2016). *Observación general núm. 3 (2016), sobre las mujeres y las niñas con discapacidad.* http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2019/01/Observación-3-Art%C3%ADculo-6-mujeres-y-niñas.pdf

Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad (CEMUDIS). (2022). *Estudio para la prevención e identificación de situaciones de violencia hacia las mujeres y niñas con discapacidad desde el ámbito sanitario: Informe final*. https://www.cemudis.org/wp-content/uploads/2022/12/Informe-Final.pdf

Confederación Salud Mental España. (2023). *Ojo al dato. Visibilidad de una realidad oculta a través del dato: mujer, discapacidad y violencia*. https://consaludmental.org/centro-documentacion/ojo-al-dato/

Consejo de Europa. (2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica.* https://rm.coe.int/1680462543

Consejo de Europa. Grupo de Expertos en la lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica. Primer informe de evaluación de GREVIO a España sobre las medidas legislativas y de otra índole que dan efecto a las disposiciones del Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul), 2020.

Consejo de Europa. Grupo de Expertos en la lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica. Primer informe de evaluación temática de GREVIO a España sobre Generar confianza ofreciendo apoyo, protección y justicia, de 21 de octubre de 2024.

Decreto Legislativo 1/2023. Por el que se aprueba el texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres. 16 de marzo de 2023. *BOE* nº89.

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2020). *Mujer, discapacidad y violencia de género*. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/violenciag_discapacidad.pdf

Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género. (2024). GREVIO. Primer Informe de Evaluación. España. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/InformeGrevioEspana.pdf

Disabled Women's Experiences of Intimate Partner Abuse in Ireland: Research Project Report, por Women's Aid, Trinity College de Dublín y The Disabled Gender Based Violence Taskforce, en Irlanda. https://www.womensaid.ie/app/uploads/2024/10/Disabled-Womens-Experiences-of-Intimate-Partner-Abuse-in-Ireland-Research-Project-Report.pdf

Emakunde - Instituto Vasco de la Mujer, EDEKA & Coordinadora Vasca de Representantes de Personas con Discapacidad. (2019). *Niñas y mujeres con discapacidad víctimas de violencia machista: Pautas de intervención*. https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_coordinacion/es_def/adjuntos/Pautas_Interv_2019_cas.pdf

Federación Salud Mental Castilla y León. (2023). Guía de salud mental y violencia de género: Protocolo de actuación. Confederación Salud Mental España.

Fernández Gutiérrez, R., Fernández Álvarez, N., Morán Suárez, M. L., Solís García, P., Fontanil, Y. y Alcedo, M. Á. (2024). Violencia hacia mujeres con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad,* 12(1), 7-52. https://redis.cedid.es/index.php/redis/article/view/975

Fundación CERMI Mujeres & CERMI Comunidad Valenciana. (2025). *Estudio sobre la situación de la violencia de género contra las mujeres con discapacidad en la Comunidad Valenciana 2022*. https://cermicv.es/wp-content/uploads/2025/06/Estudio-situacion-violencia-genero-mujeres-discapacidad-CV-2022.pdf

Fundación CERMI Mujeres. (2022). *Informe sobre violencia contra las mujeres con discapacidad: A partir de la explotación de los datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 de la DGVG* (Colección Generosidad, nº 16). https://fundacioncermimujeres.es/wp-content/uploads/2023/07/INFORME-SOBRE-VIOLENCIA-CONTRA-LAS-MUJERES-CON-DISCAPACIDAD-Generosidad-16_.pdf

Foro Europeo de la Discapacidad. Spain's legislation on forced sterilisation. https://www.edf-feph.org/spain-forced-sterilisation/

Foro Europeo de la Discapacidad. (2022). Forced sterilisation of persons with disabilities in the European Union. EDF Report – September 2022. https://www.edf-feph.org/end-forced-sterilisation-in-the-eu/

Foro Europeo de la Discapacidad (2024). Guide – Combating violence against women with disabilities | Engaging in the work of the Council of Europe's Group of experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO). https://www.edf-feph.org/publications/combating-violence-against-women-with-disabilities-a-guide-on-grevio/

Gomiz Pascual, M. P. (2015). Violencia contra las mujeres con discapacidad [Tesis doctoral, UNED]. E-Spacio UNED. http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:CiencPolSoc-Mpgomiz/GOMIZ_PASCUAL_M_del_Pilar_Tesis.pdf

Gomiz Pascual, M. P. (2016). La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad,* 4(2), 123-142. https://doi.org/10.5569/2340-5104.04.02.07

Gomiz Pascual, M. P. (2017). *Visibilizar la discapacidad. Hacia un modelo de ciudadanía inclusiva.* Editorial Fragua.

Inserta Empleo (Fundación ONCE). (2023). *Visibilidad de una realidad oculta a través del dato: mujer, discapacidad y violencia de género – Informe ejecutivo 2023*. https://mujeresenmodoon.es/wp-content/uploads/2024/06/MMON_informe_ejecutivo_visibilidad_dato_web.pdf

Institut Català de les Dones. (2020). *Diagnosi de necessitats específiques per l'abordatge de les violències masclistes en les dones amb discapacitat i propostes d'actuació*. https://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/docs/cdoc_publicacions_Diagnosi_dones_discapacitades.pdf

Instituto Canario de Igualdad & CERMI-Canarias. (2023). *Diagnóstico sobre mujeres con discapacidad y violencia de género en Canarias*. https://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/documentos/comunicacion/2023_Diagn%C3%B3stico_sobre_mujeres_con_discapacidad.pdf

Instituto de las Personas con Discapacidad. (2022). *Encuesta Nacional sobre la violencia hacia las mujeres con discapacidad en la pareja*. https://cidip.org.mx/wp-content/uploads/2023/07/Encuesta-Nacional-2022.pdf&ved=2ahUKEwjr64WopryPAxVdzAIHHeGINZ0QFnoECBkQAQ&usg=AOvVaw3saDRBVIdch757tylQ0pYc

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). *Violencia contra las mujeres en México: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021 — Nacional*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/nacional_resultados.pdf

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760

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/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-16345

Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón. (2007). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-11593

Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género (Galicia). (2007). https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-16611&p=20211213&tn=2

Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres (Comunidad Autónoma de las Illes Balears). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2016-7994

Ley 11/2022, de 20 de septiembre, contra la violencia de género de La Rioja. (2022). https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-16127

Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género (Comunidad Autónoma de Andalucía). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-2493

Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la violencia de género en Castilla y León. (2010). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=-BOE-A-2010-20072

Ley 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género (Comunidad Autónoma de Canarias). (2003). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-13618

Ley 2/2004, de 18 de marzo, de igualdad entre mujeres y hombres y de erradicación de la violencia de género (Cantabria). (2004). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-7685

Ley 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género (Principado de Asturias). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=-BOE-A-2011-7887

Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres (País Vasco). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=-BOE-A-2011-17779

Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres (País Vasco). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-9168#dd

Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una sociedad libre de violencia de género en Castilla-La Mancha. (2018). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-17065

Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. (2005). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-3667

Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (Cataluña). (2008). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-9294

Ley 5/2016, de 16 de diciembre, de igualdad de mujeres y hombres y de erradicación de la violencia de género (Illes Balears). (2016). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2016-7994

Ley 7/2007, de 4 de abril, para la igualdad entre mujeres y hombres y de protección contra la violencia de género en la Región de Murcia (Región de Murcia). (2007). https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-12529

Ley 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-14978

Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género (Extremadura). (2011). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-6651

Ley 8/2011, de 3 de agosto, para la igualdad de mujeres y hombres y contra la violencia de género (Principado de Asturias). (2011). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-7887

Ley Foral 14/2015, de 10 de abril, para actuar contra la violencia hacia las mujeres (Comunidad Foral de Navarra). (2015). https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-4950

Measuring violence against women with disability, de la Organización Mundial de la Salud y ONU Mujeres. https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-03/measuring-violence-against-women-with-disability-en.pdf

Mujeres y jóvenes con discapacidad: Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Women Enabled International (WEI). https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/18-158-YouthDisabilities-SPANISH-2019-01-11-1621-web_0.pdf

Naciones Unidas. (1979). *Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.* https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities

Naciones Unidas. (2013). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez (A/HRC/22/53).* https://www.google.com/goto?url=CAESlgEB6zswFS0z9cCRnnItmt7VsfFEbsKoQil33GViYs0Z_g9W18SvPwERYfti6Em7Aw9CN7B-pnbMu5J_UNbizPSCwjTTgg4LscePI1pLImZcSowPHBY6QRL_Th5HCybB0K421HiE4HhvLb1OeK1J6b4GuBd6pEt3ClIjUrd2peY6JRpJA55g9_jD5VpLLxIDmZeLeKX6aHI

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2012). *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad (A/HRC/20/5).*

ONU Mujeres. (2018). *The Empowerment of Women and Girls with Disabilities: Towards Full and Effective Participation and Gender Equality.*

Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de Mujeres y MESECVI. (2022). *Violencia de género contra las niñas y mujeres con discapacidad.* https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Informe-Violencia-Discapacidad-ESP.pdf

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Grupo Editorial Cinca.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2024). Directiva (UE) 2024/1385 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de mayo de 2024, sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. *Diario Oficial de la Unión Europea.* https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2024-80770

Parlamento Europeo. (2018). Parliamentary question - E-000791/2018. *Forced sterilisation of women and girls with disabilities in Spain.* https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-8-2018-000791_EN.html

Pérez Dalmeda, M. E. y Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad,* 7(1), 7-27.

Plena Inclusión España. (2023). Proyecto RESPONSE. Informe sobre la situación actual (SOTA). Servicios dedicados a hacer frente a la violencia de género contra las mujeres con discapacidad.

Prados García, C. (2021). La necesaria erradicación de la esterilización no consentida de mujeres con discapacidad desde el marco de los derechos humanos. *IgualdadES,* 5, 371-399. https://doi.org/10.18042/cepc/IgdES.5.13

Proyecto de Ley por la que se modifican el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, para la extensión y refuerzo de los derechos de las personas con discapacidad a la inclusión, la autonomía y la accesibilidad universal conforme al artículo 49 de la Constitución Española (2026)

Rebolledo Silva, M. J. (2026). Violencia epistémica y silencio estadístico: la invisibilidad jurídica de la violencia sexual contra mujeres con discapacidad como incumplimiento del deber de diligencia. *Derecho y Género,* 3(1), 78-107. https://doi.org/10.5565/rev/derechoygenero.61

Serra, M. L. (2017). Mujeres con discapacidad: sobre la discriminación y opresión interseccional. *Dykinson.* https://doi.org/10.2307/j.ctv14gpdnm

RIBERDIS. (2022). *Situación de la violencia contra las mujeres con discapacidad en Extremadura*. http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/6521/Estudio_violencia_contra_las_mujeres_con_discapacidad_en_Extremadura.pdf?sequence=1

Tardón Recio, M. B. (2017). La violencia institucional de género. Eunomía. *Revista en Cultura de la Legalidad,* 12, 172-186. https://doi.org/10.20318/eunomia.2017.3646

UN Women. (2024). *Addressing stigma and discrimination to eliminate violence against women with disabilities: Lessons from Pakistan, Palestine, Republic of Moldova and Samoa.* https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-11/addressing-stigma-and-discrimination-to-eliminate-violence-against-women-with-disabilities-en.pdf

UNFPA. (2018). *Mujeres y jóvenes con discapacidad: directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/18-158-YouthDisabilities-SPANISH-2019-01-11-1621-web_0.pdf

Violence against women with disabilities study, por el Consejo Nacional para la Mujer de Egipto y el CAPMAS junto a ONU Mujeres. https://egypt.unwomen.org/sites/default/files/2022-08/Violence%20Against%20Women%20with%20Disabilities%20%28English%29%20%20Compressed.pdf

Vivas Tesón, I. (2021). La esterilización forzosa de mujeres y niñas con discapacidad. En G. Tomás y A. Vidu (coords.). *Mujer como motor de innovación jurídica y social.* Valencia: Tirant lo Blanch. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8065870

Women's Aid & Disabled Gender Based Violence Taskforce. (2024). *Disabled women's experiences of intimate partner abuse in Ireland: Research project report*. https://www.womensaid.ie/app/uploads/2024/10/Disabled-Womens-Experiences-of-Intimate-Partner-Abuse-in-Ireland-Research-Project-Report.pdf

World Health Organization. (2001). *Putting women first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women* (WHO/FCH/GWH/01.1). https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FCH-GWH-01.1

World Health Organization. (2022). *Measuring violence against women with disability*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240089563

Yupanqui-Concha, A., Aranda-Farias, C. y Ferrer-Pérez, V. A. (2021). Violencias invisibles hacia mujeres y niñas con discapacidad: elementos que favorecen la continuidad de la práctica de esterilización forzada en Chile. *Revista de Estudios Sociales,* 1(77), 58-75. https://doi.org/10.7440/res77.2021.04

Las violencias contra las mujeres con discapacidad en España.
Análisis cualitativo y cuantitativo

www.observatoriodeladiscapacidad.info

91 745 24 59 C/ Serrano, 140 - 28006 Madrid

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030
OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD