

15

Protocolo para la atención de mujeres supervivientes de violencia con discapacidad

Mónica Martínez Caballero
y Cristóbal Meseguer Liza

Introducción

En 1975, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) manifestó por primera vez la gravedad del problema de la violencia hacia las mujeres. Debido a la magnitud y al impacto que alcanzó, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la violencia contra la mujer como un problema de Salud Pública. Desde entonces numerosos organismos institucionales a nivel internacional¹⁻³ y organizaciones no gubernamentales⁴ constituidas por personas afectadas, han considerado la violencia contra las mujeres como una forma de vulneración de sus derechos fundamentales.

Se entiende violencia contra la mujer como: “Cualquier acto de violencia específica por razones de sexo que resulte o pueda resultar en daños o sufrimientos físicos, sexuales, o psíquicos para las mujeres, incluyendo la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad para las mujeres, ya se produzca en la vida pública o en la vida privada”.

En 1993, la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*⁵ de la ONU reconoce por primera vez la vulnerabilidad de “las mujeres con discapacidades” ante la violencia y desde entonces numerosos autores^{6, 7} han puesto de manifiesto que estas mujeres son receptoras de mayor número de abusos que aquellas sin discapacidad. Según el *Informe del Par-*

lamento Europeo sobre la Situación de las Mujeres pertenecientes a Grupos Minoritarios recabado en 2004⁸, el 80% de las mujeres con discapacidad son víctimas de violencia y tienen un riesgo cuatro veces mayor que el resto de mujeres a sufrir violencia sexual. Cabe destacar que posiblemente, el número de víctimas sea superior al reflejado en las estadísticas ya que estos actos se desarrollan frecuentemente en entornos familiares e íntimos fuera del alcance social. Según el informe *Violencia y Mujer con Discapacidad*⁴ elaborado en el marco del Proyecto METIS, el riesgo aumenta vertiginosamente cuando la mujer tiene “deficiencias severas, problemas de comunicación o de aprendizaje”.

Las mujeres con discapacidad se enfrentan diariamente a una múltiple discriminación debido a dos factores fundamentales: el género y la discapacidad^{9, 10}. En primer lugar, sufren la desvalorización social del rol femenino provocada por los patrones impuestos en la sociedad patriarcal y androcéntrica que imperaba en nuestro país hasta la época franquista, donde el prototipo de hombre considerado ideal era aquel que respondía al arquetipo viril (hombre-blanco-adulto-guerrero), y por tanto, la figura de la mujer al no cumplir el arquetipo, es discriminada, sometida y subordinada al varón. De ahí, la división de roles y la imposición de relaciones sociales de género, donde la mujer es relegada al espacio privado, sin reconocimiento social, donde era la encargada del cuidado de los hijos, personas mayores y enfermos. En el caso de la mujer con discapacidad, el rol de cuidadora se ve anulado por su condición de discapacidad, ya que no es considerada capaz de desempeñar dicha función, además es considerada como un ser asexuado limitándole el acceso a la sexualidad y maternidad. En segundo lugar, son discriminadas por tener una discapacidad que las diferencia del resto de mujeres, esto está relacionado con la imagen social de la mujer ante la sociedad. Varios autores^{10,12} hacen alusión a esta paradoja, en la sociedad actual la población dominante tiene definido un patrón estético que se identifica con el éxito de la persona. La sociedad enfatiza la delgadez como criterio de belleza, mientras que la discapacidad es vista como un “déficit” y el ideal impuesto queda lejos de su alcance.

La violencia contra la mujer es la expresión de la relación de desigualdad entre los géneros desencadenada por una cuestión de superioridad hacia la mujer con discapacidad, es decir, se ejerce como mecanismo de control, re-

legando y manteniendo a la mujer en una posición secundaria respecto al hombre, lo que indica que el agresor obtiene algún tipo de beneficio o ventaja al recurrir a una conducta que, además, repite sistemáticamente. No se golpea, ni se insulta a una mujer de forma aislada, sino que el agresor intenta ejercer un control sobre ella a través de la violencia, y la mujer de forma inconsciente, cae dentro del comportamiento de “indefensión aprendida”¹¹.

La vulnerabilidad de las mujeres que presentan algún tipo de discapacidad física o sensorial, está propiciada según algunos autores^{4,13,14} por la capacidad mermada para defenderse físicamente, los problemas de movilidad y comunicación que dificultan el acceso a la información y/o recursos y provoca un aumento de la dependencia de terceras personas para satisfacer sus necesidades básicas diarias, el miedo a denunciar la situación por temor a perder la red de cuidados, la ausencia de recursos especializados que atiendan su situación, la percepción errónea por parte de las mujeres sobre qué es violencia y dónde comienza el límite de la violación de sus derechos y una menor credibilidad ante sus denuncias. Todos estos factores aumentan su indefensión y por tanto su vulnerabilidad ante situaciones de maltrato. No existe una causa única que provoque la violencia pero si una serie de factores de riesgo que favorecen su aparición.

La situación de la mujer y su papel ha ido cambiando a lo largo del tiempo, a pesar de ello, todavía hoy continúa estando en una situación de desigualdad respecto al hombre debido a los estereotipos y prejuicios establecidos en la sociedad, difíciles de cambiar. En nuestro país, se comenzó a dar una tímida respuesta por parte de la Administraciones Públicas, ante el problema social de la violencia en 1984 publicando las primeras cifras de las mujeres agredidas⁴. No obstante, no fue hasta la *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres* de 2006, cuando se introduce el perfil de la mujer con discapacidad en los estudios¹⁵.

En la actualidad, la mayoría de Comunidades Autónomas de España, cuentan con documentación (planes, protocolos, leyes, acuerdos interinstitucionales, etc.) para hacer frente a la violencia contra la mujer, pero solo algunos de ellos, hacen referencia explícita en algunos de sus apartados a la mujer con discapacidad entre ellos Andalucía^{13,16}, Asturias¹⁷, Castilla La Mancha¹⁸, Castilla y León¹⁹, Galicia²⁰, Madrid²¹ y País Vasco²².

Importancia del problema

En el mundo existen alrededor de 250 millones de mujeres con discapacidad y en Europa aproximadamente un 10% de la población presenta algún tipo de discapacidad. Según la última *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2008, en España hay 3.85 millones de personas residentes en hogares que afirman tener alguna discapacidad, de los cuales 2.3 millones son mujeres²³. A estos preocupantes datos, se añaden las previsiones que indican una tendencia al alza de estas cifras a lo largo de los próximos años, debido al envejecimiento de la población mundial y al incremento de los problemas crónicos de salud (diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales).

A pesar de la trascendencia del problema, los estudios sobre la violencia en las mujeres con discapacidad son escasos, debido en gran medida a la heterogeneidad de la población, es decir, la multitud de formas en que puede darse la violencia, y las distintas características que puede presentar una persona con discapacidad atendiendo a sus limitaciones; y también a la invisibilidad social que rodea este problema. Esta invisibilidad viene retroalimentada a su vez por las insuficientes denuncias interpuestas junto con la mitificación de la violencia como un “problema privado”, nada más lejos de la realidad. A pesar de que los medios de comunicación intentan hacerse eco de este problema, los casos que aparecen son solo un porcentaje mínimo de la realidad, lo que se conoce como la “punta del iceberg”.

La mayoría de los estudios realizados proceden de América del Norte y Australia⁴, los cuales señalan que más de la mitad de las mujeres con discapacidad han sufrido abusos físicos en comparación con la tercera parte de las mujeres sin ella; o que un 40% de las mujeres con discapacidad sufre o ha sufrido algún tipo de violencia, de la que en un 70% de los casos procede de la misma persona que la cuida o de la que depende.

Una característica muy importante a destacar en este problema es, el agresor habitual que suele estar detrás de este tipo de violencia. Algunos estudios^{1,4} afirman que, generalmente la violencia no suele propiciarse por personas desconocidas o lejanas a la mujer, suelen ser, personas cercanas al entorno. Otros estudios canadienses y americanos, nombrados por el *Informe Violencia y Mujer con Discapacidad* (1998) especifican aún más, estableciendo




que los principales agresores de la mujer con discapacidad son: el padre y la madre, seguido de los cuidadores, médicos, personal de enfermería, personal de instituciones residenciales, y en último lugar, maridos, novios, ex novios, hermanos, tíos y abuelos. Un dato curioso que aparece en esta clasificación, y conviene aclarar, es el hecho de que los maridos, novios y ex novios, aparezcan en último lugar como agresores hacia mujeres con discapacidad, siendo ellos los principales agresores en la violencia de género, y es que la mayoría de mujeres con discapacidad severa, física o intelectual, no llegan a tener pareja, y conviven con sus familias o institucionalizadas.

Para la mujer con discapacidad, resulta bastante duro emocionalmente que el propio agresor sea algún familiar con el que tiene que compartir la vida cotidiana. De ahí que, uno de los principales obstáculos a la hora de interponer la denuncia es el miedo a futuras represalias por parte del agresor, a perder los vínculos familiares y/o la red de cuidados que en la mayoría de casos, depende de su familia más cercana. Un estudio⁴ identifica tres obstáculos esenciales para que la mujer decida abandonar la situación: la carencia de recursos, la ideología tradicional con la que todavía hoy cuentan muchas mujeres sobre todo de generaciones mayores; y la inadecuada respuesta institucional hacia este colectivo.

No existen estudios que comparen la prevalencia según el agresor (violencia doméstica VS violencia de género), solo está claro que las mujeres con discapacidad tienen mayor prevalencia a sufrir cualquiera de los tres tipos de violencia comunes en la población general –violencia física, psicológica y sexual- y además, aquella relacionada con la discapacidad que a menudo no está recogida en las investigaciones realizadas, por lo que parte de estos abusos pasan desapercibidos y las estimaciones sobre las tasas de prevalencia e incidencia están subestimadas.



Existen otras muchas formas de violencia en nuestro entorno más próximo que están asimiladas socialmente y no se conciben como tal, como es la violencia verbal, las insinuaciones, los rumores, las descalificaciones, las valoraciones despectivas, los fanatismos ideológicos y religiosos, los “micromachismos”, las expresiones racistas, xenófobas y sexistas y un largo etcétera^{10,24}.

La violencia ocasiona múltiples y graves consecuencias físicas (diversas lesiones, agravamiento de la discapacidad, deterioro funcional, muerte, etc.), psicológicas (depresión, sentimientos negativos, trastornos del sueño, de la



conducta alimentaria, intento de suicidio, etc.) y sociales (aislamiento, pérdida de empleo, de relaciones sociales, etc.) perjudiciales para la salud de la propia mujer. Con motivo de estas consecuencias, muchas mujeres que por diversas circunstancias no se atreven a denunciar la agresión, acuden regularmente a los servicios sanitarios y manifiestan sintomatología inespecífica a los profesionales. En la mayoría de ocasiones, estos no relacionan el malestar de la mujer con la situación de violencia y atribuyen los síntomas a otro problema de salud o a la discapacidad en sí.

Los profesionales socio-sanitarios se enfrentan a una serie de obstáculos que dificultan la identificación del maltrato: por parte de la mujer (miedo a perder vínculos familiares, a perder la red de cuidados, a los trámites judiciales, a nuevas agresiones, falta de conciencia sobre el problema, resistencia al cambio, desconfianza del personal sanitario, etc.); por parte del personal sanitario (falta de sensibilidad con el problema, mitos y estereotipo adquiridos en la sociedad, experiencias personales con la violencia, desconocimiento de las estrategias para afrontar la situación, actitud paternalista, etc.); en el contexto de la consulta (falta de recursos, dificultad de comunicación, sobrecarga asistencia, presencia del agresor, etc.); en el contexto social (barreras arquitectónicas, ausencia de recursos específicos, invisibilidad de la mujer con discapacidad, etc.).



Por ello, es fundamental que los profesionales cuenten con los recursos óptimos y los conocimientos suficientes para abordar estas situaciones. Deben de ser conscientes que la resolución de este problema comienza con su detección para lo que deberán desarrollar estrategias específicas adecuadas a la situación de cada mujer.

Este trabajo tiene como objetivo principal establecer unas pautas de atención comunes ante situaciones de violencia hacia las mujeres con discapacidad, para todos los profesionales socio-sanitarios, especialmente aquellos que desempeñen su labor profesional en el ámbito de la discapacidad. Con ello, se pretende mejorar la atención biopsicosocial de las mujeres a través de un procedimiento común para lograr una atención eficaz y eficiente; realizar una detección precoz de posibles casos para intentar minimizar el impacto de la violencia; formar y sensibilizar a los profesionales del gran problema existente y de la invisibilidad inherente del mismo; conseguir una colaboración y coordinación interdisciplinar y crear una base de datos para facilitar el seguimiento de los casos.

Material y métodos

Para la elaboración de este protocolo se ha desarrollado una búsqueda informática y manual de distintos protocolos de actuación y manuales sobre violencia y discapacidad existentes en las diferentes comunidades autónomas de todo el territorio nacional. La búsqueda se realizó durante los meses de marzo a mayo de 2010. Las referencias encontradas fueron sometidas a una revisión minuciosa y se adaptaron a las características particulares de las mujeres con discapacidad.

Resultados

Población Diana

Toda mujer, de 18 a 65 años, con discapacidad física y/o sensorial, que acuda a un centro sanitario de Atención Primaria, Especializada o Servicio de Urgencias, con signos, actitudes o comportamientos sospechosos de violencia, o relatos de haber sufrido malos tratos físicos, psíquicos o sexuales.

Plan de actuación

El protocolo se estructura en las siguientes fases:

I. Detección y valoración del estado de la mujer.

- A. Exploración física y/o ginecológica.
- B. Exploración psicológica.
- C. Exploración social.

II. Intervención según caso:

- A. Mujer sin riesgo actual de sufrir violencia
- B. Mujer con sospecha de sufrir violencia pero no lo reconoce
- C. Mujer víctima de violencia, sin peligro extremo
- D. Mujer víctima de violencia, con peligro extremo

I. Detección y valoración del estado de la mujer.

La detección y valoración de la situación de la mujer con discapacidad se basa en la entrevista con la mujer, aunque muchas veces, esto no será fácil debido a los problemas de comunicación, sobre todo con las mujeres sordas o que desconozcan el idioma.

Cuando recibimos por primera vez a una mujer con discapacidad, debemos tener en cuenta unos aspectos comunes acerca del trato y la comunicación

con ellas para facilitarles la integración y disminuir su inseguridad; así como garantizarle la confidencialidad, intimidad y privacidad, con el fin de ganar su confianza para poder detectar e intervenir con ella. Por este motivo, es de vital importancia que la entrevista la realicemos de manera individual, ya que habitualmente la mujer con discapacidad suele acudir al centro sanitario acompañada, y en la mayoría de los casos, el acompañante es el agresor o cómplice de la agresión.

Durante la entrevista es fundamental escucharla activamente, mostrarle empatía, comprensión, aceptación, apoyo, y no emitir juicios de valor, ya que podrían surgir obstáculos para que la mujer relatara los hechos, o incluso podría querer evitar hablar. El uso de preguntas facilitadoras (*La veo preocupada, ¿Cómo van las cosas por casa/ en el centro?; ¿Está usted contenta con las relaciones familiares?; Me gustaría conocer su opinión, sobre los síntomas que me ha relatado (nerviosismo, estrés, depresión, etc.), ¿A qué piensa que son debidos?; Esta lesión puede aparecer cuando una mujer ha sufrido un golpe, empujón, corte, etc. ¿Es ese su caso?*) puede ayudar a detectar el problema, no obstante el profesional deberá prestar atención y sospechar ante la presencia de indicadores relacionados con antecedentes personales (consumo de medicamentos, drogas o alcohol, intentos de suicidio, no aceptar su discapacidad), motivos de consulta (periodos de hiperfrecuencia combinados con largas ausencias, incumplimiento de citas o tratamientos, uso repetido de los servicios de urgencias), incongruencia entre la lesión y la explicación dada del motivo, lesiones en zonas sospechosas, justificación de la lesión, falta de cuidado personal, rasgos depresivos, etc.

De la misma manera se debe cuidar el entorno donde realicemos la entrevista, es decir, asegurarnos que vamos a contar con el tiempo necesario para que la mujer tome confianza y exprese sus sentimientos sin ningún tipo de interrupción. Se debe evitar siempre crear falsas esperanzas, culpabilizar o desconfiar de su versión, recomendar terapias con el agresor o mediación familiar, etc.

Ante la revelación de malos tratos, deberá informarse a la mujer de la importancia de denunciar ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad para tomar las medidas de seguridad adecuadas a su situación, y en caso de que la mujer no quiera interponer denuncia, debemos informarle de la obligatoriedad para el personal sanitario de realizar un parte de lesiones ante cualquier sospecha de malos tratos o presencia de heridas.

La exploración biopsicosocial se realizará a todas aquellas mujeres que muestren indicios positivos de abuso o agresiones, y a las que declaren ser víctimas de violencia; pero antes de proceder a efectuar las exploraciones pertinentes, se debe hacer una recogida de datos personales de la mujer, la anamnesis, y antecedentes personales que servirán para cumplimentar el parte de lesiones.

A. Exploración física y/o ginecológica.

Se deberá informar obligatoriamente a la mujer de las exploraciones que se le van a realizar, en qué consisten y la finalidad de cada una de ellas. La mujer con discapacidad deberá dar su consentimiento para poder realizarlas.

La exploración debe de ser lo más completa posible, buscando lesiones traumáticas recientes y/o antiguas. Se debe observar la localización de las mismas que puede ser múltiple y variada, generalmente se da en las extremidades, cabeza, cara, cuello y tronco, así como en zonas de castigo (nalgas y manos). Se debe observar el estadio en que se encuentra la equimosis, ya que nos proporcionará información sobre la fecha de la agresión, así como posibles signos de defensa (heridas en la cara interior de las manos, antebrazos, etc.). Los tipos de lesiones más frecuentes son: traumatismos, erosiones, quemaduras, heridas, cicatrices recientes, mordeduras, contusiones, y lesiones de las mucosas.

La exploración ginecológica solo se realizará en caso de que la mujer con discapacidad revele que ha sido agredida sexualmente, o el personal sanitario tenga indicios de ello. Se debe realizar por una ginecóloga o matrona, y en caso que la mujer declare que ha sufrido una agresión sexual, se realizará simultáneamente con personal forense, para evitar someter a la mujer a repetidas exploraciones. La coordinación de ambos ámbitos (judicial y sanitario) es fundamental para la atención integral de las mujeres.

La localización de las agresiones puede ser variada por lo que la exploración debe ser completa, prestando atención a la zona vulvo-vaginal, vagina, cuello uterino, útero, periné, ano y zona mamaria. La toma de muestras dependerá del tipo de agresión sufrida, pero en todo caso se realizará un *estudio citobacteriológico*; para descartar posibles Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y búsqueda de esperma u otras sustancias; una *analítica sanguínea*, para diagnosticar un embarazo, VIH, o Hepatitis B; y una *recogida exhaustiva de muestras* (ropas con manchas de sangre y/o semen, pelos, vello púbico, etc.), que se realizará siempre por un profesional médico forense.

Finalizada la toma de muestras, debe darse a la mujer la posibilidad de ducharse y cambiarse de ropa antes de iniciar el tratamiento que irá fundamentalmente dirigido a la profilaxis de ETS y de embarazo, así como al tratamiento de lesiones y la prevención de las secuelas físicas.

B. Exploración psicológica.

Se debe observar la respuesta psicológica de la mujer incluyendo las alteraciones comportamentales (abuso de ansiolíticos o drogas; actitud de vigilancia, pasividad, sentimiento de culpa o vergüenza, etc.), el comportamiento verbal (bloqueo del habla, tartamudez, verbalización excesiva, etc.), las manifestaciones somáticas (alteraciones del apetito, enuresis, sudoración, temblor, etc.) y las respuestas psíquicas inmediatas tales como el abatimiento, ansiedad, confusión, explosión de enfado, rabia o sobresalto, negación, shock, temor/ terror, etc. En caso de considerarlo conveniente y acorde con las necesidades de la mujer, se debe derivar a la consulta de atención psicológica, enfocada tanto a la atención en crisis, como a un tratamiento psicológico prolongado.

C. Exploración Social.

La valoración social la debe realizar un/a trabajador/a social, donde se evaluará la estructura familiar, situación socio-familiar y económica de la mujer, el apoyo social recibido, y los recursos personales de afrontamiento. Se deberá valorar otras posibles víctimas en la familia.

Con la recolección de datos el trabajador social completará el Informe Social, que posteriormente puede serle solicitado por el Juzgado de Guardia. Los datos serán volcados al sistema informático correspondiente. En algunos casos será necesaria la coordinación del trabajador/a social del centro sanitario con el/la trabajador/a social de zona, para recabar más datos o corroborar los expresados por la mujer.

II. Intervención según caso.

A. Mujer sin riesgo actual de sufrir violencia.

Una vez realizada la *acogida inicial* de la mujer que llega al centro sanitario y la *detección* de violencia a través de la *identificación de indicadores* de maltrato en la *entrevista inicial* y en la observación por el personal so-

ciosanitario; si se descarta la presencia de indicadores positivos de violencia contra la mujer, la intervención sociosanitaria se basará en:

- Informar sobre su situación y los recursos más adecuados a sus necesidades.
- Sensibilizar sobre el problema de violencia, y la vulnerabilidad de la mujer con discapacidad ante el mismo.
- Ofrecer nuestro apoyo e invitar a que acuda a nuestra consulta cuando tenga alguna duda o problema.
- Registrar la intervención en la Historia Clínica de la mujer, anotando todas las actuaciones realizadas e información recogida, y la fecha de la intervención.
- Realizar un seguimiento anual o siempre que se sospeche o se tenga nuevos indicios.

B. Mujer con sospecha de sufrir violencia pero no lo reconoce.

Cuando el personal sociosanitario encuentre en la mujer *indicadores* o lesiones visibles que le hagan sospechar, se someterá a la mujer a una *exploración biopsicosocial* para confirmar la violencia. El objetivo de este plan de intervención es el reconocimiento por parte de la víctima de la agresión, para poder intervenir de forma consciente con ella. Si a través de la *entrevista* y con la ayuda de las preguntas facilitadoras, la mujer confirma la situación de maltrato, se seguirá el plan de actuación que proceda en su caso (Con peligro/sin peligro extremo); y si no lo confirma, la actuación del personal se fundamentará en:

- Prestar asistencia a las lesiones, si las hubiera.
- Informar a la mujer sobre su situación (comentar nuestras sospechas) e identificar los recursos más adecuados a su situación.
- Ofrecer nuestro apoyo e invitar a que venga a nuestra consulta cuando tenga alguna duda o problema.
- Acompañar en la toma de decisiones, e intentar el reconocimiento de la agresión por parte de la mujer, si esta no accede no presionar para no provocar rechazo.
- Evaluar el riesgo y la seguridad de la mujer y de sus hijos/as, si tiene.
- En caso de que el/la Trabajador/a Social no haya intervenido con la mujer, derivar para realizar intervención sobre situaciones de riesgo

social que pueda presentar (atención a la problemática social o derivación a otros recursos: CAVI)

- En caso de lesiones, emitir parte de lesiones y notificar al Juzgado de Guardia.
- Registrar la intervención en la Historia Clínica de la mujer, anotando todas las actuaciones realizadas e información recogida, y la fecha de la intervención.
- Realizar un seguimiento mensual, concertando citas con la mujer, para mejorar la comunicación y ganar su confianza.

C. Mujer víctima de violencia, sin peligro extremo.

Este plan de intervención se aplicará cuando, la mujer llegue al centro sanitario y declare que ha sufrido una agresión o es víctima de malos tratos continuados en el tiempo, o bien cuando tras la entrevista realizada por el profesional confirme que sufre violencia.

El principal objetivo de este plan, es acompañar a la mujer durante el proceso para que no se sienta sola, y fomentar su autonomía o empoderamiento para que pueda afrontar con éxito los cambios necesarios que se aproximan.

Tras la entrevista, se le realizará a la mujer una exploración física, psicológica y social. La intervención del profesional se basará en:

- Prestar asistencia a las lesiones, si las hubiera.
- Informar a la mujer sobre la situación en la que se encuentra, las consecuencias sobre su salud y bienestar psicosocial, y los recursos a los que puede acceder.
- Mostrar nuestro apoyo intentando aumentar su autoestima, y ayudándola en la toma de decisiones.
- En caso de que el/la Trabajador/a Social no haya intervenido con la mujer, derivar para realizar intervención sobre situaciones de riesgo social que pueda presentar (atención a la problemática social o derivación a otros recursos: CAVI)
- Realizar parte de lesiones y notificar al Juzgado de Guardia.
- Evaluar el riesgo y la seguridad de la mujer (y de sus hijos/as si los tuviese); en caso de que el riesgo sea negativo, se seguirá este plan, si la mujer corre peligro, se aplicará el plan "Mujer con peligro extremo".

- Plantear una estrategia de seguridad y escenario de protección, en previsión de una situación urgente que la obligue a abandonar el domicilio.
- Registrar la intervención en la Historia Clínica de la mujer, anotando todas las actuaciones realizadas e información recogida, y la fecha de la intervención.
- Realizar un seguimiento semanal, concertando citas con la mujer para que acuda al centro sanitario. Los principales objetivos de este seguimiento son, prevenir nuevos episodios de violencia, reevaluar el peligro y atender los nuevos problemas detectados, así como recordarle los recursos accesibles en su entorno.

D. Mujer víctima de violencia, con peligro extremo.

Cuando la mujer asista al centro sanitario y declare que ha sufrido una agresión recientemente o está en riesgo de sufrirla y su vida se encuentra en peligro, se pondrá en marcha este plan de intervención; de la misma manera también se aplicará, cuando el profesional sociosanitario tras la "Evaluación del riesgo y seguridad" de la mujer verifique que se encuentra en peligro de sufrir una agresión.

Se le realizará la entrevista de acogida y las diversas exploraciones para cumplimentar el Parte de Lesiones. La siguiente actuación se basará en:

- Prestar asistencia a las lesiones, si las hubiera.
- Informar a la mujer sobre su situación (hacerla consciente del peligro que corre), y sobre las consecuencias que la violencia origina en su salud y en su bienestar psicosocial.
- Ofrecer nuestro apoyo, recordándole que no está sola y las diversas estrategias a seguir.
- Realizar parte de lesiones y notificar al Juzgado de Guardia.
- Si tiene hijos/as menores, contactar con el pediatra, y valorar la activación del Protocolo de Maltrato Infantil.
- Intervenir según su decisión:
 - **Si decide abandonar hoy el domicilio**, se debe conocer la situación de la mujer, relación actual con el agresor, si tiene hijos y donde se encuentran actualmente, apoyos formales o informales, si tiene preparado algún plan de seguridad, etc. Se debe contactar con el

112, y activar los recursos necesarios a su situación (Casa de Emergencia, Casa de Acogida, etc.) y concertar un seguimiento.

- **Si decide regresar a su domicilio**, se debe informar sobre recursos y teléfonos de interés, para solicitar información y asesoramiento. Se debe contactar con el 112, y plantear el caso con el fin de establecer una estrategia de seguridad y escenario de protección, en previsión de una situación urgente que la obligue a abandonar el domicilio. Se deberá realizar un seguimiento semanal, concertando citas con la mujer, y estableciendo un horario de llamadas o visitas, para no levantar sospecha en el agresor.
- **Si ya abandonó el hogar pero sigue en peligro**, se deberá informar de los recursos legales disponibles (medidas de protección) en caso de que no los haya solicitado previamente, si el agresor los ha quebrantado denunciar a la autoridad competente. Se deberá contactar con el 112, para activar el recurso (Casa de Emergencia) y el Protocolo de Maltrato Infantil, en caso de la existencia de menores. Realizar un seguimiento a través de la Trabajadora Social del Centro de Emergencia y registrar la intervención en la Historia Clínica.

Algoritmo de actuación Ver Anexo I.

Recursos necesarios

Para desarrollar este protocolo es necesario disponer de una serie de recursos humanos (profesionales que intervienen de manera directa con las mujeres como es el caso de médicos, personal de enfermería, matronas, trabajadores/as sociales, auxiliares de enfermería, y en algunos casos, también será necesario un/a intérprete de lengua de signos y un/a traductor/a de idiomas); recursos materiales (espacio que garantice intimidad y confidencialidad libre de barreras arquitectónicas y con todas las herramientas necesarias y material clínico de diagnóstico y tratamiento, además de material ortoprotésico y medios audiovisuales e informáticos para facilitar una atención integral de las mujeres con problemas de comunicación); y recursos económicos suficientes.

Revisión

La revisión de este protocolo deberá realizarse obligatoriamente en un tiempo máximo de dos años, siempre y cuando las necesidades de las usuarias y/o profesionales, cambios normativos o avances del conocimiento científico no requieran una revisión anticipada.

Conclusiones

La mujer con discapacidad es una persona vulnerable a la violencia por lo que se debe trabajar para disminuir el número de agresiones y prevenir su aparición; no obstante, esto no es fácil si no se dispone de las herramientas y recursos necesarios para alcanzar dicho objetivo.

Debemos tener en cuenta, que los diferentes tipos de violencia ejercidos hacia la mujer con discapacidad habitualmente se llevan a cabo en el ámbito familiar o doméstico, lo que dificulta en gran medida el conocimiento del problema a las Administraciones Públicas competentes, y/o Cuerpos y Fuerzas de Seguridad. Por ello, el personal sociosanitario y los cuerpos de seguridad, deben estar preparados y concienciados sobre la realidad de este problema, y ser conscientes del riesgo que existe.

Los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario o de la discapacidad tienen una posición privilegiada para detectar fácilmente la aparición de indicadores relacionados con la violencia. Este protocolo pretende convertirse en una herramienta eficaz para ayudar y coordinar la atención de la paciente, evitando situaciones de incertidumbre de los profesionales, sin embargo se debe tener en cuenta, que la puesta en marcha de un protocolo, además de la implicación de los profesionales, es necesaria una inversión tecnológica, formación y contratación de personal especializado.

Bibliografía

- 1 Defensor del Pueblo. La violencia doméstica contra las mujeres. Madrid; 1998.
- 2 ONU. Las cuatro conferencias mundiales sobre la mujer, 1975 a 1995: Una perspectiva histórica [en línea]. Nueva York; 2000. [Acceso 26 mayo 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/Mujer2011.htm>
- 3 Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: Resolución 34/180, (18 de diciembre de 1979). [Acceso 13 mayo 2010]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0031.pdf>
- 4 Iglesias M; Gil G; Joneken A; Mickler B; Knudsen J. *Violencia y mujer con discapacidad* [en línea]. Proyecto METIS, iniciativa Daphne de la U.E. Asociación Iniciativas y Estudios Sociales; 1998. [Acceso 03 abril 2010]. Disponible en: <http://isonomia.uji.es/docs/spanish/investigacion/mujeres/violenciaymujerdiscap.pdf>
- 5 Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración A/RES/48/104 sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. [Acceso 12 abril 2010]. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.ares.48.104.sp?open-document](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.ares.48.104.sp?open-document)
- 6 Jiménez Lara A. "La invisibilidad de la violencia ejercida contra las mujeres con discapacidad", en *Congreso Nacional sobre mujer y discapacidad*. Murcia; 2001. [Acceso 03 abril 2010]. Disponible en: <http://usuarios discapnet.es/ajimenez/imagen/Mujerydiscapacidad.htm>
- 7 Platero R. "Salud, violencia y (dis)capacidad: mujeres sordas y malos tratos", en Ramos García, E (coord.) *La salud de las mujeres: Hacia la igualdad de género en salud, I Congreso Nacional*. Madrid: Instituto de la Mujer; 2002. pp. 277-285.
- 8 Informe sobre la situación de las mujeres de los grupos minoritarios en la Unión Europea [en línea]. Estrasburgo: Parlamento Europeo; 2004. [Acceso 16 abril 2010]. URL disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=/EP//NONSGML+REPORT+A5-2004-0102+0+DOC+PDF+V0//ES>
- 9 Muñoz Luque B. "El sexismo en la actualidad: La cara oculta de la violencia contra las mujeres", en 7ª ed. *Congreso sobre violencia contra la mujer*.

- Alicante; 2009. [Acceso 03 abril de 2010]. Disponible en: <http://www.congresoviolenCIamujer.com/archivos/ponencia-berta.pdf>
- 10 Mun Man Shum G; Conde Rodríguez A; Portillo Mayorga I. *Mujer, discapacidad y violencia. El rostro oculto de la desigualdad*. Madrid: Instituto de la Mujer; 2006.
 - 11 Eginez E. "Violencia de género y discapacidad", en *Seminario Violencia de Género y Discapacidades*. Vitoria: Asociación de personas con discapacidad física de Álava; 2004. [Acceso 03 abril 2010]. Disponible en: <http://www.eraberri.org/archivos/Comunicaci%F3n-EGINAREN.pdf>
 - 12 Instituto de la Mujer. *La salud en las mujeres con discapacidad*. Guía Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007. [Consultado 28 abril 2010]. Disponible en: <http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/salud%20XVII.pdf>
 - 13 Millán Madera S; Sepúlveda García de la Torre A; Sepúlveda García de la Torre P; González Mori B. *Mujeres con discapacidad y violencia sexual: Guía para profesionales*. Andalucía: Consejería de Igualdad y Bienestar Social. [Acceso 18 marzo 2010]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/.../Violencia_Sexual/Violencia_sexual.pdf
 - 14 Moya A; García P; Carrasco MJ. "Discriminación en mujeres con discapacidad: una propuesta de prevención e intervención educativa" [Internet]. *Educatio Siglo XXI*; 2006. [Acceso 7 mayo 2010]; 24(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/educatio/article/view/159/142>
 - 15 Instituto de la Mujer. *III Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006: 176-189. [Acceso 03 abril 2010]. Disponible en: www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud.../violencia%20final.pdf
 - 16 Instituto Andaluz de la Mujer. *I Plan Estratégico para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Andalucía 2010- 2013*. Andalucía: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social; 2010, pp.40.
 - 17 Principado de Asturias. *Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género en el Principado de Asturias*. Asturias: Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad e Instituto Asturiano de la Mujer; 2009.
 - 18 Bayot Mestre, A. (coord.). *Estudio Cualitativo de la situación de la mujer*

con discapacidad en Castilla La Mancha. Castilla La Mancha: Instituto de la Mujer y COCEMFE; 2006.

- 19 Consejo Sectorial de la Mujer. Guía de prevención de la violencia hacia la mujer. Burgos: Ayuntamiento de Burgos; n.d.
- 20 Lei 11/2007, do 27 de xullo, galega para a prevención e o tratamento integral da violencia de xénero. Diario Oficial de Galicia nº 152, (07 de agosto de 2007).
- 21 Federación de Organizaciones a favor de Personas con Discapacidad Intelectual. Guía Violencia de Género y Mujeres con discapacidad Intelectual. Madrid: Consejería de Empleo y Mujer; 2009.
- 22 Instituto Vasco de la Mujer. Guía de actuación ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres para profesionales de los servicios sociales; 2006. [Acceso 27 abril 2010]. Disponible en: http://www.bizkaia.net/gizartekintza/Genero_Indarkeria/blt2/irudiak/guia_malostratos_c.pdf
- 23 Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de dependencia [Internet]; 2008. [Acceso 23 abril 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>
- 24 Bonino Méndez L. Micromachismos: La violencia invisible en la pareja. [Internet] [Acceso 03 mayo 2010]. Disponible en: <http://www.redmasculinidades.com/resource/images/BookCatalog/Doc/00068.pdf>

Anexo I

ALGORITMO DE ACTUACIÓN

