

GEA

**Estudio sobre la gestión del empoderamiento
y la accesibilidad en derechos de las mujeres y niñas
con problemas de salud mental en España**



Fecha de Edición: diciembre de 2025

Edita: Confederación Salud Mental España

Coordinación y redacción: Área de Investigación y Proyectos de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Coordinado por:

Financiado por:

Facilitado por:



Diseño y maquetación: La Factoría de Ediciones®

© Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright. Puedes escribirnos para solicitar nuestra autorización a: confederacion@consaludmental.org.

Índice

Carta presentación	9
1. Introducción	10
2. Agradecimientos	12
3. Justificación y objetivos del estudio	14
3.1. Objetivo general del estudio. ¿Por qué es necesario?	14
3.2. Objetivos específicos. ¿Qué queremos saber?	16
3.3 Estructura del informe	18
4. Marco conceptual y teórico del estudio	19
4.1. El concepto de salud mental	19
4.2. Las aportaciones feministas a los problemas de salud mental	20
4.3. La perspectiva de derechos en salud mental	25
5. Metodología	29
5.1. Etapas de la investigación	29
5.2 Ejes de análisis	31
5.3. Perfiles participantes en la investigación	33
5.4. Técnicas de recogida de la información	34
5.5. Retos metodológicos	37
6. Punto de partida: exploración teórica y de datos existentes	40
6.1. La prevalencia y autopercepción de problemas de salud mental en España.	40
6.2. Formas de vulneración de los derechos.	41
7. Resultados de la investigación	
cualitativa y cuantitativa	43
7.1. Bienestar y malestares de género	48
7.2. Estigma y Autoestigma	55
7.3. Vínculos y cuidados	66
7.4. Acceso, uso y diseño de los servicios de salud mental	72
7.5. Ocupación, vivienda y feminización de la pobreza.	87
7.6. Participación social.	94
7.7. Violencias machistas	100
8. Conclusiones y líneas estratégicas para la incidencia política	117
8.1. Principales conclusiones: Retomando los objetivos planteados	117
8.2. Reflexiones y reivindicaciones	120
8.3. Recomendaciones y propuestas para la incidencia política	124
9. Bibliografía	135
Anexos	139
Anexo A. Guiones de los grupos focales y entrevistas	139
Anexo B. Perfiles de las muestras de las encuestas	152

Índice de figuras, gráficos y tablas

Figuras

Figura 1. Foco de la investigación	16
Figura 2. Estructura del informe.	18
Figura 3. Esferas de la vida cotidiana	32
Figura 4. Técnicas de investigación usadas	34
Figura 5. Distribución por provincias de las participantes	153
Figura 6. Distribución por provincias de los y las familiares participantes.	163
Figura 7. Distribución por provincias de los y las profesionales participantes	164
Figura 8. Distribución por provincia de los y las familiares de las niñas y adolescentes participantes	169
Figura 9. Distribución por provincia de los y las profesionales de infancia y adolescencia	171

Gráficos

Gráfico 1. Impactos del trabajo de cuidados de familiares y/o personas cercanas	44
Gráfico 2. Percepción del sistema de salud mental.	46
Gráfico 3. Impactos identificados frente a la vulneración de derechos sociales.	48
Gráfico 4. Bienestar emocional de las mujeres en la última semana	50
Gráfico 5. Satisfacción experimentada en distintos ámbitos de la vida	52
Gráfico 6. Causas de los problemas de salud mental.	53
Gráfico 7. Autopercepción y autoconcepto según las mujeres con experiencia propia en salud mental	62
Gráfico 8. Impactos del trabajo de cuidados de familiares y/o personas cercanas	70
Gráfico 9. Valoración del sistema público según las mujeres con experiencia propia en salud mental	76
Gráfico 10. Facilidad de acceso a recursos y servicios	77
Gráfico 11. Conocimiento de la propia problemática de salud mental.	80
Gráfico 12. Barreras obstaculizadoras de acceso a acompañamiento terapéutico	83
Gráfico 13. Barreras obstaculizadoras a distintos colectivos de mujeres	84
Gráfico 14. Calidad del tratamiento recibido por niñas y adolescentes.	86
Gráfico 15. Valoraciones en el ámbito laboral según las mujeres con experiencia propia en salud mental	92
Gráfico 16. Afectación de la violencia machista según las mujeres con experiencia propia en salud mental	103
Gráfico 17. Prevalencia según tipología de violencia machista según las mujeres con experiencia propia en salud mental que la han experimentado.	104
Gráfico 18. Violencia machista en relaciones sexoafectivas según las mujeres con experiencia propia en salud mental	105
Gráfico 19. Violencia machista en entorno familiar según las mujeres con experiencia propia en salud mental	106
Gráfico 20. Violencia machista por personas desconocidas según las mujeres con experiencia propia en salud mental	107
Gráfico 21. Grado de satisfacción de los servicios especializados según las mujeres con experiencia propia en salud mental	111
Gráfico 22. Distribución por edad de las participantes	152
Gráfico 23. Distribución por identificación de género de las participantes	154
Gráfico 24. Distribución por orientación sexual de las participantes	154

Gráfico 25. Distribución por nacionalidad de las participantes	155
Gráfico 26. Distribución por nacionalidad de los progenitores de las participantes	156
Gráfico 27. Distribución según certificado de discapacidad de las participantes	157
Gráfico 28. Distribución por área urbana o rural de las participantes.	157
Gráfico 29. Autopercepción del estado de la salud mental de las participantes.	158
Gráfico 30. Presencia de diagnóstico de las participantes.	158
Gráfico 31. Distribución según nivel de estudios de las participantes	159
Gráfico 32. Distribución según situación laboral de las participantes	159
Gráfico 33. Distribución según número de personas que aportan un ingreso económico en el hogar o unidad de convivencia	160
Gráfico 34. Distribución según situación socioeconómica de las participantes	160
Gráfico 35. Distribución por género de los y las familiares participantes	161
Gráfico 36. Distribución por edad de los familiares participantes	162
Gráfico 37. Distribución por zona de trabajo principal de los y las profesionales participantes	165
Gráfico 38. Distribución por ámbito profesional de los y las profesionales participantes.	166
Gráfico 39. Distribución por ámbito profesional público o privado de los y las profesionales participantes	166
Gráfico 40. Distribución por edad de las niñas y adolescentes participantes	167
Gráfico 41. Distribución por nacionalidad española de las niñas y adolescentes participantes	167
Gráfico 42. Distribución por nacionalidad de los progenitores de las niñas y adolescentes participantes	168
Gráfico 43. Distribución por género de los y las profesionales de infancia y adolescencia.	170
Gráfico 44. Distribución por género de los y las profesionales de infancia y adolescencia.	171
Gráfico 45. Distribución por ámbito de trabajo de los y las profesionales de infancia y adolescencia . . .	172
Gráfico 46. Distribución por ámbito de trabajo de los y las profesionales de infancia y adolescencia . . .	173

Tablas

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales por razón de género	23
Tabla 2. Correlación entre diagnósticos y estereotipos de género	24
Tabla 3. Entrevistas realizadas	35
Tabla 4. Grupos focales realizados	36
Tabla 5. Perfiles de los cuestionarios.	37
Tabla 6. Garantía de derecho al acceso a recursos especializados.	45
Tabla 7. Vulneraciones de derechos identificadas por parte de profesionales	47
Tabla 8. Bienestar y malestares de género. Resumen de los principales resultados.	49
Tabla 9. Estigma y doble estigma. Resumen de los principales resultados	56
Tabla 10. Vínculos y cuidados. Resumen de los principales resultados.	68
Tabla 11. Acceso, uso y diseño de los servicios de salud mental. Resumen de los principales resultados	74
Tabla 12. Ocupación, vivienda y feminización de la pobreza. Resumen de los principales resultados.	88
Tabla 13. Participación social. Resumen de los principales resultados.	94
Tabla 14. Violencias machistas. Resumen de los principales resultados	101
Tabla 15. Conclusiones vinculadas a los objetivos planteados	118
Tabla 16. Distribución por edad de las participantes	153
Tabla 17. Distribución por identificación de género de las participantes	154
Tabla 18. Distribución por orientación sexual de las participantes.	155
Tabla 19. Distribución por nacionalidad de las participantes	155
Tabla 20. Distribución por nacionalidad de los progenitores de las participantes	156
Tabla 21. Distribución según certificado de discapacidad de las participantes	157
Tabla 22. Distribución por área urbana o rural de las participantes	158
Tabla 23. Distribución por género de los y las familiares participantes.	161
Tabla 24. Distribución por edad de los familiares participantes	162
Tabla 25. Distribución por género de los y las profesionales participantes	163
Tabla 26. Distribución por zona de trabajo principal de los y las profesionales participantes	165
Tabla 27. Distribución por ámbito profesional de los y las profesionales participantes	165
Tabla 28. Distribución por ámbito profesional público o privado de los y las profesionales participantes	166
Tabla 29. Distribución por edad de las niñas y adolescentes participantes.	167
Tabla 30. Distribución por nacionalidad española de las niñas y adolescentes participantes	168

Tabla 31. Distribución por nacionalidad de los progenitores de las niñas y adolescentes participantes . .	168
Tabla 32. Distribución por género de los y las profesionales de infancia y adolescencia	170
Tabla 33. Distribución por zona de trabajo principal de los y las profesionales de infancia y adolescencia	172
Tabla 34. Distribución por ámbito de trabajo de los y las profesionales de infancia y adolescencia. . . .	172
Tabla 35. Distribución por tipología de trabajo de los y las profesionales de infancia y adolescencia. . . .	173

Carta presentación

Existe un lugar hacia el que nos dirigimos: el disfrute de una vida plena con salud mental. La búsqueda de la salud mental es un fenómeno natural que todas y todos compartimos, y que, por tanto, nos hace iguales. ¿Por qué no facilitar esa búsqueda?

Para todo abordaje de la salud mental partimos de una certeza inamovible, y es saber que la salud mental está influida por diversos condicionantes. Si descubrimos aquellos factores que animan la salud mental obtendremos su condición positiva. Aparecen así la libertad y dignidad de la persona, y todas aquellas provisiones que hacen posible el desarrollo de un proyecto de vida independiente, libre de violencias y bajo el signo del bienestar. Aparecen la confianza, la autoestima, y la seguridad.

Frente a ello, los peligros que acechan en los márgenes del camino: las dentelladas de la pobreza, la exclusión, la discriminación, los prejuicios, la precariedad en la atención y, en definitiva, la negación de todo aquello que nos es propio. Estos condicionantes apagan nuestra energía.

Hay que recordar que el germen de la salud mental se encuentra en todas las formas de relación: en las relaciones socio afectivas, en las relaciones socio económicas, y en las relaciones socio sanitarias. Y a partir de ahí en la necesidad de apoyos, en la necesidad de un medio de vida, y en la necesidad de una atención sanitaria que no se conforme con auxiliar, sino que promueva una transformación de las expectativas vitales.

Pero pongamos el foco en la realidad que viven las mujeres, las jóvenes y las niñas. El análisis de los datos cuantitativos y cualitativos nos aboca al hallazgo de que en la salud mental de las mujeres y niñas se dibujan unos contornos que nos avisan de una realidad distinta. Su salud mental está fuertemente afectada por el vacío, pues no existe uno mayor que el olvido.

Nada hay donde no hay nada, pero en el linde del ingenio con la magia emerge una nueva esperanza; es el enfoque de derechos; el lugar de encuentro de la condición humana, principios que impulsan este estudio.

El vacío, la condición negativa, se reproduce en la inacción. Por el contrario, el bienestar, la salud mental, requieren de una acción planificada y consciente, una estrategia.

En este punto, el estudio GEA sobre el acceso a los derechos de mujeres y niñas con problemas de salud mental, muestra un escenario desolador pero real. La buena noticia es que, toda vez conocemos el mecanismo de una realidad, podremos intervenir sobre ella para producir cambios y transformaciones en clave de género e igualdad. Esta es la utilidad del estudio: analizar, detectar, señalar y concienciar sobre los derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental en España en base a sus necesidades sentidas, demandadas y detectadas.

Basilio García Copín

Vicepresidente de SALUD MENTAL ESPAÑA

1. Introducción

El **Programa GEA: Estudio sobre la gestión del empoderamiento y la accesibilidad en derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental en España** surge de la necesidad manifestada y detectada, no sólo por las mujeres que componen la Red Estatal de mujeres SALUD MENTAL ESPAÑA, o a través de los diversos espacios que hemos ido utilizando y facilitando para recoger todas las opiniones y demandas del movimiento asociativo, sino también de un proceso de análisis profundo a nivel técnico de la realidad de las mujeres, en coherencia con el Plan Estratégico de la Confederación 2024 – 2028 y su apuesta por la defensa de los derechos, lucha contra el estigma e incidencia social. En concreto, este estudio está relacionado con la línea 1 de defensa de derechos, lucha contra el estigma e incidencia política, con la línea 2 para la sensibilización, y con la línea 5 de servicios e innovación para la gestión del conocimiento.

Desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA tenemos un firme compromiso en trabajar desde un enfoque interseccional con perspectiva de género, aplicada a nuestras líneas de acción, formación y proyectos. Por eso, entendíamos que era el momento necesario para el planteamiento de este estudio en el que reflejar la realidad de las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental, que posibilitara un diagnóstico riguroso y fiable, a través de datos cuantitativos y cualitativos, y extrapolar los resultados para proponer las recomendaciones necesarias para un cambio social efectivo, igualitario e inclusivo para todas las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental. Sabemos que el objetivo es ambicioso, el Estudio GEA es el inicio y el medio para un primer acercamiento a la realidad de mujeres y niñas que sufren vulneraciones en sus derechos por el hecho de ser mujer, tener discapacidad y, específicamente, discapacidad psicosocial.

Decía Gloria Steinem que «las mujeres son agentes de cambio, no damas en espera» y, como tal, entendemos desde nuestro movimiento asociativo que las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental tienen que formar parte de todos los procesos, con la misma entidad, inclusión y validación que cualquier persona, porque tienen la capacidad y los derechos reconocidos a tal fin, y sus necesidades, demandas y malestares deben ser escuchadas y atendidas, potenciando su autonomía personal y autogobierno. En numerosas ocasiones, hemos visto, escuchado, experimentado o recogido cómo se ha invalidado e invisibilizado la realidad de las mujeres, especialmente de las mujeres, niñas y adolescentes con problemas de salud mental. Por lo que se hace aún más necesario un estudio que recoja este sesgo de género, esta intersección para poder prevenirla, diagnosticarla, analizarla y buscar mecanismos y herramientas de transformación e inclusión social.

Si ya la realidad de estas mujeres y niñas con problemas de salud mental entendíamos, por nuestra experiencia y trayectoria, que estaba bastante invisibilizada, hemos comprobado que sigue costando hablar de salud mental en clave de género, que incluso en programas, acciones y servicios con un enfoque de igualdad se sigue obviando la intersección de mujer y salud mental. Por tanto, **se hace pertinente hablar más de salud mental y género, y hacerlo desde las voces de las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental**, y recoger no sólo su testimonio, sino sus demandas, así como la de sus familiares y otros perfiles profesionales y expertos que intervienen con ellas para una visión integral. Es necesario empoderar y apoyar a las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental, para que reconozcan sus derechos, sepan detectar las vulneraciones y buscar los recursos y herramientas para encontrar soluciones. Asimismo, es importante fomentar el reciclaje de conocimientos en materia de igualdad de los equipos profesionales, de los y las representantes políticos y las administraciones públicas para evitar posibles sesgos de género en las intervenciones o políticas públicas. La sensibilización y formación desde los ámbitos educativos es otro factor clave para generar sociedades inclusivas y en clave de género.

A lo largo de este estudio haremos un repaso de la realidad en diversos ámbitos de estas mujeres: a nivel de cuidados, de violencias sufridas, de acceso a los recursos. Veremos cómo la sobremedicación es una práctica habitual, especialmente en mujeres, hasta situar a España como el primer país consumidor de psicofármacos a nivel mundial. Sin embargo, la invisibilización de las mujeres con problemas de salud mental, a veces desacreditadas por ello, hace que se patologicen sus malestares y no se analice desde una perspectiva de género. Los psicofármacos no son la única solución posible a sus malestares. GEA invita al análisis y la reflexión, a la búsqueda de respuestas y a seguir indagando para tener un mayor conocimiento y que no sean silenciadas.

En este sentido, GEA no es sólo un estudio del movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA, sino que, aunque nace de él, tiene un impacto de carácter estatal con la ambición de poder representar la situación de estas mujeres y niñas en todo el Estado español. Es necesario ampliar la mirada para salir del androcentrismo del diseño de políticas, servicios y recursos sobre cuyo marco han estado diseñados sin dar respuesta a las necesidades de esta mujeres y niñas con problemas de salud mental, haciendo un ejercicio de reflexión sobre los sesgos de los propios profesionales y o familiares para evitar paternalismos o estigmatización en pro del empoderamiento, reconocimiento, validación, inclusión social, desarrollo y autonomía personal de todas ellas.

La realidad de las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental intersecciona no sólo con factores biológicos, sino sociales, económicos, familiares y relacionales. La soledad y falta de apoyos, el estigma o autoestigma también serán factores de vulnerabilidad importantes y a tener en cuenta.

Creemos firmemente en el fomento de la autonomía y desarrollo personal de estas mujeres, y ello pasa por el acompañamiento a través de recursos y equipos especializados y formados en salud mental y género, de sus redes de apoyo familiares y sociales, así como de las y los representantes políticos y de toda la sociedad en general.

La cultura, sociedad y los mandatos de género, así como la sobreprotección de las redes sociofamiliares y profesionales impactan sobre estas mujeres y niñas, y también debemos detenernos en ello.

Por otro lado, la feminización de la pobreza veremos que está relacionada con el nivel de salud mental y amplifica las desigualdades de las mujeres, limitando el acceso a los recursos.



2. Agradecimientos

En primer lugar, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a las mujeres con problemas de salud mental, así como a sus familias, los y las profesionales, decisores/as políticos y personas expertas en la materia del ámbito académico que han participado en esta investigación. Gracias por explicar vuestras historias y los obstáculos encontrados en vuestras trayectorias, pero gracias también por transmitirnos la esperanza y formular propuestas para mejorar el sistema de atención a la salud mental. Vuestra valentía por narrar las experiencias más difíciles es una muestra de empatía y lucha para evitar que estas experiencias las vivan otras mujeres. Además, vuestra implicación y voz han sido fundamentales para el desarrollo de este estudio en todas sus fases y para visibilizar realidades que en muchos otros ámbitos han sido invisibilizados.

Queremos agradecer también el papel al grupo motor, por vuestra dedicación y la voluntad de hacer accesible el conocimiento generado en esta investigación. Vuestro esfuerzo para difundir los hallazgos y sensibilizar sobre la importancia de la salud mental, así como el compromiso con la igualdad y la justicia social han sido clave para que este proyecto se llevara a cabo con éxito.

Asimismo, extendemos nuestro agradecimiento a las entidades que forman parte de la RED SALUD MENTAL ESPAÑA y a otras organizaciones que trabajan con mujeres con problemas de salud mental y que han colaborado en la difusión de las encuestas. Vuestro apoyo y recursos han sido un pilar en el desarrollo de este estudio.

Gracias, del mismo modo, al equipo técnico de la Confederación que ha creído, impulsado y liderado este proyecto, y gracias, ¿cómo no?, a todo el equipo que compone la consultora G360° que nos ha acompañado a lo largo de este enriquecedor proceso haciéndolo posible.

Agradecemos también la participación a las estudiantes de Psicología de distintas universidades del territorio español que han colaborado en este proyecto dando soporte en la recogida de información cuantitativa y cualitativa. La implicación fue imprescindible para dar un impulso en la difusión de las encuestas y permitarnos llegar a una muestra más amplia y representativa. Gracias por el entusiasmo, contribución y apoyo.

A todas las personas que han participado y han dado soporte a este proyecto, tanto a nivel institucional como personal, les compartimos nuestro más profundo respeto y agradecimiento.

Este estudio es el resultado del interés y demandas detectadas por la Confederación con el compromiso para seguir luchando por un sistema de atención más justo e inclusivo en clave de género y fomentando la sensibilización, así como de la implicación de distintos/as agentes que demuestran el compromiso con la salud mental y la igualdad de género.

Gracias de corazón y esperamos que os resulte de utilidad.



Justificación del estudio



3. Justificación y objetivos del estudio

3.1. Objetivo general del estudio. ¿Por qué es necesario?

Para comenzar este estudio, partiremos de una visión general con un breve análisis en materia de derechos a nivel internacional, pasando a analizar más detalladamente el plano estatal y los derechos en clave de género de las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental en España.

En este sentido, a nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición (2022) establece la salud mental como **un derecho humano fundamental**. Sin embargo, la misma OMS constató a nivel global la insuficiencia de recursos para ofrecer una respuesta adecuada en lo relativo a esta materia. En el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*, propuso los siguientes objetivos: reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en materia de la salud mental; proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta; poner en práctica estrategias de promoción y prevención; y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental. En su *Informe mundial sobre salud mental* (2022) se exhorta a todas las partes implicadas a establecer una cooperación y compromiso para garantizar la atención en los sistemas de atención favoreciendo el cuidado de la salud mental y acceso a los mismos.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud considera la salud mental como un «estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad» y afirma que, a nivel mundial, el 2,8 % del gasto total está destinado a la cobertura de servicios de salud mental, inversión que es menor en los países de bajos ingresos con un gasto aproximado de 0,5 %.

Según Mental Health América para el abordaje de la salud mental es necesario romper el tabú en torno a la salud mental y hablar y educar sobre ello, al mismo tiempo que aumentar el acceso a los recursos de salud mental e involucrar a la comunidad en iniciativas que fomenten el cuidado de la misma. Se estima que el número de personas que no han recibido tratamiento para sus problemas de salud mental oscila alrededor de 28 millones y el porcentaje de personas adultas que intenta y no puede acceder a tratamientos es del 28 % siendo casi un 55 % las personas adultas que no reciben ningún tipo de tratamiento.

Acorde a la Organización de las Naciones Unidas, los problemas de salud mental se multiplican. En relación a África se calcula que existan más de 116 millones de personas con enfermedades de salud mental, donde está aumentando de manera alarmante el índice de conductas suicidas y las limitaciones presupuestarias cada vez más preocupantes y limitantes, con un porcentaje de psiquiatras 100 veces menor a lo recomendado. En el informe de 2025 sobre bienestar y vida sana se insta a los Estados a garantizar la cobertura universal en materia sanitaria por lo que se debe aumentar el gasto a nivel mundial para reducir las desigualdades. Además, los conflictos bélicos de la actualidad (como Gaza y Ucrania) hacen aumentar y agravar exponencialmente los problemas de salud mental, reduciéndose sustancialmente la accesibilidad a los servicios básicos, con un alto coste emocional.

A nivel nacional, **la Constitución española** de 1978 reconoce, en su artículo 43, apartado 1, el derecho a la protección a la salud, y en su apartado 2, se incluye un mandato a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Concretamente, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 18.8, atribuye a las Administraciones públicas el deber de promover y mejorar la salud mental. Además, en su artículo 20, la Ley General de Sanidad incorpora principios rectores como la plena integración de la salud mental en el sistema sanitario general, la inclusión de la salud mental en el ámbito comunitario y la atención integral y coordinada. Con posterioridad, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en sus artículos 12 y 13, incluyó la atención a la salud mental como parte integrante de las prestaciones de atención primaria y atención especializada, desarrolladas y concretadas en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. A pesar de la normativa nacional e internacional, *«El enfoque de los derechos que defiende la Convención sigue sin aterrizar en las leyes y políticas públicas de España»* (FEAFES Extremadura, 2020:12).

Por todo ello, este estudio se estima necesario en este momento por las necesidades detectadas en nuestro movimiento asociativo y, más en concreto por las demandas planteadas por la RED Estatal de Mujeres que hemos ido recogiendo, y por el análisis técnico del Área de Investigación y Proyectos de la Confederación que, junto con los datos y otros estudios, quedan corroborados. Este documento plantea que el acceso a derechos como el de la salud mental está condicionado por distintas desigualdades (económicas, de género, territoriales, etc.) por lo que, a pesar de la igualdad formal y ante la ley, la igualdad real y efectiva sigue sin conseguirse, especialmente para las mujeres y niñas. Por este motivo, **en este estudio se busca profundizar en cómo afectan las desigualdades de género en el acceso a derechos de las mujeres y niñas cuando intersecciona con problemas de salud mental.**

Como explican autoras como la profesora y artista Kate Millet o la antropóloga cultural Gayle Rubin, ambas activistas feministas, existe un sistema de relaciones desiguales entre hombres y mujeres, llamado de diversas formas (patriarcado, sistema sexual/ de género, política sexual...), que genera y sigue manteniendo barreras y dificultades para que las mujeres tengan un acceso real a los derechos fundamentales. Se detectan varios factores constatados que han ayudado a mantener este sistema desde la Revolución Industrial hasta la actualidad, en el que se han producido cambios sociales que matizan, pero no invalidan, esas desigualdades.

Con este contexto, si queremos responder a la pregunta anteriormente planteada observamos que existen pocos estudios en España que hagan un análisis de las necesidades vitales y las experiencias específicas de las mujeres y niñas con problemas de salud mental.¹ Por esta razón, el **objetivo general de este estudio consiste**

1. De ahora en adelante, para facilitar la lectura, se hablará de mujeres con problemas de salud mental para hacer referencia también a las mujeres que tienen discapacidad psicosocial. Los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad a nivel mundial y su diagnóstico o la mera percepción de que se tiene ya es motivo suficiente para generar discapacidad psicosocial.

en conocer mejor las condiciones de vida de las mujeres y niñas² con problemas de salud mental para mejorar su calidad de vida señalando las vulneraciones de derechos y su capacidad de autonomía así como conocer las situaciones que viven las mujeres con problemas de salud mental que resultan en una falta de igualdad efectiva de derechos y oportunidades en los distintos ámbitos de participación social, política y económica en nuestro país.

De esta forma, entendemos que en este estudio se aborda la relación entre dos problemáticas que históricamente han estado poco investigadas de forma conjunta:

Figura 1. Foco de la investigación



Fuente: Elaboración Propia

3.2. Objetivos específicos. ¿Qué queremos saber?

El objetivo general, descrito anteriormente, se materializa en 3 objetivos específicos de investigación y 1 objetivo propositivo:

1. Conocer el **nivel de aplicación** de los derechos sociales con perspectiva de género y salud mental con los que cuentan las mujeres con problemas de salud mental en el Estado español para detectar las necesidades y situaciones de vulneración de los derechos que viven.
2. Conocer los **recursos y dispositivos especializados** existentes y el nivel de **accesibilidad** de los mismos, así como las **carencias** detectadas o **vulneraciones** encontradas. A través de este objetivo, se trata de identificar si los recursos existentes pueden dar espacio a las necesidades detectadas y revertir las situaciones de vulneración que puedan existir.
3. Identificar el **papel de los y las diferentes agentes implicados/as** y el nivel de **concienciación social existente**. En este punto, se contemplan distintos agentes como las mismas mujeres con problemas de salud mental, sus familiares, las entidades sociales, los equipos profesionales, decisores políticos, administraciones públicas, etc.
4. Proponer **recomendaciones y establecer conclusiones** para transformar las necesidades en oportunidades para un cambio social efectivo, que resulten de utilidad a las propias mujeres y niñas, así como a los diferentes perfiles que intervienen con ellas, a la sociedad civil en general para una mayor sensibilización y las personas con capacidad de decisión política.

2. Del mismo modo que la nota anterior, en el estudio, si no se especifica lo contrario, hablamos de mujeres para referirnos a niñas, adolescentes y mujeres de todas las edades.

Se plantea, así, realizar un estudio que recoja datos cualitativos y cuantitativos, contemplando el marco de los derechos de las mujeres con problemas de salud mental a nivel estatal. Para ello, partimos de un análisis en el contexto europeo para centrarnos en el Estado español, empleando un enfoque sistémico e integral, con una perspectiva de género transversal a todas las cuestiones y ejes abordados en este estudio.

A partir de las preguntas iniciales planteadas en el apartado 3. *Justificación y objetivos* y, una vez conocidas las investigaciones realizadas hasta el momento, proponemos las siguientes preguntas para guiar la investigación:

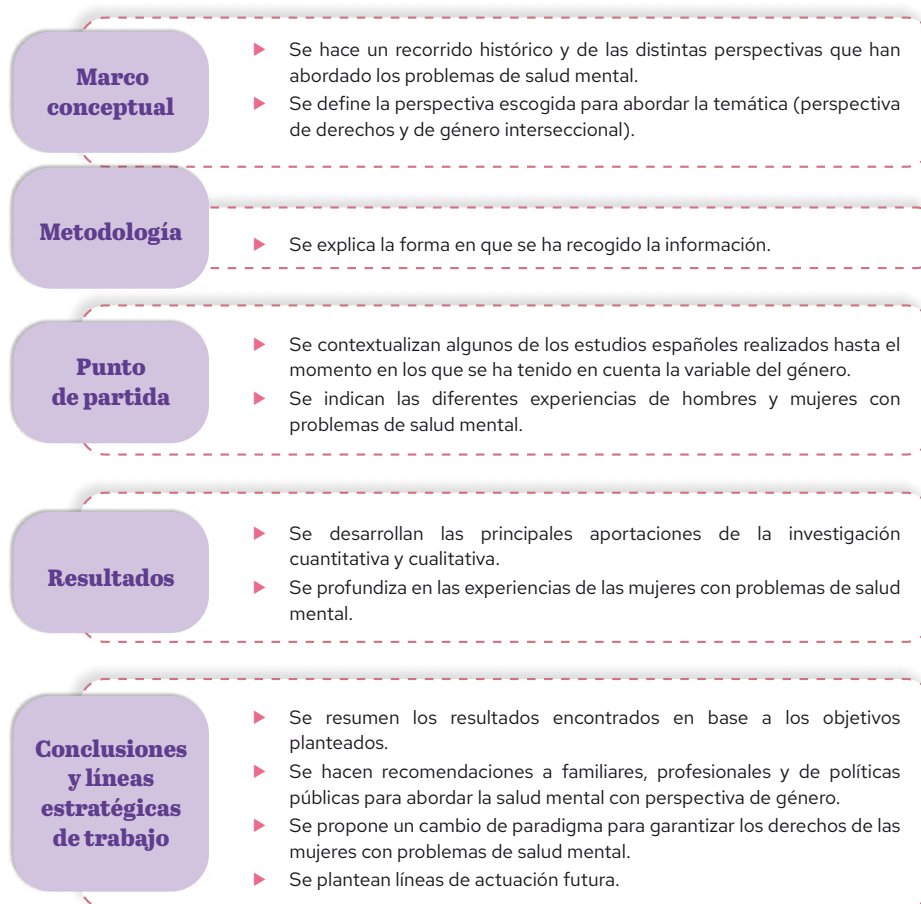
- a.** ¿Los hombres y las mujeres con problemas de salud mental encuentran las mismas barreras para ejercer sus derechos?
- b.** ¿Cuáles son las barreras y obstáculos específicos de las mujeres con problemas de salud mental para el ejercicio de sus derechos?
- c.** ¿Qué papel juegan sus familias, relaciones sexoafectivas, amistades, las entidades sociales y los servicios públicos en el ejercicio o vulneración de estos derechos?



3.3 Estructura del informe

A continuación, se presentan, de forma esquemática, los distintos apartados del presente documento y el contenido que se puede encontrar en ellos:

Figura 2. Estructura del informe



Fuente: Elaboración propia

4. Marco conceptual y teórico del estudio

El estudio sobre los problemas de salud mental es un campo que se ha abordado desde hace años desde distintas disciplinas como la psicología, la psiquiatría y la sociología, entre otras.

En el presente estudio, la perspectiva teórica se enmarca dentro del paradigma social y del enfoque feminista interseccional, con especial atención a la garantía de los derechos humanos.

Desde esta óptica, la sociedad y las estructuras sociales tienen un papel fundamental para adaptarse a las diversidades y hacer efectivos los derechos de las mujeres con problemas de salud mental.

A continuación, se explica la terminología utilizada en base al paradigma social, las aportaciones de los estudios feministas a la salud mental y, por último, la perspectiva de derechos.

4.1. El concepto de salud mental

Actualmente, cuando hablamos de salud mental, a menudo nos referimos únicamente a la ausencia o presencia de diagnóstico clínico al respecto. El principal sistema de diagnóstico que se utiliza en psiquiatría es el DSM-V, aunque en España se usa comúnmente la International Classification of Diseases (Clasificación Internacional de Enfermedades, ICD o CIE-11 en español) de la Organización Mundial de la Salud. En ambos textos, se utiliza la terminología «trastornos mentales», quedando limitados los problemas de salud mental a etiquetas diagnósticas estipuladas únicamente desde la mirada de los y las profesionales de la salud mental.

En el presente estudio, se utiliza el concepto «**problemas de salud mental**» incluyendo y legitimando así tanto aquellos malestares que identifican las personas sobre su salud mental (autopercepción negativa de su salud mental) como aquellos problemas que han sido diagnosticados como trastornos mentales.

Cabe recordar que **los propios diagnósticos de salud mental no están exentos de sesgos de género, culturales e históricos** y deben ser analizados en este estudio teniendo en cuenta esta clave también.

Desde esta perspectiva, se han reconocido las dificultades y consecuencias negativas para las mujeres del hecho de delimitar, señalar y distinguir entre sus malestares, identificando aquello que es considerado diagnóstico y aquello que es normalizado. *«Etiquetar, diagnosticar y decidir qué mujeres son «normales» y cuáles están enfermas, nerviosas o locas ha colaborado en gran medida a empeorar la salud mental de las mujeres»* (Valls, 2020:23). Sabemos, pues, que **el hecho de ser diagnosticadas puede tener un efecto liberador** en cuanto al reconocimiento del sistema de salud y de la sociedad en general, el malestar tiene «nombre», **pero, a la vez, fomenta el estigma sobre las mujeres que conviven con el diagnóstico**. Este mismo estigma tendrá **consecuencias en su salud mental** y en sus procesos vitales en general. Así, será crucial incluir a los relatos de ese malestar una perspectiva clínica, pero también una perspectiva biográfica y una mirada biopsicosocial.

En la misma línea, creemos que es necesario incluir el término **‘Persona con experiencia propia en salud mental’ (PEP)**. La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2023) lo utiliza para designar a aquellas personas que atraviesan o han atravesado algún problema de salud mental y/o sufrimiento psíquico. Para construir esta categoría, se han tomado en consideración dos variables: por un lado, se han incluido dentro de este término a todas las personas que declaran haber sido diagnosticadas con algún problema de salud mental a lo largo de su vida. Por otro lado, para no excluir de esta categoría a las personas que puedan estar sufriendo a causa de su salud mental, se incluye también a aquellas que autoevalúan su salud mental como «muy mala» o «mala».

4.2. Las aportaciones feministas a los problemas de salud mental

«El problema es que todo lo que digamos puede ser, y es, utilizado en contra nuestra. La subvaloración o exageración de nuestras necesidades como mujeres encierra graves peligros para todas nosotras. Conocer mejor nuestra biología no nos debe hacer perder nunca de vista el hecho de que no estamos oprimidas por nuestra biología, sino por un sistema social basado en la dominación sexual y de clase».

Barbara Ehrenreich y Deirdre English

La **salud de las mujeres** ha sido reducida históricamente en términos de su **salud reproductiva (aunque sin especial atención a la salud mental perinatal)** o del impacto del trabajo sobre su salud. Sin embargo, sabemos que más mujeres que hombres en el mundo sufren problemas de salud mental.

Los estudios de género y feministas nos aportan una mirada amplia sobre la salud mental, analizando los condicionamientos sociales, culturales e históricos que interactúan, así como las posibles desigualdades existentes. De esta manera, superamos el análisis tradicional de los problemas de salud mental como una situación meramente individual de la persona y aplicamos una mirada social y política de la propia salud mental.

Se trata de realizar un análisis que permita identificar, cuestionar y valorar la discriminación y las desigualdades. Esto significa aproximarse a cualquier fenómeno o realidad social entendiendo que el género es una construcción social (no es solo biológico) y que genera relaciones de poder y un modelo de organización social desigual.

En el marco de este trabajo, cabe destacar también la aportación de activistas y académicas negras como Kimberlé Crenshaw (1989), Patricia Hill Collins (2002) o Combahee River Collective (2014) que proponen el concepto de **interseccionalidad**. La interseccionalidad es el estudio de las identidades sociales solapadas y sus respectivos sistemas de opresión, dominación, discriminación o privilegio. La teoría sugiere y examina cómo diversas categorías biológicas, sociales y culturales como la edad, el género, la etnia, la clase, la discapacidad, la orientación sexual, la religión, la casta, la nacionalidad y otros ejes de identidad interaccionan situando a los individuos en diferentes y cambiantes posiciones de poder, así como realidades y experiencias específicas. Estas ideas confluirán más tarde, ya casi en el siglo XXI, con el modelo de la diversidad y las teorías críticas al capacitismo.

A continuación, se describen algunos aspectos clave, desde la perspectiva feminista, para vislumbrar los impactos del género en las mujeres con problemas de salud mental.

4.2.1. Los impactos y las desigualdades de género en salud mental

Los estudios que abordan la salud mental desde la perspectiva de género identifican 3 ejes principales de análisis a tener en cuenta:

- a. **Invisibilización de los cuerpos femeninos.** Esta línea de trabajo señala la invisibilización de las mujeres en la investigación biomédica y farmacológica y sus consecuencias en la construcción de conocimiento y atención.
- b. **Las desigualdades de género y los padecimientos subjetivos.** Esta línea de investigación pone el foco en cómo los factores sociales y condiciones de vida de las mujeres afectan a su salud mental. Así, esta perspectiva se preocupa por las experiencias, situaciones y contextos que llevan a padecer de modos diferenciales a mujeres y hombres, con mayor vulnerabilidad para las mujeres, así como también a desarrollar con mayor prevalencia cierto tipo de padecimientos. Esto es lo que se define como la **morbilidad femenina diferencial**, el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque solo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque son mucho más frecuentes en el sexo femenino (Valls et al., 2008)
- c. **Medicalización de las mujeres.** Los estudios agrupados en esta línea, aun cuando reconocen la medicalización como una estrategia general de control social, sostienen que el caso de las mujeres no constituye un ejemplo más, sino una situación paradigmática (Esteban, 2003) recibiendo mayor medicalización que los hombres ante la misma situación planteada, especialmente en cuanto a la prescripción de psicofármacos.

El presente estudio se desarrolla teniendo en cuenta las tres líneas anteriores y las investigaciones de las últimas décadas en las que «se postula que son las variables socioculturales, que actúan a través de los roles y patrones de conducta socialmente impuestos, las que, en última instancia, «condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan su sufrimiento y las estrategias que adoptan para satisfacer sus necesidades de atención psiquiátrica». (ATELSAM SALUD MENTAL, 2020:10). Es decir, lejos de una perspectiva biológica en la que la naturaleza psicológica de las mujeres las hace más vulnerables, en este estudio se explora el marco explicativo de las desigualdades de género de las mujeres para comprender las barreras y obstáculos que les dificultan o impiden hacer efectivos sus derechos.

4.2.2. El androcentrismo en salud mental

El androcentrismo es la práctica, consciente o no, de otorgar a lo masculino una posición central en la sociedad y su organización. Desde una perspectiva androcéntrica, los hombres son el referente universal y las mujeres

quedan en un plano de exclusión e invisibilidad (la excepción). Igual que en otras disciplinas, **la ciencia y la salud han estado marcadas por este sesgo** y su cuerpo de conocimiento y sus estructuras han sido construidas desde este supuesto universal masculino. **La consecuencia de este sesgo es la emergencia de dificultades para diagnosticar qué les ocurre a las mujeres o el porqué de sus malestares.** Dos de los principales sesgos de los problemas de salud mental de las mujeres son:

1. **El reduccionismo psicológico y/o psiquiátrico.** Hace referencia a la cultura biomédica «biologicista, esencialista, naturalizadora, en cuanto que sustenta la definición de los síntomas y malestares en la biología (una determinada interpretación de la misma) y jerarquiza lo social y lo cultural a lo biológico/psicológico». (Valls, 2009:45). El impacto en las mujeres de este reduccionismo es doble: por un lado, facilita que se puedan justificar las desigualdades sociales a partir de una biología y psicología definidas como diferenciales, que no han sido probadas. Por otro lado, la psiquiatrización de la salud mental supone la fragmentación de los cuerpos femeninos. «Los cuerpos femeninos están tan fragmentados que ellas no solo no reconocen sus propios síntomas, sino que acuden a diferentes especialistas de forma espontánea, pensando que cada dolor de una parte de su cuerpo se ha producido por alguna «causa» diferente». (Valls, 2020:29). El papel del médico o la médica de cabecera o de familia, que debería diagnosticar qué hay debajo de todo este malestar, queda limitado por la falta de tiempo y de recursos de atención. De esta forma, **el abuso de la derivación a especialistas y la organización de los servicios de salud contribuyen a la fragmentación del cuerpo femenino.**
2. **El reduccionismo de la violencia de género.** Esto lleva a entender y superar la creencia de que la violencia de género es únicamente la violencia en el ámbito de la pareja y la que se expresa como violencia física o psicológica, e integrar en la mirada profesional y social que esta violencia «constituye una extensión o continuación de una violencia cultural hacia las mujeres» (Valls, 2009: 293). Dado que la violencia machista o de género en sus múltiples formas (familiar, laboral, estructural, simbólica, etc.) se produce diariamente, es importante erradicarla a través de otros múltiples relatos, estrategias y medios que permitan hacerla visible, algo que también debe hacerse especialmente en las prácticas profesionales del ámbito sociosanitario.

El androcentrismo se traslada a la práctica y mirada profesional en salud mental de distintas maneras. González-Sanjuán (2011) señala algunas de las crecientes evidencias de la desigualdad e invisibilización de las mujeres a través de la mirada profesional y del sistema de salud:

- ▶ **La discriminación de las mujeres en la investigación médica,** que se ha manifestado de distintas maneras, como la realización de ensayos clínicos solo en varones, la extrapolación de factores de riesgo en hombres directamente hacia las mujeres, ignorar los comportamientos particulares de las mujeres en estudios sobre drogas y adicciones, centrarse exclusivamente en la salud reproductiva de las mujeres sin atención a la salud mental perinatal, menstruación o menopausia, diversidad de familias y maternidades, etc.
- ▶ **La invisibilización de las necesidades específicas de las mujeres.** Existe una visión predominante que hace extensivas las actuaciones y protocolos de intervención que han sido diseñados para los hombres a la atención y el tratamiento de las mujeres.
- ▶ **La mayor proporción de mujeres que de hombres que reciben el diagnóstico de** «síntomas y signos inespecíficos o mal definidos», como si la clasificación general de las enfermedades se hubiera realizado a partir de los síntomas y signos de los pacientes masculinos.
- ▶ **La mirada estereotipada sobre las pacientes mujeres y sus malestares.** Los estudios sobre actitudes de los y las médicas en atención primaria han mostrado que una importante proporción califican a sus pacientes

femeninas como excesivamente «quejicas», y que su sintomatología es, con mucha más frecuencia, atribuida a influencias emocionales. Esto ha comportado que a menudo cataloguen sus síntomas como psicósomáticas, algo que raramente se produce en los pacientes masculinos, en los que aprecian que sus demandas son más serias (Velasco, Ruiz y Álvarez-Dardet, 2006).

4.2.3. Los mandatos de género en el diagnóstico

En distintos estudios, como el de Margot Pujal (2019), se ha observado que la distribución de categorías diagnósticas se ha atribuido de forma diferente a mujeres y hombres. Algunas de las categorías diagnósticas asociadas a hombres y mujeres son las siguientes:

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales por razón de género

Categorías diagnosticadas atribuidas mayoritariamente a MUJERES	Categorías diagnosticadas atribuidas mayoritariamente a HOMBRES
Trastornos depresivos	Trastornos de personalidad, antisocial, narcisista esquizoide y esquizotípica.
Trastornos de ansiedad	Trastornos de sustancia y adictivos (a excepción de por consumo de sedantes, ansiolíticos e hipnóticos).
Trastornos obsesivos y relacionados	Trastornos parafilicos.
Trastornos de trauma y estrés	
Trastornos somáticos	
Trastornos alimentarios	

Fuente: Elaboración propia a partir de Pujal (2019)

Como explica Valls (2020), este hecho no significa una diferencia real, sino que el análisis de los resultados de la asistencia sanitaria indica que es más probable que, en una primera visita, se diagnostiquen trastornos como la ansiedad y la depresión a más mujeres que a hombres, ya que el diagnóstico se hace solo por medio de atribución a través de los síntomas sin un análisis más exhaustivo y contextual.

Las principales consecuencias en las mujeres de esta predisposición al diagnóstico sesgado pueden ser:

- ▶ La **falta de diagnóstico de los problemas reales** que padecen las mujeres.
- ▶ La **abrumadora administración de psicofármacos y la psiquiatrización** de cualquier problema psicológico o biológico.
- ▶ La **continua sedación y psiquiatrización** de las mujeres que hace que pierdan recursos para conseguir una mejor autonomía personal para orientar sus vidas frente a las condiciones de trabajo y de vida que les producen malestar.

Para ilustrar el **sesgo de género** que puede existir en el proceso de diagnóstico en salud mental, se adjunta una tabla que muestra una clara relación entre los diagnósticos y los mandatos y roles de género aprendidos sobre las mujeres:

Tabla 2. Correlación entre diagnósticos y estereotipos de género

Problemas de salud mental más diagnosticados en mujeres	Aspectos subjetivos diagnósticos (texto del manual)	Roles, estereotipos y mandatos de género de la feminidad
Trastornos de la ansiedad (y relacionados)	▶ Miedo ▶ Inseguridad ▶ Aislamiento social	▶ Delicada ▶ Emotiva ▶ Precavida ▶ Comprensiva, flexible ▶ Dulce ▶ Cariñosa, atenta ▶ Obediente, buena ▶ Cuerpo delgado, mona ▶ Humilde ▶ Cuidadora
Trastornos del estado de ánimo	▶ Tristeza ▶ Sentimientos de inutilidad, culpa ▶ Baja autoestima	
Trastornos alimentarios	▶ Delgadez extrema ▶ Control sobre el cuerpo	
Trastornos de la personalidad dependiente	▶ Comportamiento sumiso, de apego exagerado ▶ Dificultad para tomar decisiones sin consejo, para expresar desacuerdo	
Trastorno de la personalidad histriónica	▶ Emotividad «excesiva» o «inapropiada» ▶ Comportamiento seductor «inapropiado» ▶ Tiempo excesivo para el arreglo personal	

Fuente: Elaboración propia a partir de Pujal (2019)

4.3. La perspectiva de derechos en salud mental

En este apartado, nos preguntamos qué significa incorporar el **enfoque de derechos humanos** en la salud mental. Según la OMS (2023), un **enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos** aborda las barreras políticas, económicas, sociales y culturales para la efectiva garantía y cumplimiento de los derechos humanos, además de tratar de empoderar a las personas y los grupos, especialmente a los más desfavorecidos. Partiendo de que los derechos humanos son universales, inalienables, indivisibles e interdependientes, la adopción de este enfoque contribuye considerablemente a las políticas de salud mental, haciéndolas más integrales y sensibles a las necesidades individuales.

Los derechos fundamentales, que gozan de reconocimiento constitucional y estatutario, enmarcan los derechos reconocidos legislativa y convencionalmente y las necesidades de las mujeres, niñas y adolescentes a nivel universal. A continuación, se presentan los derechos fundamentales analizados en este estudio, pero existen otros igual de relevantes que por razones de espacio no se han podido explorar.³

- ▶ **Derecho a la igualdad y a la no discriminación:** es transversal a toda la intervención, organiza la erradicación de las discriminaciones interseccionales.
- ▶ **Derecho a la vida y la dignidad humana:** permite concretar el derecho a la vida libre de violencias machistas.
- ▶ **Derecho a la libertad** en todas las esferas reconocidas, de comunicación, movimiento, residencia, pensamiento, opinión, expresión, decisión y autodeterminación, religión, reunión, trabajo, entre otras.
- ▶ **Derecho de acceso a la información:** requiere que la información sea accesible, que asegure su comprensión integral por parte de la persona que la recibe, que se respete el idioma que hablen las mujeres, niñas y adolescentes, y que se utilice un lenguaje sencillo, específicamente, cuando se trata de cuestiones de complejidad técnica.
- ▶ **Derecho al trabajo** de libre elección y sin discriminaciones. Este derecho también tiene protagonismo en relación a la prevención y los procesos de reparación integral, en particular, de recuperación ante las violencias machistas.
- ▶ **Derecho a la salud:** debe estar libre de sesgos y estereotipos de género e interseccionales, especialmente en la salud sexual y reproductiva, incluyendo la atención a la diversidad y la salud mental perinatal, menstruación y menopausia,, garantizando la autonomía de las mujeres y la progresiva autonomía de niñas y adolescentes.
- ▶ **Derecho a la habilitación y rehabilitación.** Se debe contar y garantizar la existencia de programas sociales, educativos, laborales y sanitarios que les capaciten, así como su accesibilidad a los mismos.
- ▶ **Derecho a participar en la vida política y en la vida pública:** Es necesario garantizar la participación social efectiva para la igualdad y el pleno ejercicio de los derechos.

3. Los derechos mencionados en este apartado se extraen del Protocolo Marco para una intervención con diligencia debida en situaciones de violencia machista del Departamento de Igualdad y Feminismos (2022).

- ▶ **Derecho a participar en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte:** Se debe potenciar la accesibilidad y la participación en las diversas manifestaciones artísticas, sociales, deportivas, etc.
- ▶ **Derecho a la protección de los derechos de la infancia** en la consideración de que niños, niñas y adolescentes pueden sufrir violencias machistas en cualquiera de los ámbitos definidos por la ley 5/2008 del derecho de las mujeres a erradicar las violencias machistas.

Para concretar estos derechos, existen otros que amplían y dan cuerpo a los derechos fundamentales y que están reconocidos en distintas leyes:

- ▶ **Derecho a entender la información y ser entendida:** es un derecho que condiciona el acceso al resto de derechos. Requiere, además de un lenguaje claro, sencillo y accesible, de una adaptación a las necesidades de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, incluyendo la discapacidad física, sensorial, intelectual o psicosocial, la edad, el idioma que habla y garantizar el derecho a la asistencia lingüística gratuita y el derecho a la traducción y la interpretación.
- ▶ **Derecho a la confidencialidad:** debe garantizarse en toda atención y el acompañamiento profesional a mujeres, niños, niñas y adolescentes.
- ▶ **Derechos sexuales y reproductivos:** es parte del derecho de acceso a la salud y atención en el periodo perinatal, así como también del derecho a la libertad, a la intimidad, a la dignidad humana y a la igualdad.
- ▶ **Derecho a la toma de decisiones autónomas:** este derecho depende, entre otros, del derecho de acceso a la información oportuna, veraz, científica y jurídicamente fundamentada, y del derecho a la libertad, al autogobierno, la autodeterminación y a la dignidad de las personas.
- ▶ **Derecho a la prevención de las diferentes formas de violencia machista:** insta a abordar las causas estructurales de las violencias machistas mediante políticas públicas con capacidad de transformación real de dichas estructuras con acciones eficaces y reales. En este sentido, por ejemplo, trabajar la noción y la gestión del consentimiento afirmativo o positivo es clave para prevenir las violencias sexuales y las violencias contra los derechos sexuales y reproductivos.

Por último, es importante mencionar los derechos reconocidos en distintas leyes específicas para mujeres que sufren violencia machista:

- ▶ **Derecho a recibir atención integral, inmediata, especializada y libre de revictimización:** exige que las intervenciones se den en espacios adaptados, con equipos profesionales especializados, coordinados para evitar aumentar el dolor de las víctimas y con enfoque feminista e interseccional.
- ▶ **Derecho de acceso a la justicia:** debe ser garantizado de forma gratuita en la forma establecida por la legislación vigente, libre de estereotipos y prejuicios de género e interseccionales, respetando los tiempos de las mujeres y su autonomía en la toma de decisiones.
- ▶ **Derecho a la reparación integral:** comprende el acceso a todas las medidas jurídicas, económicas, sociales, laborales, sanitarias, terapéuticas, educativas y similares, necesarias para garantizar el restablecimiento de todos los ámbitos dañados por la situación de violencia machista vivida. La reparación debe tener un efecto correctivo además de restitutivo de los derechos vulnerados.

- ▶ **Derecho a asistencia letrada**, desde el momento inicial de la denuncia para poder contar con la asesoría jurídica necesaria para los mecanismos que se precisen.
- ▶ **Derecho a obtener una copia de la denuncia**: es parte del derecho de acceso a la información que tienen las mujeres, niños, niñas y adolescentes y, a la vez, es una medida de cuidado para evitar la revictimización que se produce por exposición a la reiteración de los hechos ante cada agente o institución pública.
- ▶ **Derecho a recibir información** sobre los procesos judiciales y administrativos que guarden relación con la situación de violencia machista vivida.
- ▶ **Derecho a ser acompañada**: debe garantizarse en todas las intervenciones a las mujeres, niños, niñas y adolescentes que lo necesiten.
- ▶ **Derecho a acceder a los servicios y recursos** para tener la información y conocimiento necesario sobre la red de abordaje en situaciones de violencias machistas.
- ▶ **Derecho a la protección social, económica y jurídica de la familia**: en particular, la protección de hijos e hijas en situación de violencias machistas y específicamente de violencia vicaria.



Metodología de trabajo



5. Metodología

La perspectiva de género interseccional y de derechos permea y es integrada en todas las etapas del Estudio GEA (las hipótesis de partida, la elección de los temas abordados, las fuentes de recogida de información y el análisis posterior).

En consonancia y teniendo en cuenta esta perspectiva, la metodología propuesta busca facilitar un papel protagonista y activo de las propias niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental, contando con su participación y estando presente en todas las fases de la investigación. Por ende, se contempla un trabajo inicial de validación y un trabajo final de contraste por parte de las participantes que ratifique las conclusiones extraídas. Asimismo, su voz ha sido recogida a través de grupos focales, encuestas y entrevistas en profundidad adaptadas a sus circunstancias y necesidades.

5.1. Etapas de la investigación

A continuación, se describe una metodología que pretende integrar la mirada de las mujeres con problemas de salud mental en España a nivel estatal, de las familias, de las entidades sociales y de los equipos profesionales:

1. **Constitución del grupo motor** formado por personas expertas en la materia, profesionales y mujeres con experiencia propia en salud mental. Diseñado y coordinado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Se han calendarizado y mantenido reuniones de trabajo y seguimiento periódicas para validar las distintas fases del estudio, así como para:

- Contribuir a la contextualización territorial a nivel del Estado español, de los resultados obtenidos.
- Validar posibles vías de trabajo/líneas estratégicas y contrastar aquellas necesidades cubiertas y no cubiertas desde los recursos existentes.

Por ello, los perfiles que han compuesto este grupo son los siguientes:

- 3 profesionales del equipo técnico de la Confederación:

- **Esperanza Rubio:** Directora Técnica del Área de Investigación y Proyectos
- **Isabel Maldonado:** Técnica del Área de Investigación y Proyectos
- **Laura Muñoz:** Técnica de Comunicación y Sensibilización
- 1 profesional experta en Defensa de Derechos Humanos
 - **Irene Muñoz:** Asesora jurídica de SALUD MENTAL ESPAÑA y experta en derechos humanos y salud mental con perspectiva de género.
- 1 persona del Comité PRO Salud Mental:
 - **Basilio García:** vicepresidente de SALUD MENTAL ESPAÑA (Asociación Salud Mental Ceuta)
- 1 persona de la Red Estatal de mujeres SALUD MENTAL ESPAÑA:
 - **Elena Briongos:** secretaria de SALUD MENTAL ESPAÑA (Federación Salud Mental Castilla y León).
- 1 mujer de la Junta Directiva:
 - **Rosa Bayarri:** tesorera de la Junta Directiva SALUD MENTAL ESPAÑA e integrante de la Comisión de Participación de Fundación CERMI Mujeres.

2. Trabajo inicial de contraste del grupo motor:

- Priorización y analizar los diferentes ejes del diagnóstico (ejes propuestos y escogidos en el apartado 5.2.1. La vida cotidiana como herramienta metodológica).
- Validación de las dimensiones de análisis definidas e identificación de nuevas posibles dimensiones para el diagnóstico.
- Identificación de principales retos, necesidades y desigualdades percibidas por las mujeres en cada una de estas dimensiones.
- Identificación de agentes y personas clave para participar en el estudio.

3. Identificación de datos clave para el análisis desde la perspectiva feminista, así como de las fuentes existentes. Mapeo para la revisión documental.

4. Grupo de trabajo colaborativo para el mapeo de recursos e informantes clave, constituido por integrantes de la Comisión de Gerencias de SALUD MENTAL ESPAÑA y personal técnico designado por ellas.

5. Revisión de fuentes primarias y secundarias. Análisis documental y de indicadores de registro, así como de recogida de los diferentes servicios (memorias, estudios previos, datos sociodemográficos, etc.) en base a los datos clave.

6. Diseño y realización de encuestas para el análisis cuantitativo diferenciadas dirigidas a:

- Niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental del territorio español.
- Familias y personas allegadas..
- Entidades, equipos profesionales y personas expertas del territorio español que trabajan con niñas, adolescentes o mujeres con problemas de salud mental.

7. **Diseño y realización de grupos focales y entrevistas** semiestructuradas para el análisis cualitativo, con:
 - Profesionales de servicios especializados de diversas comunidades autónomas, referentes de los diferentes ámbitos seleccionados para el diagnóstico (salud, educación, servicios sociales, etc.).
 - Familias y entidades del territorio español.
 - Niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental.
8. **Análisis cruzado de los resultados cuantitativos y cualitativos** obtenidos, así como contextualización con el mapeo de recursos y políticas disponibles para dar respuesta a estas necesidades.
9. **Realización de un grupo final de contraste**⁴ en el que formarán parte:
 - Mujeres con problemas de salud mental.
 - Entidades del territorio estatal.
10. **Elaboración del informe** y publicación de resultados del estudio con conclusiones y recomendaciones.

5.2 Ejes de análisis

En este punto, se explican los conceptos y dimensiones escogidas para analizar las desigualdades de género que viven las mujeres con problemas de salud mental y sus experiencias. De esta manera, se da cuenta de cómo el marco conceptual permite dar dirección y forma al diseño y análisis de la investigación.

5.2.1. La vida cotidiana como herramienta metodológica

La vida cotidiana, como herramienta metodológica, permite la aproximación a las desigualdades desde diversos ámbitos. Entendemos la **vida cotidiana** como «el conjunto de actividades que las personas desarrollan sea de forma rutinaria o eventual» (Collectiu Punt 6, 2019:79). De esta forma, planteamos un **análisis multidimensional** para valorar y visibilizar la complejidad de la vida cotidiana de las niñas, adolescentes y mujeres con el objetivo de incorporar la perspectiva de género interseccional.

En la imagen que se expone a continuación, aparecen representadas aquellas esferas que componen los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

4. El grupo final de contraste se realizará una vez finalizada la investigación, por ende, en el momento de la redacción de dicho informe, resta pendiente de realizarse.

Figura 3. Esferas de la vida cotidiana



Fuente: Elaboración propia

Del resultado de la participación del grupo motor y los estudios previos, se han priorizado algunos de los ámbitos anteriores (señalados en color lila), los cuales han acabado conformando los bloques temáticos que se ha considerado de más relevancia abordar para esta primera aproximación. Fruto de la perspectiva teórica y los resultados extraídos del trabajo de campo, se ha considerado necesario añadir dos esferas más: **las implicaciones específicas del doble estigma** en las mujeres con problemas de salud mental y las **dificultades de acceso y permanencia en los servicios de atención** de la red pública de salud mental.

De este modo, emergen los siguientes **bloques temáticos que estructurarán los resultados**:

1. **Bienestar y malestares de género.**
2. **Estigma y doble estigma.**
3. **Vínculos y cuidados.**
4. **Acceso, uso y diseño de los servicios de salud mental.**
5. **Ocupación, vivienda y feminización de la pobreza.⁵**
6. **Participación social.**
7. **Violencias machistas.**

5. La feminización de la pobreza se refiere a aquellos mecanismos y barreras sociales, económicas, judiciales y culturales que generan que las mujeres se encuentren más expuestas al empobrecimiento y una peor calidad de vida.

Es importante añadir que, desde una perspectiva integral, se entiende que los bloques temáticos mencionados corresponden a agrupaciones de contenido no estancas, que se interrelacionan unas con otras, pero que, por motivo de facilitar la comprensión de los resultados analíticos, cumplen la función de organizar la información.

5.3. Perfiles participantes en la investigación

Por lo que refiere a los perfiles de las participantes de la investigación, estos fueron elegidos de acuerdo con los objetivos planteados, para dar respuesta a los mismos, mediante una estrategia de muestreo intencional. Se ha buscado integrar la mirada de diferentes agentes clave con tal de asegurar la perspectiva individual de mujeres y niñas con problemas de salud mental, el plano de sus relaciones interpersonales, el plano comunitario y el plano estructural y profesional.⁶

En base a los datos socio demográficos y los perfiles podemos distinguir los siguientes grupos:

1. Mujeres con problemas de salud mental. Población residente de 18 o más años que tenga problemas de salud mental (diagnosticados o no).
2. Niñas y adolescentes con problemas de salud mental. Población residente menor de 18 años que tenga problemas de salud mental (diagnosticados o no).
3. Familiares de niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental. Población residente de 18 o más años que tenga al menos un familiar con problemas de salud mental (diagnosticados o no).
4. Perfiles profesionales que trabajan con niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental. (específicamente de áreas como: la salud mental, salud, educación, inserción laboral, violencias machistas y otros perfiles).
5. Entidades de la red SALUD MENTAL ESPAÑA y entidades del territorio español que trabajan con mujeres en riesgo de exclusión social.
6. Personas expertas en la materia (ámbito académico y/o jurídico).
7. Representantes y decisoras políticas de la Administración Pública.

Por lo que refiere a las mujeres con problemas de salud mental, conviene recordar que se entiende, en el contexto de esta investigación, la salud mental en un sentido amplio, incluyendo no solo a las personas que cuentan con un diagnóstico sino a aquellas con presencia de malestares emocionales significativos.

Es de conveniencia destacar, también en coherencia con la perspectiva empleada, que los perfiles descritos no son mutuamente excluyentes entre sí. Es decir, que es relevante tener en cuenta que, por ejemplo, el hecho de ser profesional del ámbito no niega la posibilidad de haber podido vivenciar problemas de salud mental o males-

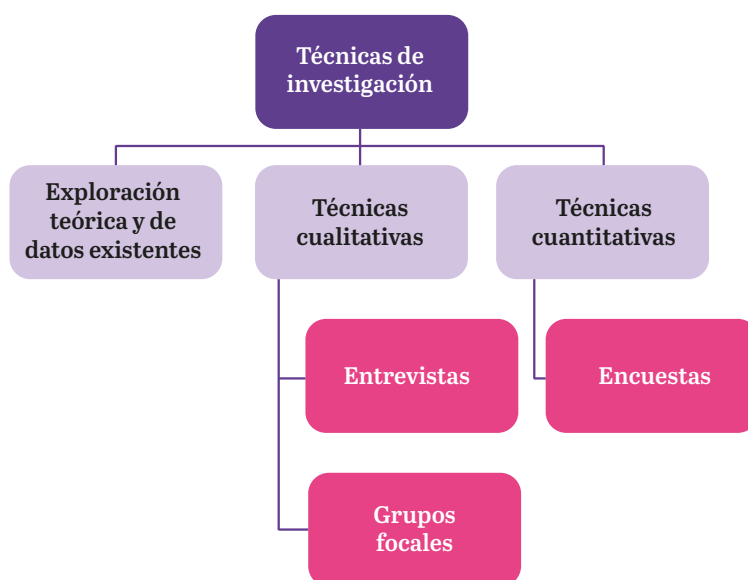
6. El presente estudio se ha enfocado en los servicios y recursos sanitarios, ocupacionales y sociales. Aunque las cuestiones jurídicas y sobre la seguridad han emergido de forma transversal en la recogida de la información, no se ha profundizado en este ámbito.

tares emocionales significativos o ser familiar de una mujer, niña o adolescente con esta problemática. De esta forma, aunque analítica y metodológicamente, las participantes ocupan un perfil concreto, se deben comprender sus experiencias como complejas, en ocasiones atravesando y diluyéndose lo personal con lo profesional.

5.4. Técnicas de recogida de la información

En este estudio, se ha apostado por la **triangulación metodológica** de información, basada en las siguientes técnicas:

Figura 4. Técnicas de investigación usadas



Fuente: Elaboración propia

La triangulación ha permitido elaborar una visión conjunta que permite recoger e interpretar la realidad de forma más holística. La combinación de los distintos métodos se ha elegido como estrategia para comprender mejor de forma contextual las problemáticas estudiadas.

5.4.1. Exploración teórica y de datos existentes

La primera técnica empleada, la revisión teórica, ha permitido definir el enfoque, orientar la investigación y la recogida de datos y dotar de herramientas al estudio para la interpretación de los mismos.

La exploración de datos existentes, fruto de estudios previos permite conocer e identificar aquellos aspectos ya presentes y contrastados, sirviendo como fuentes de referencia y punto de partida.

De esta manera, el análisis y los resultados extraídos de la presente investigación fluctúan entre la confirmación y ratificación de los hallazgos de estos estudios precursores y las nuevas contribuciones fruto de este estudio.

5.4.2. Técnicas cualitativas

El análisis cualitativo, tal y como se menciona anteriormente, se ha desarrollado a partir de entrevistas y grupos focales,⁷ realizados a diferentes perfiles (véase 5.3 *Perfiles participantes*).

Por lo que se refiere a las herramientas de recogida de información, tanto las entrevistas como los grupos focales han contado con un formato semiestructurado. Así, se han empleado, como hilo conductor y guía de los mismos, los bloques temáticos consensuados previamente con el grupo motor, sin embargo, dejando margen a que las respuestas diesen lugar a la conceptualización de nuevas problemáticas que pudieran ser detectadas por las personas participantes (véanse *los guiones de las entrevistas y guiones del grupo focal en el anexo*).

Queda recogida, en las tablas expuestas a continuación, la relación de las entrevistas y los grupos focales realizados, teniendo en cuenta los perfiles comentados anteriormente.

Tabla 3. Entrevistas realizadas

Perfiles entrevistas	N.º de entrevistas realizadas
Mujeres adultas con problemas de salud mental	13
Adolescentes con problemas de salud mental	1
Familiares de niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental	9
Profesionales que trabajan con niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental	10
Personas expertas en la materia (ámbito académico y/o jurídico).	2
Representantes y decisoras políticas de la Administración Pública	2
TOTAL	37

Fuente: Elaboración propia

7. La herramienta del grupo focal es un método de investigación que se basa en reunir a un pequeño grupo de personas para responder preguntas en un entorno controlado.

Tabla 4. Grupos focales realizados

Perfiles GRUPOS FOCALES	N.º de grupos realizados
Mujeres adultas con problemas de salud mental	2
Familiares de niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental	1
Profesionales que trabajan con niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental	2
Profesionales que trabajan con niñas y adolescentes con problemas de salud mental	1
TOTAL	6

Fuente: Elaboración propia

Se pone de manifiesto cómo nuestra perspectiva, derivada de nuestra posición subjetiva (por ejemplo, ser mujer, investigadora y psicóloga sin o con experiencia personal en salud mental), influye en el desarrollo del diálogo durante las entrevistas, así como en la interpretación y el análisis de los discursos. En este sentido, cobra especial importancia considerar, tanto en las entrevistas como en los grupos focales, el lugar desde el cual se posiciona quien investiga y cómo esa posición es percibida por las otras personas. Por ello, el conocimiento se concibe siempre como parcial y situado tratando, no obstante, de mantener la rigurosidad, profesionalidad e imparcialidad en la medida de lo posible para la recogida y fiabilidad de la información aquí vertida.

5.4.3. Técnicas cuantitativas

La recogida de datos cuantitativos se hizo mediante encuestas. Se elaboraron dos cuestionarios, uno diseñado para ser respondido por mujeres con problemas de salud mental, sus familiares y profesionales que trabajan con ellas. Y un segundo diseñado para que pudieran responder las adolescentes con problemas de salud mental, profesionales que trabajan con ellas y familiares.

Los cuestionarios se realizaron de manera online, aunque se ofreció apoyo y soporte logístico y humano necesarios de cara a garantizar la accesibilidad y superar la brecha digital y/o rural. Se difundió a organizaciones vinculadas a la salud mental, organizaciones no vinculadas a la salud mental y colegios profesionales, gracias al mapeo inicial realizado en colaboración con el grupo de trabajo (Comisión de Gerencias de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA) para detectar entidades y personas clave para la recogida de información. Además, fueron compartidos con las entidades de la red SALUD MENTAL ESPAÑA de forma interna, a través de la página web y las redes sociales. También se realizaron encuestas a pie de calle en las distintas comunidades autónomas. Las encuestas estuvieron abiertas de septiembre a noviembre de 2024.

Para conocer los detalles de los datos sociodemográficos así, como toda la información relativa a los perfiles de las encuestas, véase el Anexo A.

Se consiguieron un total de **1.405 respuestas** distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 5. Perfiles de los cuestionarios⁸

	N.º total respuestas	Nivel de confianza ⁹	Error muestral
Niñas y adolescentes con problemas de salud mental (entre 11 y 17 años)	85	90 %	±8,9 %
Mujeres con problemas de salud mental	886	95 %	±3,3 %
Familiares de niñas, adolescentes y mujeres adultas con problemas de salud mental	23 (de niñas y adolescentes) 93 (de adultas) 116 (total)	90 %	±7,6 %
Profesionales de niñas, adolescentes y mujeres adultas con problemas de salud mental	74 (de niñas y adolescentes) 245 (de adultas) 319 (total)	95 %	±5,5 %

Fuente: Elaboración propia

5.5. Retos metodológicos

A continuación, se describen algunos de los principales retos metodológicos del presente estudio:

- **El abordaje de la salud mental en un sentido amplio.** Es importante destacar que este análisis pretende recoger las necesidades expresadas por las mujeres (y también familiares y profesionales) que viven con problemas de salud mental, entendiendo por «problemas de salud mental» no solo las mujeres que cuentan con un diagnóstico realizado por el sistema de atención (público y privado) de salud mental sino también aquellas mujeres con experiencias de malestares que tienen que ver con el ámbito de la salud mental y que han producido impactos significativos en sus vidas. Se considera que esta elección supone un reto metodológico, ya que la mayoría de datos existentes están realizados sobre la población con problemas de salud mental diagnosticados, quedando así muchas mujeres fuera. Así mismo, el hecho de considerar a las mujeres con experiencia propia en salud mental como una categoría amplia, da pie a recoger también las percepciones subjetivas negativas respecto a la propia salud mental. En esta línea, supone un reto acceder a

8. La significación estadística de cada uno de los grupos se ha hecho considerando todos a los grupos anteriores poblaciones infinitas, es decir, con más de 100.000 unidades.

9. El **margen de error** es una estadística que expresa el grado de error de muestreo aleatorio en los resultados de un estudio. Cuanto mayor sea el margen de error, menor será la confianza en que el resultado de un estudio refleje con precisión el resultado de un censo de toda la población. El **nivel de confianza** nos indica la seguridad de que el resultado de la encuesta refleja la realidad de la población total. Un margen de error aceptable utilizado por la mayoría de las investigaciones suele situarse entre el 2 % y el 8 % con un nivel de confianza del 95 %. Por lo que los datos mostrados anteriormente nos permiten considerar que **los datos de mujeres con problemas de salud mental pueden considerarse representativos de esta población en España**. Los datos de profesionales también están dentro del error muestral más reconocido como válido y los de familiares y niñas se acercan.

mujeres sin diagnóstico o sin una participación explícita en alguna entidad vinculada a la salud mental, para proponerlas como participantes del estudio.

- ▶ **Representatividad interseccional.** Incluir la perspectiva interseccional es un elemento clave para plantear un estudio que dibuje la diversidad de perfiles reales de mujeres con problemas de salud mental en el Estado español. No todas las mujeres con problemas de salud mental son iguales ni tienen las mismas necesidades. En este sentido, es importante apuntar que el perfil de mujeres, profesionales y familiares al que se ha podido llegar cuenta con una serie de características, experiencias y trayectorias vitales diversas y enriquecedoras. Sin embargo, también han quedado menos representados otros perfiles por los motivos siguientes:
 - Condiciones materiales de dificultad severa (sinhogarismo, pobreza severa, consumo problemático de sustancias psicoactivas...).
 - La edad, específicamente mujeres mayores, en parte debido a la barrera digital, pero también niñas y adolescentes, en algunas ocasiones por la barrera de la protección de datos o las dificultades de contacto.
 - Procesos migratorios y mujeres racializadas con problemas de salud mental con menor contacto con el sistema de salud, barrera idiomática o barrera de accesos a herramientas digitales.
 - Problemas de salud mental graves y/o discapacidad severa.

Esta cuestión tiene que ver con la diversidad poblacional y también con los impactos de la salud mental en otros ejes de opresión, y ha planteado una alta complejidad metodológica. La representación de algunas de estas experiencias vitales se ha tratado de sortear incorporando las voces de familiares y profesionales.

- ▶ **Falta de información a nivel estatal.** Realizar un estudio de estas características plantea un reto en cuanto a la obtención de datos. El tipo de **indicadores sociales** que tradicionalmente han sido utilizados para observar la realidad han sido diseñados desde un **punto de vista androcéntrico** que invisibiliza las desigualdades de las mujeres y, en este caso, de las que tienen problemas de salud mental. Destaca la inexistencia de información desagregada por género y con un análisis de las desigualdades de género en la salud mental a nivel estatal. Parte de este reto se ha planteado sorteado con la metodología mixta y la diversidad de fuentes bibliográficas y del análisis cualitativo y cuantitativo de este estudio.



Principales resultados del estudio



6. Punto de partida: exploración teórica y de datos existentes

Sin pretender realizar una recopilación exhaustiva de los estudios existentes, a continuación, se recoge una selección de datos y resultados que contribuyen a dar una respuesta a las preguntas iniciales planteadas en el presente estudio.

6.1. La prevalencia y autopercepción de problemas de salud mental en España

Los datos más recientes de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Mutua Madrileña (2023) *La situación de la Salud Mental en España* refieren que **«el 60,7 % de la población autoevalúa su salud mental como buena o muy buena»**. Por lo que casi el 40 % de la población cree que su salud mental es **«regular», «mala» o «muy mala»**. En este estudio, se reconoce que **«las personas jóvenes, las mujeres y las personas LGTB valoran peor su salud mental y dicen sufrir o haber sufrido en mayor medida ataques de ansiedad, depresiones, ansiedad prolongada en el tiempo, autolesiones o ideaciones suicidas»**.¹⁰ De hecho, **las mujeres han sido diagnosticadas con problemas de salud mental en mayor medida que los hombres (20,1 % frente al 14,5 %)**.

6.1.1. Los factores que influyen en la salud mental: la clase social, la edad y el género

En primer lugar, los estudios nacionales señalan que **la clase social tiene un impacto en la salud mental de las personas**. Según la última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) (2019), los trastornos de la salud mental presentan un **«claro gradiente social»**, es decir, a menores recursos económicos mayor probabilidad de sufrir problemas de salud mental. Además, este gradiente es **más marcado en mujeres**.

En base a la edad, si bien en la infancia se diagnostican más problemas de salud mental en niños que en niñas, en la adolescencia, los datos de autopercepción cambian. **Respecto a la población joven menor de edad, hay**

10. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña, 2023: 87.

una brecha de género notable en el indicador de autopercepción sobre el estado de salud: un 59,2 % de hombres jóvenes consideran que tienen buena o muy buena salud, frente al 48,4 % de las jóvenes (más de 10 puntos porcentuales de diferencia).

Por último, los datos de la última Encuesta Europea de Salud (2020), reflejan también **un empeoramiento de la salud mental en la población mayor de 65 años**. Más del 10 % de mujeres de 65 o más años sufren depresión o ansiedad crónica. Sin embargo, en los hombres, ningún grupo de edad llega a porcentajes superiores al 5 % (exceptuando la depresión en los mayores de 85 años, que llega al 7 %).

6.2. Formas de vulneración de los derechos

Existe bibliografía que constata las vulneraciones de derechos en las personas que sufren problemas de salud mental. En España, existen informes relevantes, como el de FEAFES Salud Mental EXTREMADURA (2020), que indican algunas formas de vulneraciones de derechos en relación al tratamiento farmacológico, a la salud, a la vida libre de violencia de género, a la capacitación jurídica, a la sexualidad, a la prevención del suicidio, al empleo, a la libertad (a través de medidas coercitivas), en los recursos sociosanitarios, en la maternidad y la paternidad, entre otros.

Sin embargo, hay menos bibliografía que identifique cómo afectan estas vulneraciones específicamente a mujeres. Se han encontrado datos respecto a la vulneración de derechos de mujeres en tres ámbitos específicos:

a. Derecho a la dignidad humana, la seguridad y la no violencia. Según datos de Obertament *et al.* (2016), se expone que:

- La **evitación, el rechazo y el alejamiento** por parte de la sociedad por motivo de salud mental se dan en un 10,5 % más de frecuencia en las mujeres que en los hombres.
- Las mujeres con problemas de salud mental viven un 9,4 % más **situaciones de maltrato en forma de burlas, insultos, coacción, culpabilización o menosprecio** que los hombres.
- El 32,2 % de las mujeres con problemas de salud mental han sufrido un **trato injusto en alguna ocasión en el hospital**, frente al 20,7 % de los hombres y un 33 % de las mujeres con un problema de salud mental lo ha sufrido en el centro de atención primaria, frente al 15,9 % de los hombres en estos centros.
- Las mujeres con un problema de salud mental se tienen que enfrentar, con más frecuencia que los hombres, a **situaciones de agresión física o sexual por parte de su pareja a lo largo de la vida**. El 5,4 % y el 2,3 % respectivamente.

Específicamente, en lo que se refiere al derecho a una vida libre de la violencia machista, según la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2019), **el maltrato constituye el factor precipitante del 25 % de los intentos de suicidio de las mujeres**.

b. Maternidades. Según Obertament *et al.* (2016) y la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2019), se detecta que:

- El 5,7 % de las mujeres con problemas de salud mental han recibido **presión para no tener hijos/as** por parte de su pareja, un porcentaje mucho más elevado que en el caso de los hombres, que es de un 0,7 %.
- La **depresión posparto afecta concretamente a una de cada seis mujeres que dan a luz**. Pese a que esta dolencia se puede prevenir y tratar de manera eficaz, el estigma social asociado a los problemas de salud mental es el responsable de que las personas afectadas no pidan ayuda para poder llevar vidas saludables.
- Las **carencias de recursos especializados en salud mental en el duelo gestacional y perinatal** son alarmantes.

c. Derecho a la salud sexual y reproductiva. Mediante 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, se suprimió el párrafo 2 del artículo 156 del Código Penal que permitía esta práctica. A pesar de que esta práctica está proscrita por la normativa internacional de derechos humanos desde hace años, estas intervenciones se siguen practicando en mujeres y niñas. Los datos del Consejo General del Poder Judicial muestran que «Sólo en 2020, los juzgados de primera instancia autorizaron 54 esterilizaciones forzosas» (CERMI, 2021, s/n).

Los datos y hallazgos específicos de encuestas estatales, fuentes estadísticas y estudios previos para cada uno de los ámbitos de análisis del presente estudio están integrados en el apartado 7 de resultados.



7. Resultados de la investigación cualitativa y cuantitativa

Este apartado pretende recoger los principales resultados del trabajo de campo realizado en el marco del estudio para **identificar las barreras específicas que encuentran las mujeres con problemas de salud mental para ejercer sus derechos, así como conocer el papel de los distintos agentes sociales en este proceso.**

El contenido extraído de las entrevistas, encuestas y grupos focales ha sido categorizado en los ámbitos de análisis ya descritos. No obstante, se evidencia que dichas categorías no son impermeables ni excluyentes entre sí; todo lo contrario, la complejidad de las experiencias vitales compartidas entre las mujeres, familiares de las mismas, y profesionales de atención a la salud mental, implican ser leídas como un tejido de ideas, vivencias y experiencias profundamente transversales e interconectadas.

En relación con el modo de exposición de los resultados, conviene resaltar que, para facilitar la lectura y poder resaltar los elementos más relevantes de cada bloque temático, en cada apartado, se encontrará una tabla resumen de las principales reflexiones del estudio. Estos hallazgos han estado organizados y distribuidos en dos subcategorías: los resultados del estudio validados por estudios anteriores (a partir del metaanálisis realizado) y los resultados del estudio que abren nuevas líneas de reflexión y trabajo.

Datos cuantitativos destacados

A continuación, se destacan algunos datos cuantitativos fruto del análisis de las encuestas que pueden facilitar una primera aproximación a la situación de las mujeres y niñas con problemas de salud mental:

- ▶ **Las grandes líneas son coincidentes entre mujeres con problemas de salud mental y profesionales** respecto a las situaciones de violencias y vulneración de derechos vividas por estas mujeres (necesidades materiales, vivienda...), pero hay otras cuestiones que los relatos expresan de forma diferente y que tienen que ver con el punto de partida y la mirada sobre una misma situación.
- ▶ Mientras que los **equipos profesionales** encuestados identifican que la principal problemática de las mujeres con problemas de salud mental es la **mayor probabilidad de sufrir violencias de género**, las mujeres

con problemas de salud mental identifican las vulneraciones sociales de sus derechos básicos (vivienda, feminización de la pobreza...) como la principal problemática o desigualdad que deben afrontar.

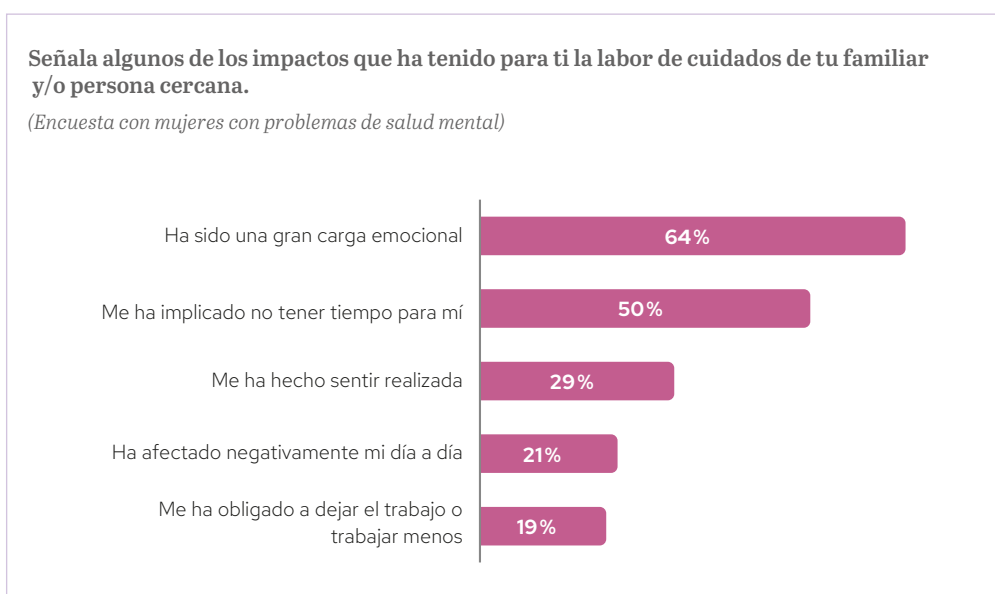
El **68 %** de las y los profesionales creen que la principal problemática de las mujeres con problemas de salud mental es la mayor probabilidad de sufrir violencias machistas.

El **84 %** de las mujeres expresan que han tenido que mudarse de su hogar en los últimos años debido a dificultades para pagar el alquiler o la hipoteca.

- **La mirada sobre la maternidad de las mujeres con problemas de salud mental y el trabajo de los cuidados aparecen como ejes de conflictos y malestares en muchas mujeres encuestadas.**

El **72 %** de las mujeres encuestadas expresa haberse sentido juzgadas por su maternidad.

Gráfico 1. Impactos del trabajo de cuidados de familiares y/o personas cercanas



Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 302).
Pregunta filtro: ¿Eres o fuiste la persona encargada de cuidar de algún familiar y/o cercano dependiente de cuidados (padre, madre, hermanas, etc.)? - «Sí». Tipo de respuesta: respuesta múltiple.

► **Garantía de derecho al acceso a recursos especializados de salud mental.**

Tabla 6. Garantía de derecho al acceso a recursos especializados.

Percepción de mujeres con problemas de salud mental	Percepción de profesionales
■ El 41% de las mujeres encuestadas no acuden actualmente a consulta con ningún/a profesional de salud mental. ■ El 35% de las mujeres que no acuden a consulta es por no poder permitírselo económicamente. ■ El 32% de las mujeres encuestadas acuden a sanidad privada o a privada y pública. ■ De este 32 %, el 46% dicen que acuden a la privada porque, en la pública, no se resolvió el problema.	■ El 50% de los y las profesionales afirman que existen servicios específicos para niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental en su ámbito de trabajo. ■ El 85% de los y las profesionales consideran que los servicios existentes no dan respuesta a todas las necesidades de niñas, /adolescentes y mujeres con problemas de salud mental.

Fuente: Elaboración propia



► **Percepción del sistema de atención en salud mental por parte de las mujeres.**

El 91% de los y las profesionales encuestados expresan haber observado actitudes paternalistas de profesionales hacia mujeres con problemas de salud mental. Estas actitudes se traducen, en concreto, desde la vivencia de las propias mujeres en lo referido al siguiente gráfico:

Gráfico 2. Percepción del sistema de salud mental.

Con respecto al sistema público de salud en general, y pensando en la salud mental, ¿qué nivel de acuerdo presentas con las siguientes afirmaciones?

(Encuesta con mujeres con problemas de salud mental)



Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 797).

Tipo de respuesta: respuesta múltiple.

► **Vulneraciones de derechos identificadas por parte de profesionales.****Tabla 7.** Vulneraciones de derechos identificadas por parte de profesionales

Percepción de profesionales	Correlación con vivencias relatadas por parte de las mujeres
a. El 74% de los y las profesionales han identificado medicaciones inadecuadas y/o excesivas. b. El 31% de los y las profesionales han identificado ingresos y tratamientos involuntarios injustificados.¹¹ c. El 26% de los y las profesionales han observado malos tratos por parte de los equipos profesionales.	a. Existe una administración de pautas farmacológicas prolongadas en el tiempo. El 41% de las mujeres llevan más de 6 años con la medicación sin revisión de sus pautas. b. El 21% de las mujeres ha sido ingresada alguna vez. El 37% lo fue de forma involuntaria. c. El 51% de las mujeres ingresadas han sufrido alguna de las siguientes situaciones durante el ingreso: ■ Comportamientos violentos (golpes, gritos, humillaciones verbales, contención física o química u otras medidas coercitivas) (38 %). ■ Vulneración de derechos (28 %). ■ Amenazas (18 %). ■ Tocamientos sin consentimiento (4 %).

Fuente: Elaboración propia

11. El ingreso involuntario consiste en ingresar a una persona en un centro psiquiátrico sin su consentimiento.

► **Impactos de las vulneraciones de derechos identificadas por parte de profesionales.**

Gráfico 3. Impactos identificados frente a la vulneración de derechos sociales



Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con profesionales que trabajan con niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 319). Tipo de respuesta: respuesta múltiple.

Análisis de resultados por ámbitos

7.1. Bienestar y malestares de género

En este apartado, se desarrolla la percepción de las mujeres sobre dos cuestiones: su nivel de bienestar emocional y su nivel de satisfacción con distintas esferas de la vida. Por último, se ha explorado la posible relación entre las problemáticas sociales y los impactos en el bienestar de las mujeres con problemas de salud mental para conocer cuáles de estas situaciones están generándoles malestar.

7.1.1. Punto de partida

Las mujeres con problemas de salud mental **presentan peores resultados en calidad de vida que los hombres** con problemas de salud mental.¹² En particular, respecto a las dimensiones de **bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social y bienestar material**. Solo presentan resultados más altos en la dimensión de autodeterminación y muestran iguales resultados en desarrollo personal.

Resulta interesante también comentar la bidireccionalidad de las problemáticas sociales y la salud mental. En el estudio *La situación de la salud mental en España* (2023), se detecta que las mujeres experimentan, en mayor proporción, problemáticas sociales. El 53 % de las mujeres sienten mucha o bastante preocupación por no poder pagar las facturas y el 43 %, el alquiler o la hipoteca, en comparación con el 41% y el 33 % de los hombres respectivamente.

7.1.2. Resumen de los principales resultados

Tabla 8. Bienestar y malestares de género. Resumen de los principales resultados.

Bienestar y malestares de género	
Principales hallazgos validados por el metaanálisis realizado de otros estudios previos	■ Existe una relación entre las problemáticas sociales y los problemas de salud mental. Esta bidireccionalidad tiene un impacto negativo mayor en las mujeres debido a las desigualdades de género. ■ Los datos parecen apuntar a una menor percepción de la calidad de vida en mujeres con problemas de salud mental comparado con hombres con problemas de salud mental.
Nuevas evidencias de las experiencias de las mujeres con problemas de salud mental	■ Percepción de mayor bienestar emocional y satisfacción con la vida por parte de las mujeres con problemas de salud mental que la percepción que expresan los equipos profesionales. ■ Las principales problemáticas sociales que afectan a la percepción de las mujeres con problemas de salud mental sobre su bienestar son: — Los mandatos de género (en especial, destaca la presión estética) y las violencias machistas. — La carencia de relaciones interpersonales (como la percepción de soledad y la falta de redes de apoyo social o familiar). — Las dificultades económicas.

Fuente: Elaboración propia

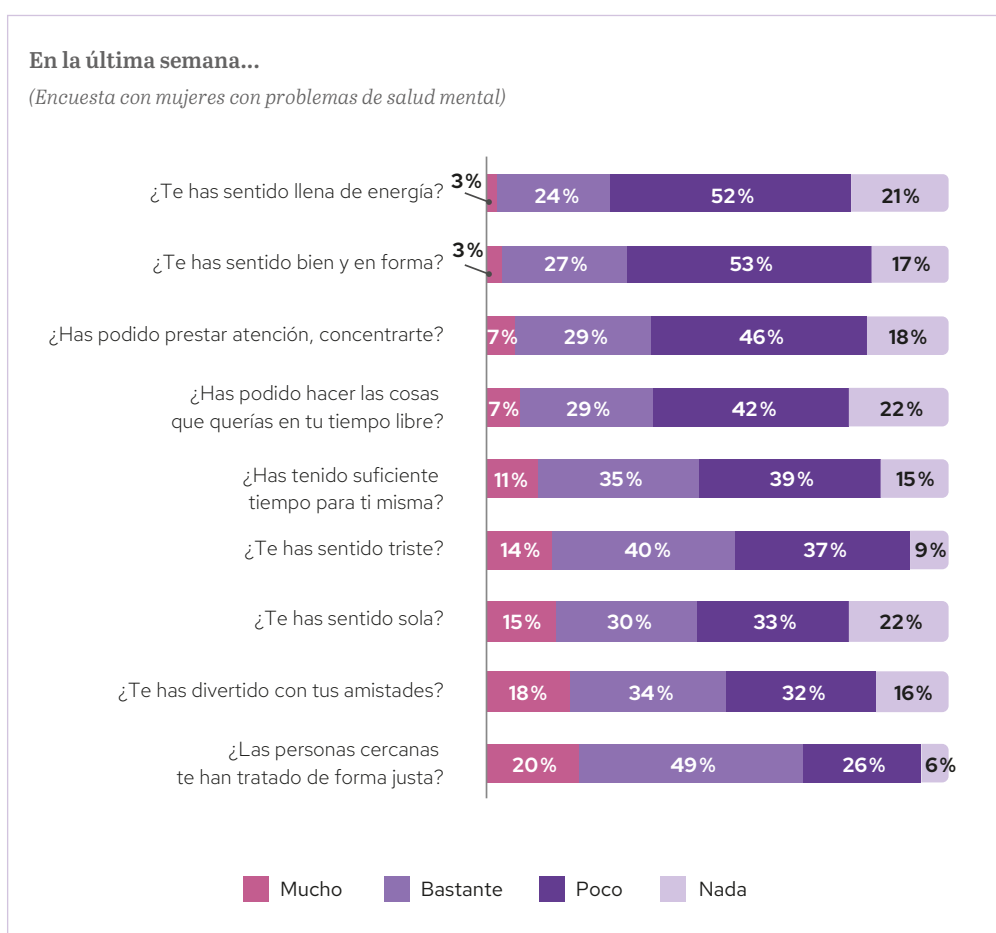
12. AVIFES (Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) (2018) y ASCASAM SALUD MENTAL Cantabria (2022).

7.1.3. Análisis de los resultados cualitativos y cuantitativos

Bienestar emocional

Las mujeres con problemas de salud mental, a través de los cuestionarios, relatan una baja presencia de sentimientos y experiencias positivas:

Gráfico 4. Bienestar emocional de las mujeres en la última semana



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 872).

- ▶ El 72 % expresan no sentirse llenas de energía.
- ▶ El 65 % afirman tener dificultades para poder concentrarse.
- ▶ El 55 % se han sentido muy o bastante triste la última semana.
- ▶ Un 55 % de las mujeres han tenido poco o nada de tiempo libre en la última semana.
- ▶ Casi la mitad de las mujeres encuestadas no se ha divertido con sus amistades en la última semana.

- ▶ Un 45 % de las mujeres encuestadas se han sentido solas.
- ▶ Solo el 35 % de las mujeres encuestadas afirman haber podido hacer las cosas que querían en su tiempo libre en la última semana.
- ▶ El 33 % de las mujeres consideran que las personas cercanas no las han tratado de forma justa.
- ▶ Solo el 30 % expresan sentirse bien o en forma.

La percepción de los y las profesionales en esta cuestión es algo más contundente, ya que la mayoría consideran que el bienestar de las mujeres es bajo o muy bajo. El 95 % cree que el bienestar emocional de las mujeres se encuentra en una puntuación que oscila entre el 1 y el 2, en una escala del 1 al 4, siendo 1 totalmente insatisfactoria y 4 completamente satisfactoria.

Apuntes en clave de género. La expresión del bienestar o malestar emocional en mujeres y hombres puede estar matizada por las expectativas sociales de la expresión emocional según el género. Se intuye más permisividad en las mujeres para mostrarse vulnerables en su malestar subjetivo, a diferencia de los hombres, a quienes se les asigna una actitud emocional de estabilidad y fortaleza.

«Creo que los hombres se enmascaran más quizás por la presión social. A nosotras, como mujeres, igual se nos da más la libertad de estar mal. Eres más débil, tienes más opciones de vivir situaciones problemáticas o abusos, entonces como que hay más libertad y, sobre todo, entre mujeres se respeta mucho el que tú estés mal, que lo hayas pasado mal, que tengas un problema. Y los hombres tienden a ser más fuertes, a mostrar que son fuertes».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

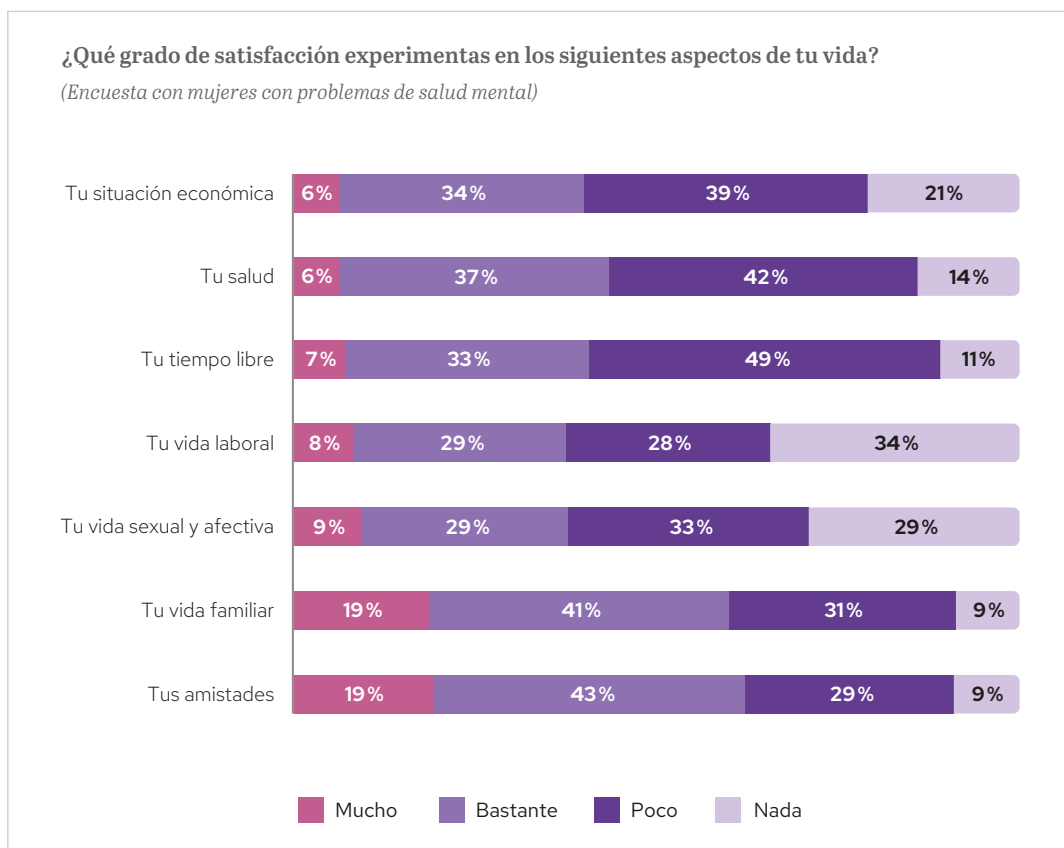


Satisfacción con la vida

En relación con la percepción de las propias mujeres con problemas de salud mental encuestadas sobre el bienestar, se pueden obtener varios grados de satisfacción experimentados en diferentes ámbitos de la vida:

- ▶ Cerca del 60 % de las mujeres reconocen experimentar «mucho» o «bastante» satisfacción en las relaciones interpersonales, tanto con amistades como con familiares.
- ▶ En contraposición, cerca del 60 % de las mujeres experimentan «poca» o «nada» satisfacción en la vida sexual y afectiva, la laboral y la situación económica.

Gráfico 5. Satisfacción experimentada en distintos ámbitos de la vida



Fuente: elaboración propia a partir de la muestra con mujeres con problemas de salud mental (878)

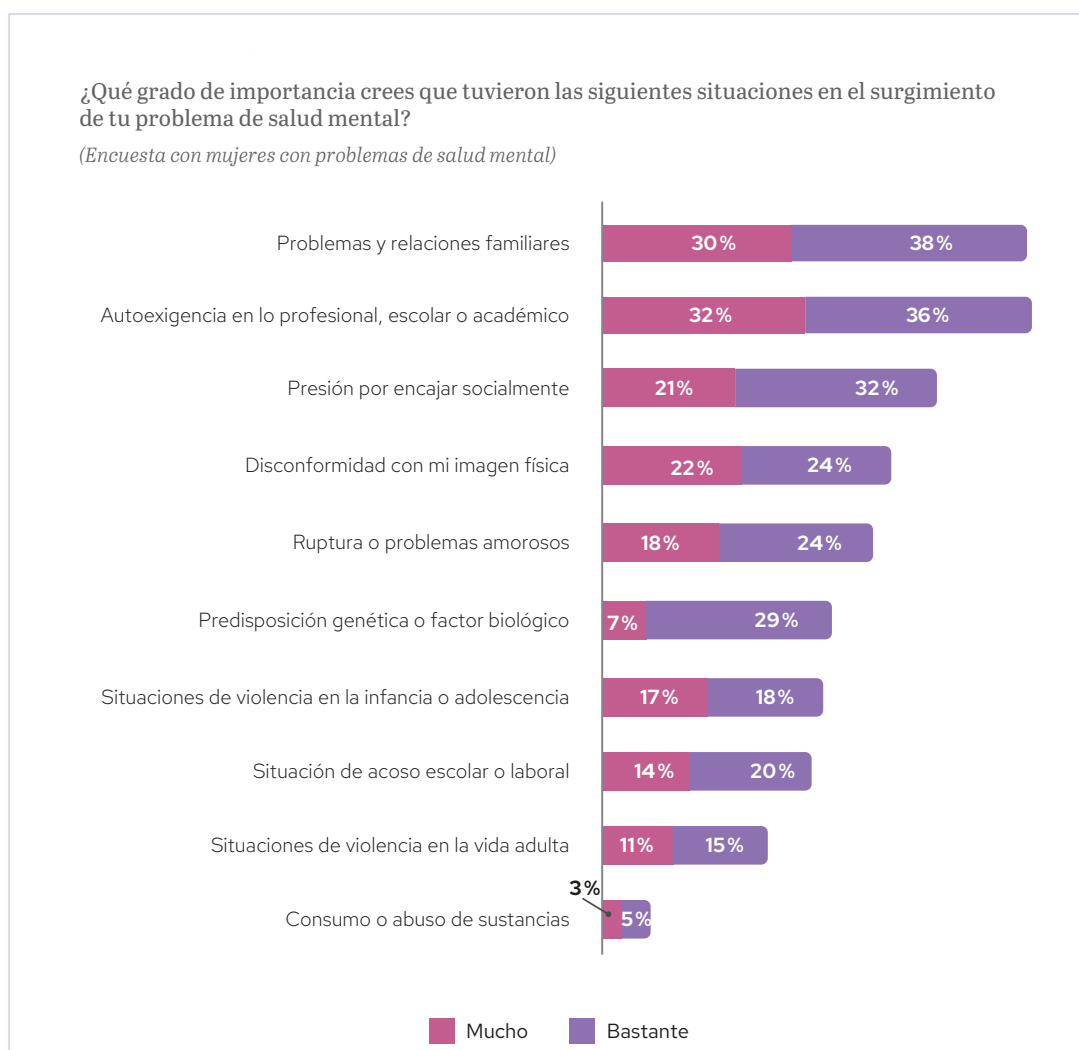
Estos resultados son similares a los que comentan las personas familiares de las mujeres adultas, a excepción de la percepción de satisfacción con las amistades y la familia, que las mujeres encuestadas puntúan un poco mejor que las propias familias encuestadas.

Por su parte, desde la visión de los equipos profesionales, un 94 % evalúa con baja o muy baja valoración el área de satisfacción con la vida de las mujeres con problemas de salud mental.

La relación entre los malestares en salud mental y las problemáticas sociales desde una perspectiva de género

Los resultados muestran que las mujeres encuestadas asocian el **surgimiento de sus problemas de salud mental mayormente a factores sociales** (autoexigencia en lo profesional, escolar o académico, problemas en las relaciones familiares, presión por encajar socialmente, rupturas o problemas amorosos). Algo que ya se ha reconocido desde el modelo biopsicosocial y en particular desde una perspectiva de género, en autoras como Valls (2009 y 2020), Pujol et al (2020), Salamanca-Fernandez y Domínguez-Gómez (2024), entre muchas otras.

Gráfico 6. Causas de los problemas de salud mental.



Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 878).

Tipo de respuesta: Respuesta múltiple

Principales problemáticas sociales señaladas por las mujeres

Las principales problemáticas sociales que las mujeres identifican que interaccionan con sus problemas de salud mental y su percepción de bienestar y calidad de vida son:

- ▶ los mandatos de género y las violencias machistas.
- ▶ las carencias en las relaciones interpersonales.
- ▶ las dificultades económicas.

Los mandatos de género y las violencias machistas. La presión por cumplir los roles y mandatos de género inciden directamente en la percepción de calidad de vida de las mujeres. Además, pueden derivar en problemas de salud mental principalmente vinculados a una mayor comorbilidad¹³ en mujeres, como trastornos de ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático o trastorno de la conducta alimentaria (TCA), entre otros.

«Hay muchos problemas de salud mental que tienen que ver con el hecho de que son mujeres. Son problemas de género, por ejemplo, lo que yo más veo en los procesos de acompañamiento de psicoterapia, mujeres que son víctimas de violencia, o que hay relaciones donde hay abuso de poder, donde hay un tema fuerte, de perfeccionismo, problemas con la relación con el cuerpo, con la alimentación, en su versión un poco más compleja, el desarrollo de un TCA, todo lo que tiene que ver con la carga por cuidados, problemas de autoestima, etcétera, entonces, todas estas cosas tienen respuesta en que son problemas de salud mental que están vinculados al género». (Profesional).

«(el género) Sí que creo que influye en cuanto a qué tipología de trastornos afectan a la persona, ¿no? Por ejemplo, los TCA, pues, todas las estadísticas dicen que afecta mucho más a las mujeres y a los adolescentes. Y también es algo a tener en cuenta, ya que es uno de los trastornos más peligrosos para la salud y para la vida de las personas». (Profesional)

Las carencias en las relaciones interpersonales. Se destaca, como causantes de su malestar y problemas en salud mental, **la vivencia de la soledad y la falta objetiva de redes de apoyo**. Según los datos cuantitativos, un 70 % de las mujeres encuestadas afirman que les preocupa «bastante» o «mucho» sentirse solas. Así, vivenciar la soledad o la exclusión social, se convierte para las mujeres con problemas de salud mental en un problema social más significativo, a la vez que puede incidir en su grado de bienestar o malestar en salud mental.

De acuerdo a los equipos profesionales y mujeres entrevistadas, **la falta de redes de apoyo social o familiar** también emerge como un elemento que obstaculiza la autonomía de las mujeres. Al respecto, se destaca la importancia de los servicios de atención residenciales para mujeres que no cuentan con redes de apoyo.

13. Presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en una persona.

«Mi vida ha cambiado totalmente. Ahora soy una persona tranquila, cumplo normas, (...) y me siento muy querida por todos (...) A mí no me llaman mis hermanas a mi teléfono, solo tengo la ayuda de mis amigas y del equipo de profesionales del piso, que son muy buenos».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

La ausencia de una red de apoyo social no solo aumenta su vulnerabilidad, sino que también hace más difícil que las mujeres mantengan una vida autónoma fuera de los servicios.

«No sabemos la cantidad de gente que hay sola y que no tiene apoyo de nadie». (Profesional)

Las dificultades económicas. Son una problemática latente que **agrava el malestar y dificulta la emancipación y la autonomía**. Entre el 60 y el 70 % de mujeres encuestadas experimentan mucha o bastante preocupación por no poder pagar las facturas, la alimentación, el alquiler o la hipoteca. Unos resultados que en el caso de familiares de las mujeres adultas están algo por debajo. Esta cuestión también será desarrollada en más profundidad en apartados posteriores (véase apartado 7.6 Ocupación, vivienda y feminización de la pobreza).

7.2. Estigma y Autoestigma

En este apartado, se señalan las particularidades del estigma en salud mental. Se plantean los mecanismos que operan en el plano social-comunitario que **invisibilizan y desacreditan** las experiencias de las mujeres con problemas de salud mental y **obstaculizan la identificación y denuncia de las vulneraciones** de derechos que sufren.

7.2.1. Punto de partida

Los problemas de salud mental exponen a las personas a una mayor vulnerabilidad y a la discriminación. Las vivencias estigmatizadoras banalizan su malestar, cuestionan sus experiencias y las etiquetan y califican con adjetivos como «débiles», algo que les ocurre especialmente a las mujeres. A consecuencia de estas dinámicas, se generan actos y comportamientos discriminatorios y de rechazo.

Como se recoge en el informe *La situación de la Salud Mental en España*, «uno de los elementos que genera mayor sufrimiento y dificultades a la persona con trastornos o problemas de salud mental es el estigma y la discriminación que acarrea». (Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Mutua Madrileña, 2023:143).

A la estigmatización social propia de los problemas de salud mental, se añade la **desigualdad y discriminación por el hecho de ser mujeres**, donde una sociedad y un entorno familiar en los que, habitualmente, aún subsiste una **cultura patriarcal**, las sitúa en roles tradicionalmente vinculados al género femenino, **restándoles oportunidades para su pleno desarrollo**. «No se define igual a una persona con problemas de salud mental que a una mujer con problemas de salud mental. El estigma se retroalimenta en el caso de las mujeres, por el mero hecho de serlo» (ATELSAM, 2020:11).

Por esta razón, podemos hablar de un **doble estigma** o un **estigma específico** para las mujeres con problemas de salud mental. «A las mujeres con trastorno mental se las llega a tildar de “vagas”, “incapaces”, “malas madres”, “desaliñadas”, “histéricas”, “sensibles” e “inferiores”» (ATELSAM, 2020:11). Además, el estigma también

condiciona el **relato de las mujeres con problemas de salud mental**, porque **se le da poca credibilidad**, las descalifica cuando sufren y argumentan algún tipo de abuso o violencia.

7.2.2. Resumen de los principales resultados

Tabla 9. Estigma y doble estigma. Resumen de los principales resultados

Estigma y doble estigma	
Principales hallazgos validados por el metaanálisis realizado de otros estudios previos	■ El estigma es uno de los principales obstáculos para la garantía de derechos de las mujeres. ■ Las mujeres con problemas de salud mental y/o discapacidad psicosocial sufren una doble estigmatización por el hecho de ser mujeres y tener un problema de salud mental. ■ Los tratos discriminatorios y estigmatizadores, que cuestionan y ponen en duda la percepción del propio malestar, llevan al autoestigma. ■ La concepción de la salud mental junto con los mandatos de género lleva simultáneamente a infradiagnósticos (por simplificar los cuadros sintomáticos), la sobrepatologización de las experiencias vitales (cuando son respuestas emocionales ajustadas a situaciones vividas) y diagnósticos sesgados (por razón de género).
Nuevas evidencias de las experiencias de las mujeres con problemas de salud mental	■ La invisibilidad juega un papel negativo en la salud mental; por un lado, deja espacio a lo imaginario, lo que suele dar lugar al estigma, y por el otro, ante la apariencia de normalidad, se cuestiona y se pone en duda la existencia de este mismo malestar. ■ El 75 % de las y los profesionales consideran que el estigma asociado a los problemas de salud mental tiene un sesgo de género, siendo más prevalente en mujeres, adolescentes y niñas. ■ Se identifica una paradoja en la estigmatización: por un lado, se atribuye la presencia del malestar a una cuestión de género, es decir, se normaliza la sintomatología, achacándola a una «tendencia femenina» de vivir las circunstancias con más visceralidad o emocionalidad. Y, por el contrario, se sobrepatologizan respuestas emocionales ajustadas al contexto vital, por ejemplo, en situaciones de violencia. ■ Se reconocen manifestaciones de la doble estigmatización de los equipos profesionales de los servicios sanitarios hacia las mujeres con problemas de salud mental, principalmente, a través de mecanismos infantilizadores como, por ejemplo, ignorarlas en el contexto de la consulta o banalizar sus malestares físicos, atribuyéndolos a su salud mental. ■ Se identifican disonancias en relación a la percepción sobre el nivel de interiorización de las creencias estigmatizantes (autoestigma) entre las mujeres con experiencia propia en salud mental y los equipos profesionales, quienes consideran que es mayor de lo que referencian las mujeres. ■ El estigma y autoestigma de las mujeres obstaculiza la denuncia e invisibiliza la vulneración de sus derechos. ■ Se destaca una mayor percepción de estigma en entornos rurales por parte de todos los perfiles. Factores como las poblaciones más reducidas, la cercanía entre habitantes y la dificultad de la confidencialidad se identifican como causas de esta mayor percepción. A la vez, se describe mayor reticencia para pedir apoyo por miedo a experiencias de discriminación en estos contextos. ■ En las niñas y adolescentes con problemas de salud mental también se detectan dinámicas de cuestionamiento y falta de credibilidad de las experiencias subjetivas. En la adolescencia, se intuye una tendencia por parte de las personas adultas a la atribución de los malestares emocionales a una correspondencia con la etapa evolutiva y de desarrollo, achacándolo a un desajuste hormonal propio de la etapa (mirada adultocéntrica que invisibiliza y minimiza los malestares de las adolescentes).

7.2.3. Análisis de los resultados cualitativos y cuantitativos

La (in)visibilidad de la salud mental

Uno de los elementos que juega un papel significativo en la **estigmatización** es el componente de la **visibilidad/invisibilidad de los problemas de salud mental**. En los discursos, ocasionalmente se plantea la comparativa entre los problemas de la salud física versus la salud mental. En muchas ocasiones, ante una cuestión de problemática de salud física, al ser tangible y visible el daño, parece que es un elemento protector contra la estigmatización.

«Entonces me parece muy triste, muy triste que va una persona con una silla de ruedas y una mamá le dice a su hijo, ayúdale, va en silla de ruedas. Va un niño con problemas de salud mental y la mamá le dice, no te acerques, está loco». *(Familiar)*

«Que venimos de esto, en plan que no es lo mismo que una persona que se rompe una pierna no era tanta vergüenza enseñárselo a tus vecinos que, en cambio, que tu hijo o tu hija tuviese una esquizofrenia». *(Profesional)*

«(...) el tema de la salud mental es lo que me encontraba con las mujeres mayores con las que trabajaba, era bastante tabú, entonces igual también hablarlo costaba un poco (...)». *(Profesional)*

Conviene destacar, sin embargo, que en algunas mujeres se observa que, si bien ellas también perciben el estigma social, se identifican e incorporan discursos de oposición a las experiencias discriminatorias. Como **elemento empoderador y revolucionario, hacen visible su problema de salud mental**.

«Yo he preferido que mi locura se vea. Pero quien no se empodere se queda en su casa sufriendo en soledad (...) Y tener que demostrar todos los días y tener que pedir perdón, tener que demostrar todos los días que tú puedes seguir adelante y que puedes y que es una lucha (...) Tú te levantas y te acuestas, sigues durante la noche estudiando para, al día siguiente, volver a demostrar que vales para ese puesto que es el único, el tuyo». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

Estigma en la sociedad y comunidad

Social y culturalmente ha habido una tendencia a la **deslegitimación de las vivencias** de aquellas personas con problemas de salud mental; a menudo, reduciendo las personas a su situación de salud mental y utilizando un lenguaje que desacredita o banaliza la salud mental.

«Creo que, en el lenguaje que usamos, aún nos queda muchísimo para mejorar. Es súper habitual escuchar a personas diciendo: ¡guau!, hoy estoy súper bipolar o vaya depresión el domingo. Hace falta bastante trabajo con esto, que lo tenemos muy (interiorizado)».

(Familiar)

Se destaca que **el estigma atribuye ciertas características negativas a las personas con experiencias en salud mental**, hecho que provoca distancia y aislamiento, y un sentimiento compartido, palpable en las entrevistas realizadas en el marco de este estudio, de **miedo al rechazo social**.

«El miedo al rechazo es brutal». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

De esta forma, se observan **dinámicas y tratos infantilizantes** que inevitablemente generan un **impacto en la autoestima y distorsionan el propio autoconcepto** de la persona con problemas de salud mental, especialmente dañinos en el caso de las mujeres. En consonancia, se detecta una **falta de concienciación y educación social para hacer frente a los prejuicios mencionados**, que, a menudo, se alejan de la realidad y construyen un imaginario discriminatorio.

«En cuanto a mujeres con problemas de salud mental, creo que la sociedad en general peca un poco de infantilización de las mujeres que lo padecen. Por ejemplo, el hecho de que desconocidos, cuando las ven en momentos bajos, en momentos depresivos, les hablen en tonos infantilizadores. Yo creo que eso las limita mucho y les impacta en la autoestima».

(Familiares)

De hecho, el **95 % de profesionales consideran que el nivel de estigma social ejercido hacia las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental es elevado**.

El impacto del estigma en el bienestar y calidad de vida de las mujeres es evidente, tal y como se menciona en apartados anteriores. Tanto es así que **el 69 % de las mujeres creen que el estigma es uno de los principales obstáculos que les impide satisfacer sus necesidades**, coincidiendo un 83 % de los y las profesionales en este aspecto.

«El tema del estigma con la salud mental es brutal... y el autoestigma es terrible, ver que piensan que no pueden y se lo creen». *(Profesional)*

Un 31% de las mujeres con problemas de salud mental no acceden a recursos especializados por el estigma hacia los problemas de salud mental o por haberse sentido discriminada con anterioridad. Se recogen experiencias duales en relación con la **etiqueta diagnóstica**, percibiéndose una **ambivalencia de vivencias**. Mientras algunas mujeres refieren alivio al poder poner nombre y atribución a sus malestares, otras refieren sentimiento de encasillamiento, expresando la voluntad de distanciarse y desvincularse del diagnóstico.

«(...) pues cuando me ingresaron en psiquiatría y bueno, ya miraron y ya pusieron nombre a mí me valió mucho, para información, para saber lo que tengo. Si te duele mucho una pierna, tú quieres saber lo que te duele, o sea, por qué te duele y saber lo que tienes, pues yo quería saber por qué las liaba. Claro, esa culpa no te la vas a perdonar nunca. Las liadas que hice yo, por lo menos en mi caso, nunca me las perdonaré, pero bueno, aprendes a cómo vivir con ello.

Mi familia sí me lo perdonó, pero yo no».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

Referente a las redes de apoyo o del propio entorno, también se detecta que las mujeres han experimentado **más estigma por parte de personas conocidas, familiares y/o amistades**. Las mujeres con problemas de salud mental **perciben que no se las tiene en cuenta como un referente de apoyo** por parte de sus amistades, por su potencial inestabilidad emocional, lo que conlleva **comportamientos de exclusión social** que ahondan en el sentimiento de **soledad o aislamiento**.

«Me hace sentir bastante apartada porque sabes que si realmente te necesitan o necesitan ayuda no vas a ser de quien reclamen por miedo a hacerte, pues, lo que digo que tengas una recaída o que te puedas encontrar mal y eso te hace sentirte un poco... no, discriminada no es la palabra, pero si un poco fuera del alcance de tus amigos (...) te hace sentirte un poco apartado de la sociedad». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

Doble estigmatización

El 75 % de las y los profesionales consideran que **el estigma asociado a los problemas de salud mental tiene un sesgo de género, siendo más prevalente en mujeres, adolescentes y niñas**. Y así es compartido también por algunas participantes.

«Hay una discriminación fuerte hacia lo diferente y en este caso de problemas de salud mental, por supuesto, y más si es mujer en el caso de que, además, el entorno o la persona sea machista, que todavía tenemos este estigma en nuestra sociedad». *(Familiar)*

Los estereotipos de género —que identifican características por distinción de sexo, atribuyendo a los hombres mayor actividad, estabilidad emocional y menor necesidad de apoyo emocional y, por contra, a las mujeres rasgos de personalidad como la explosividad, la histeria, el nerviosismo, la exageración— **amplifican el estigma hacia las mujeres con problemas de salud mental** (doble estigma).

Los estereotipos de género definen una imagen de las mujeres, describiendo todos aquellos atributos esperables y deseables en el género femenino. Tanto es así, que **el 43 % de las mujeres encuestadas cree que el miedo a no cumplir los mandatos de género es uno de los principales obstáculos para satisfacer sus necesidades**. Sin embargo, las mujeres con problemas de salud mental (y sin problemas de salud mental) no siempre encajan en estos parámetros.

«Ya el género produce una serie de diferencias, si eres chica y por ejemplo tienes algún problema de drogas, ya hay un doble estigma. Y si encima eres chica, tienes un problema de drogas y tienes un problema de salud mental, ya el estigma se triplica. Yo creo que sí que hay un impacto mayor en las chicas con problemas de salud mental o de drogas».

(Profesional)

En este escenario, las mujeres con experiencia propia en salud mental describen la generación de dinámicas que ponen en duda, desacreditan y banalizan sus malestares. Se dan contextos que permiten cuestionar sus propias vivencias, **atribuyendo cualquier sensación, comportamiento o actitud a su «locura»**.

«La loca de la familia soy yo. Estás así porque quieres, eres egoísta, no te pasa nada, quieres dar pena (...) No te levantas de la cama porque no quieres. (...) Qué peliculera eres. Levántate y no sé qué. A mí lo que me cuesta mucho de mi entorno es que me crean».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

«(...) Tenemos el cartel grande de somos locas y todo lo que pasa a nuestro alrededor es por culpa de nuestro trastorno. Que estoy enferma es por mi trastorno, que no tengo ocio es por mi trastorno, que no tengo accesibilidad a muchas cosas es por mi trastorno». *(Profesional)*

En este contexto, aparece **el autocuestionamiento** de la propia subjetividad. Así, al escuchar a tu entorno poner en duda el propio malestar **hace que una misma empiece a desconfiar de sus propias percepciones**. Esto, lógicamente, impacta en su salud mental, **reforzando este autoconcepto y autopercepción de «locura»**.

«No sé si habéis notado esto de que te están repitiendo tantas veces que eres una exagerada, que no es para tanto que tal, que tú misma te lo acabas creyendo. Y al final piensas que sí, que es así. Eso es verdad. (...) Seré yo una exagerada. Seré yo que esto. Seré yo, será yo, será yo. Y tú misma empiezas una paranoia. Y ahí es cuando empieza más tu mente a volverte loca. .. y llegas hasta el punto de que al cabo de una semana ya empiezas a pensar en el suicidio».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

El autoestigma y la autopercepción

Un 60 % de los perfiles profesionales encuestados afirman que el nivel de autoestigma, es decir, el estigma percibido hacia ellas mismas por parte de niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud es mucho, mientras que un 33 % considera que es bastante, desprendiéndose una **percepción elevada de presencia de autoestigma por parte de los equipos profesionales**.

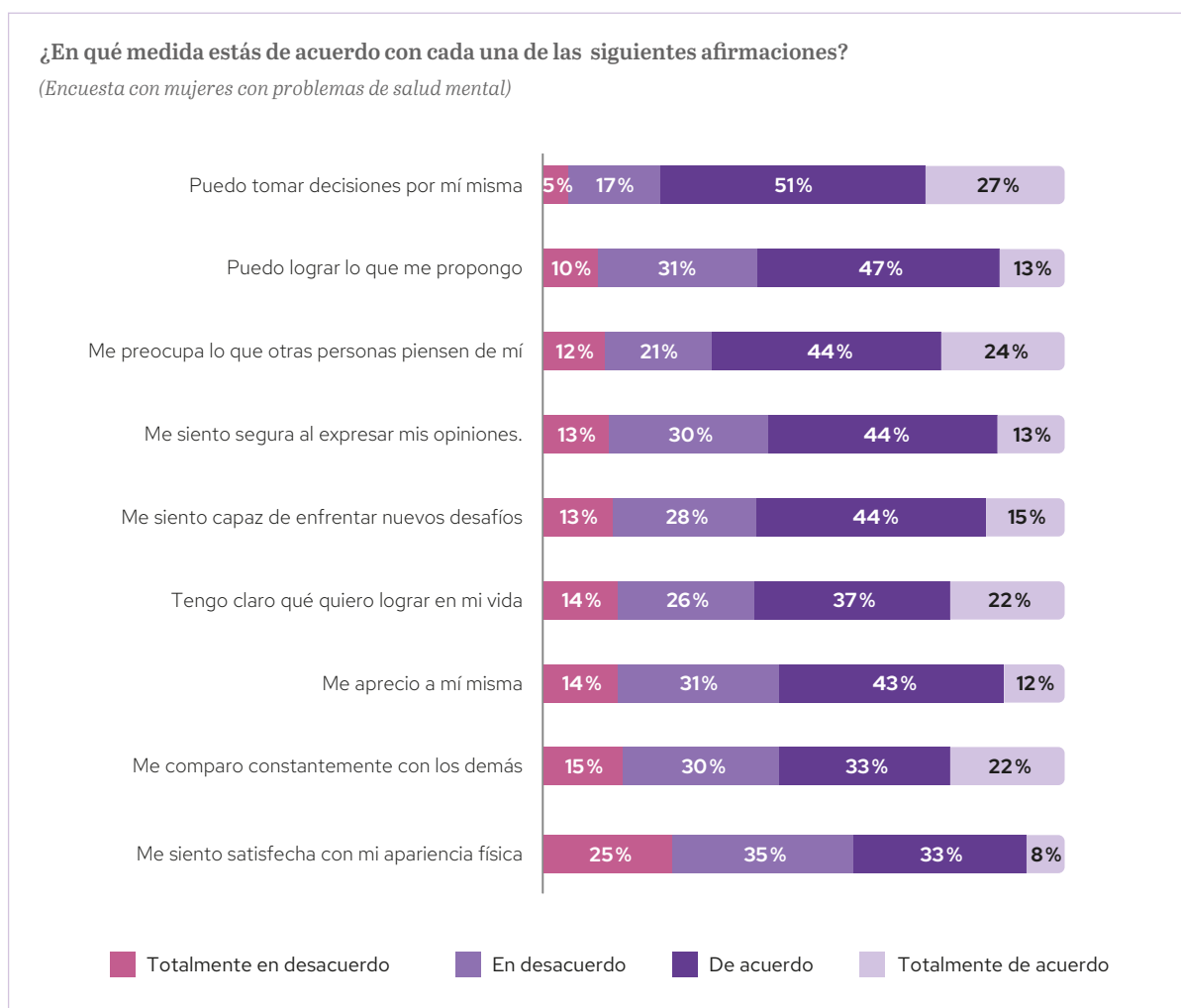
En los hallazgos de las entrevistas realizadas a mujeres con experiencia propia en salud mental, se puede identificar un consenso respecto a la **presencia del estigma social** y a las **experiencias de discriminación en diferentes ámbitos de la vida**, no obstante, **existen divergencias en relación al nivel de interiorización de las creencias estigmatizantes (autoestigma)**.

En consonancia, las respuestas de las mujeres y familiares reflejan que alrededor de un 70 % muestran preocupación por lo que las otras personas piensen de ellas, un 60 % de las mujeres encuestadas se encuentran insatisfechas con su apariencia física y alrededor del 55 % se compara constantemente con las demás personas y se considera insuficiente. Algo que, tanto el estigma y el riesgo de exclusión como los mandatos de género pueden estar explicando (véase apartado 7.4. Vínculos y cuidados).

«Tienes una familia que te quiere, no la sabes valorar y eres egoísta. Y yo misma luego me autocrítico y digo, ¿será verdad? ¿Será verdad que yo soy egoísta y que no pienso en mi familia? Y luego entro en un bucle del que no puedo salir y me entra la idea suicida». (Mujer con experiencia propia en salud mental)

No obstante, también se destaca que alrededor del 55 % se aprecian a sí mismas, casi el 60 % se sienten capaces de enfrentar nuevos desafíos, el 60 % tienen claro lo que quieren lograr en la vida y alrededor de un 80 % creen que pueden tomar decisiones por sí mismas, lo que indica **evaluaciones ambivalentes en relación con elementos de su autoconcepto como la autovaloración, la autoeficacia y la autonomía**.



Gráfico 7. Autopercepción y autoconcepto según las mujeres con experiencia propia en salud mental

Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 878).

Por otra parte, **se aprecia que un porcentaje elevado (96 %) de los equipos profesionales encuestados que trabaja con mujeres con problemas de salud mental evalúa como baja o muy baja el área de autoestima y/o autoconcepto**, lo que dista de los matices en las valoraciones realizadas por las mismas mujeres encuestadas.

En ese sentido, desde la voz de los equipos profesionales, el estigma social hacia las personas con problemas de salud mental sigue siendo una barrera importante, que afecta también a sus intentos de establecer relaciones sociales y sexoafectivas, **ya que muchas de ellas temen revelar su problema de salud mental por miedo al rechazo.**

Manifestaciones del estigma hacia las mujeres en la praxis de los equipos profesionales sanitarios

Es de relevancia destacar que la presencia de experiencias estigmatizadoras no solo se da en el plano de las relaciones interpersonales cercanas o en el entorno comunitario informal. **En el contexto de los servicios de atención, también se pueden identificar prácticas estigmatizantes** desde los equipos profesionales de los servicios sanitarios, los cuales perpetúan discriminaciones y desigualdades en mujeres con problemas de salud mental, basándose en estereotipos de género, en estigmas asociados a la salud mental o en la conjugación de ambos fenómenos. Se trata de formas de **violencia institucional** desarrolladas por la práctica profesional.

«El nivel de violencias institucionales ya digo, es como una especie de pantone de posibilidades y de interacciones entre ellas y puede ir desde la violencia más explícita de atar desnuda a una mujer a la que han violado la cama, a negarle la posibilidad a una mujer de narrar su experiencia como cuidadora dentro de una consulta de atención primaria y de patologizarla y decirle que lo que tiene es una depresión». *(Profesional)*

En el trabajo de campo, se han destacado y recogido tres principales **formas de estigma por parte de los perfiles profesionales**:

- a. Los **diagnósticos sesgados** en mujeres según las expectativas de género, como ya se venía señalando en el marco teórico.

«¿Dónde está la mayoría de los trastornos de personalidad? ¿El trastorno de personalidad límite, por ejemplo? En las mujeres». *(Profesional)*

En ese sentido, hay ciertas características consideradas «intrínsecas» a la personalidad y el temperamento femenino, en contraposición a la representación social masculina. Por ende, hay un **sesgo en la categorización de los diagnósticos**, donde hay un mayor porcentaje de mujeres diagnosticadas con patologías que describen sintomatologías asociadas a este estereotipo de género femenino.

«No está bien visto, y muchísimo menos alrededor de que una mujer pueda decir o pueda, digamos, quejarse de que tiene un problema de salud mental. Porque, claro, la mujer ya, venimos de que la mujer es propensa a depresiones, la mujer puede tener ansiedad, la mujer sí llora, el hombre no (...) Y es que eso nos lo estamos encontrando hasta en los colegios. Mi mamá llora, pero mi papá no, porque es muy fuerte». *(Profesional)*

- b. El trato que los y las profesionales tienen en el espacio de consultas médicas cuando las mujeres con problemas de salud mental son acompañadas por sus familiares. En estos contextos, los y las profesionales dirigen la atención hacia las familias acompañantes en lugar de a las mismas mujeres. Les realizan las preguntas y les entregan las recomendaciones, provocando en las mujeres una sensación de sujeto de «segunda categoría» y una infantilización al no ser consideradas sus opiniones y las propias percepciones sobre sus experiencias.

«Las preguntas (del médico) no me las tienes que hacer a mí, las tiene que hacer a ella, que es la enferma. Yo puedo debatir, pero las preguntas son hacia ella». *(Familiar)*

«Lo que ellas nos dicen también es que se sienten como en una segunda categoría, porque siempre el médico está comentando al hermano, al padre, a la madre, al marido, lo que ellas tienen que hacer, en lugar de dirigirse directamente a la persona que tiene el problema de salud mental». *(Profesional)*

«Las mujeres estamos más abandonadas y tenemos menos credibilidad porque si vas al médico con tu marido o pareja no te dan la oportunidad de hablar a ti tiene que hablar él y se basa en su creencia». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

- c. Finalmente, en la atención sanitaria general, se han vivido **experiencias de discriminación al banalizar el malestar físico de mujeres con problemas de salud mental, atribuyéndolo a un malestar emocional**. Al respecto, se observa una tendencia a derivar a estas mujeres a servicios psiquiátricos, incluso cuando necesitan atención de otras especialidades.

«Después, yo he ido con dolor en el pie a un médico, a una urgencia y a mí me han visto el expediente y directamente sígase tomando lo que está tomando, esté tranquila unos días y ya mejorará. He ido con palpitaciones reales y no, eso es ansiedad. No, señor. No es ansiedad. (...) Yo sé lo que es ansiedad y esto no. Me está dando algo y... Y no. Te mandan para casa». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

«Muchos profesionales de la salud de otras especialidades tienen muchas reticencias y prejuicios a la hora de abordar temas con las mujeres con problemas de salud mental». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

El caso específico del ámbito rural

Conviene destacar, y así se desprende de las entrevistas y los grupos focales realizados, una **mayor percepción de estigma en entornos rurales**. Así mismo, y debido a pertenecer a poblaciones más reducidas, se percibe una mayor estigmatización por cercanía entre habitantes y, por ende, una mayor vulneración del derecho a la confidencialidad, lo que, se hipotetiza que potencialmente genera reticencia para pedir apoyo por miedo a experiencias de discriminación.

«En el entorno rural lo tenemos más difícil porque estamos más expuestas porque nos conocemos. Igual que conocemos nuestras cosas buenas, nuestras cosas malas. Y la salud mental no es bonita (...). Pero si tú tienes un diagnóstico en salud mental, la gente no es que te maltrate, no es que te dé de lado, pero te cuestiona».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

«Esto es un poquito efecto pueblo, pero pueblo sin carretera, entonces aquí nos conocemos todos prácticamente y por supuesto existe el estigma muy fuerte acerca de, pues bueno, si te estás declarando que tienes un problema salud mental, nos ponemos un poquito tensos todos porque no terminamos de comprender (...). Realmente el estigma, por supuesto, está en todas partes, y el hecho de entrar a la ligera en una asociación como la nuestra, pues pueda generar resistencia en la persona que necesita ayuda, pero creo que, en nuestro caso, como nos conocemos todos, es particularmente difícil». *(Profesional)*

El estigma en la infancia y adolescencia

Cuando hablamos de **infancia y adolescencia** con problemas de salud mental, parece que aún **hay mayor cuestionamiento y falta de credibilidad** de las experiencias subjetivas que en la adultez. Así, en un **mundo adulto-céntrico**¹⁴ que no suele dar valor a las verbalizaciones de las niñas y adolescentes, se percibe con más agudeza la **banalización de las vivencias de las menores**.

«Entonces es más fácil banalizar y quitar importancia a cosas (de) adolescentes, cosas de niños, cosas que pasan o incluso esto que ahora dicen de la generación de cristal y todo esto».

(Profesional)

«La mirada adultocéntrica es muy potente en cómo invisibiliza y cómo invalida las propias experiencias de tus malestares». *(Profesional)*

Particularmente, en la adolescencia, se intuye una tendencia a la atribución de los malestares emocionales a una correspondencia con la etapa evolutiva y de desarrollo, achacándolos a un desajuste hormonal propio de la etapa.

14. Enfoque que considera a las personas adultas como superiores a la infancia y adolescencia.

«En el trabajo con infancias y adolescencia. Con las niñas pequeñas ya directamente, yo hablo por el ámbito que yo conozco, se les pregunta bastante poco. O sea, no se les da validez a lo que ellas puedan pensar o sentir, ¿vale? Desde mi punto de vista. (...) Y luego ya a nivel de adolescencia, que es con lo que yo trabajo más a diario, ¿qué te diría? Es que para mí el estigma de que son adolescentes, tienen las hormonas por las nubes y demás, lo engloba todo y de ahí ya no salimos». *(Profesional)*

Así mismo, se detecta concretamente que **en el ámbito escolar hay una falta de concienciación en cuanto a la salud mental**. Siendo un espacio que debería ser percibido como seguro y no acaba proporcionando el acompañamiento y la detección necesaria. Sin embargo, los datos extraídos de las encuestas y las entrevistas realizadas no se valoran suficientes para hipotetizar o describir las dinámicas que operan en este contexto, siendo necesaria una indagación futura en este aspecto con la voluntad de llegar a revelaciones más contundentes y significativas.

«No hay un espacio en un centro educativo para una persona que está desarrollando una enfermedad mental». *(Familiar)*

«Entonces difundimos (información) para que tanto equipos educativos puedan trabajarla con sus niñas y niños como que las niñas y niños puedan también conocerlas». *(Profesional)*

7.3. Vínculos y cuidados

Como se menciona anteriormente, una de las cuestiones más relevantes que impactan en el bienestar de las mujeres con experiencia propia en salud mental es la **calidad de sus relaciones interpersonales**.

En este apartado, se hace una aproximación a las relaciones interpersonales (familiares y amistades) y al rol de cuidado principalmente otorgado a las mujeres.

7.3.1. Punto de partida

Relaciones interpersonales: familia y amistades. El 30,2 % de mujeres con problemas de salud mental y el 33,3 % de mujeres con otras discapacidades **consideran que no cuentan con suficiente apoyo por parte de familiares y amistades**. En comparación, el 20 % de hombres con problemas de salud mental considera que el apoyo es el mismo.¹⁵

15. ASCASAM (2022).

Existe constancia, según el estudio de Obertament et al (2016), de que el 50,4 % de las personas con problemas de salud mental han experimentado un trato injusto por parte de su familia nuclear, y un 38,6 % por parte de su familia extensa. Algo en lo que existen diferencias significativas por sexo: **el 56,2 % de las mujeres con problemas de salud mental reportaron un trato injusto por parte de la familia nuclear**, en comparación con el 44,8 % de los hombres.

La maternidad. Para las mujeres con problemas de salud mental, **la maternidad ha sido históricamente vedada, interrumpida forzosamente o disuadida con argumentos basados en ideas culturales y en justificaciones científicas.** Existen estudios cualitativos que revelan el **juicio constante sobre la capacidad de ser «buenas» madres:** «Este juicio proviene tanto de profesionales de salud como del entorno familiar, basado en estereotipos de «mala madre» *que erróneamente asocian la condición de salud mental con la incapacidad para el cuidado infantil*» (Salamanca y Domínguez-Gómez, 2024: s/n).

Diversos estudios han señalado las razones detrás de esta negación, incluyendo:

- ▶ **El mito de la asexualidad:** Las mujeres con discapacidad o problemas de salud mental no son vistas como candidatas para el amor o la maternidad.
- ▶ **El supuesto riesgo para la salud:** Profesionales de la salud perciben el embarazo como un riesgo debido a su «delicada» condición de salud mental.
- ▶ **La percepción de dependencia absoluta e infantilización:** Se cree que carecen de autonomía para cuidar de otra persona.
- ▶ **La idea de la enfermedad o discapacidad heredable:** Es decir, **como una condición transmisible.**
- ▶ **Las demandas físicas de la crianza:** La maternidad requiere condiciones físicas que se consideran inalcanzables para mujeres con discapacidad.

Según FEAFES Extremadura (2020), **estas mujeres enfrentan formas específicas de vulneración de sus derechos reproductivos**, incluyendo esterilizaciones forzosas,¹⁶ abortos coercitivos, pérdida de custodia de sus hijos e hijas, denegación de certificados de idoneidad para adoptar, persuasión para evitar la maternidad, y falta de apoyo durante el embarazo. Además, **persiste un ideario común que las tilda de «malas madres».**

16. Como se ha dicho, aunque estas prácticas se ilegalizaron en 2020 (el mismo año del informe de FEAFESA Extremadura) existen datos de que se siguen practicando. «Sólo en 2020, los juzgados de primera instancia autorizaron 54 esterilizaciones forzosas, según datos facilitados por el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ)» (CERMI, 2021, s/n).

7.3.2. Resumen de los principales resultados

Tabla 10. Vínculos y cuidados. Resumen de los principales resultados.

Vínculos y cuidados	
Principales hallazgos validados por el metaanálisis realizado de otros estudios previos	Se identifica una esencialización¹⁷ del rol femenino, en el que cuidar resulta intrínseco al hecho de ser mujer, normalizando, así, la asunción de este cargo también en mujeres con problemas de salud mental.
Nuevas evidencias de las experiencias de las mujeres con problemas de salud mental	- Por el imperativo social de tener que anteponer las necesidades de los demás a las propias, se percibe mayor reticencia a solicitar apoyo, pedir asistencia o acudir a perfiles profesionales, atendiendo a que se asume incompatible el rol de cuidadora con el de ser cuidada. Ejercer el rol de cuidadora plantea una ambivalencia. Por un lado, brinda la oportunidad de ser partícipes de la sociedad, atribuyéndoles una actividad cargada de valor simbólico. Sin embargo, por otro lado, se describe la vivencia del cuidar en términos de sobrecarga, como una obligación que, a menudo, va acompañada de estrés e incompatibilidad con el autocuidado. Un 64 % de las mujeres encuestadas expresan que el cuidar al entorno les ha supuesto una gran carga emocional que ha impactado en su salud mental. - La maternidad de las mujeres con problemas de salud mental se pone en duda, se cuestionan sus capacidades y se expresan algunas vivencias coercitivas y de temor de separación de los hijos y las hijas. Un 72 % de las mujeres manifiestan alguna vez haberse sentido juzgadas en su maternidad. - Se detecta una falta de servicios de apoyo para madres con problemas de salud mental. - Se recogen experiencias de mantenimiento de situaciones de violencia machista como estrategias de resistencia y evitación de la separación maternofilial (no separarse de una figura agresora para no poner en riesgo su custodia). - Se percibe una ambivalencia respecto a la red de apoyo y el entorno familiar, puesto que suponen un soporte, pero simultáneamente pueden ser fuente de malestar. - Existe un sentimiento compartido entre las familias de abandono por parte de los servicios. Principalmente este sentimiento proviene de la falta de información y apoyo recibido.

Fuente: Elaboración propia

17. Pensamiento que defiende y pone en valor las cualidades más tradicionales del rol femenino entendiendo que son parte intrínseca, o identitaria de las mujeres. Se perciben como cualidades que constituyen y definen la naturaleza de las mujeres, algo permanente e invariable de ellas.

7.3.3. Análisis de los resultados cualitativos y cuantitativos

Los cuidados como mandato social de las mujeres

Desde una esencialización¹⁸ del rol femenino, el cuidar resulta intrínseco al hecho de ser mujer, normalizando así, la asunción de este cargo. En los cuestionarios se refleja que el **38 % de las mujeres tienen hijos o hijas y el 34 % han sido las encargadas de cuidar de algún familiar.**

La priorización de las demás personas. Para muchas mujeres participantes del estudio, **ejercer el rol de cuidados lleva implícita una priorización de las demás personas por encima del propio bienestar** y las necesidades individuales. Ello conlleva, en consecuencia, la **obligatoriedad de reprimir su propio malestar en pro y beneficio del cuidado del entorno familiar.**

«(El) rol de cuidadora que parece que viene con el rol de maternidad viene impuesto en los genes. Eres hija o eres madre o eres esposa, pues tienes que cuidar y al final te olvidas de lo más importante que es cuidarte tú». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

La demanda de ayuda. Se percibe una **reticencia a solicitar apoyo, pedir asistencia o acudir a un/a profesional**, atendiendo a que **se asume incompatible el rol de cuidadora con el de ser cuidada.** Es así que emerge el siguiente planteamiento: «¿Si me tienen que cuidar a mí, ¿quién cuidará de los míos? » Debido a esta renuncia y a la «imposibilidad» de anteponerse a las necesidades del otro, **cuando las mujeres acuden a los recursos especializados ya suelen presentar un cuadro sintomatológico más agudo y/o un problema de salud mental más crónico.**

«Trabajaba, la casa, los niños, las actividades. Un pum, pum, pum, pum (...) estrés, estrés, estrés, estrés. No te puedes permitir caer enferma porque tienes hijos pequeños. Entonces no te da en tu mente, no te da la oportunidad de caerte, de decir, bueno, hasta aquí (...) No me podía caer, porque tenía dos niños pequeños, no podía permitirme caer enferma y no poder cuidar de ellos». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

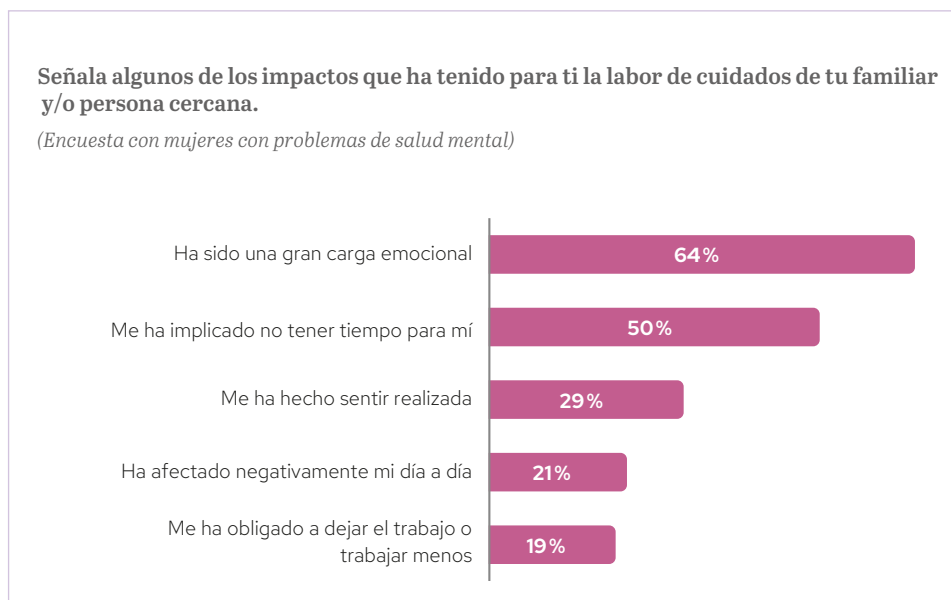
«Desde mi recurso lo que vemos también, es mucha dificultad para acceder a él por los roles de género que tienen ellas, por el sentimiento de cómo voy a ingresar en un piso durante un año y yo tengo que cuidar de mis padres, tengo que cuidar de mi hija». *(Profesional)*

La sobrecarga de los cuidados. Conviene destacar que se desprende de los discursos de las entrevistadas que el **ejercer el papel de cuidadora supone una sobrecarga**, prevaleciendo las experiencias de **(híper) responsabilidad**, y así lo avalan también las encuestas, de quienes refieren que cuidar al entorno supone una gran carga

18. El esencialismo de género es una teoría que atribuye cualidades intrínsecas y distintivas a hombres y mujeres, por razón de género.

emocional (64%). En consonancia, y más específicamente, un 50 % refieren que la tarea de los cuidados ha implicado no tener tiempo para sí mismas, mientras que tan solo, un 30 % expresan haberse sentido realizadas.

Gráfico 8 (mostrado anteriormente). Impactos del trabajo de cuidados de familiares y/o personas cercanas



Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 302).
Pregunta filtro: ¿Eres o fuiste la persona encargada de cuidar de algún familiar y/o cercano dependiente de cuidados (padre, madre, hermanas, etc.)? - «Sí». Tipo de respuesta: respuesta múltiple.

«Yo te diría que hay personas a las que les ayuda [el hecho de cuidar]. Al final está como normalizado. O sea, es que queda muy feo, pero sí, como que formas parte de la sociedad, como que estás, eres partícipe, eres necesaria. Entonces creo que hay personas a las que les viene bien y hay otras a las que igual les satura o les haces exponerse a situaciones para las que no están preparadas o que no les apetece o que no es el momento». (Profesional)

«El tema estrella en la mayoría de talleres era el sentirse imprescindible de la hiper-responsabilización que te comentaba, el sentido de que debían controlarlo todo, el cuidar a las personas de su alrededor, marido, hijos, nietos, o sea el cuidar a los demás y el tener que ser ellas las que lo llevan todo encima, entonces también como ese cansancio, ese agotamiento del rol de mujer cuidadora de la familia». (Profesional)

La maternidad

Encontramos una **doble vara de medir respecto al rol de cuidados y las maternidades** en mujeres con problemas de salud mental. **Este rol de cuidadoras**, que muchas ejercen en el marco de sus familias (de personas mayores, sobrinos, etc.) (hiper)responsabilizándose de la tarea de atender a su entorno por mandato social, **no está igualmente validado cuando hablamos de su propia maternidad**. Parece que se legitima el cuestionamiento sobre su maternidad, o posibilidad de ser madre y la puesta en duda de sus capacidades de cuidado por el hecho de ser mujeres con problemas de salud mental. Un 72 % de las mujeres encuestadas manifiestan alguna vez haberse sentido juzgadas en su maternidad.

Se identifican también, en el análisis cualitativo, experiencias de amenazas por parte de instituciones y familiares y temor a la posible separación de sus hijos e hijas, frente a acusaciones de no poder proporcionar los cuidados adecuados debido a su estado de salud mental.

«Y además cuando hay un divorcio de por medio, una separación es un arma arrojadiza utilizando tu salud para quitarte a esos niños. Está pasando cada vez menos, pero antes era así. Tú estás loca, tú no podías tener a tus hijos, te los quito o no te separes que te van a quitar a tus hijos. Aguanta ahí, también llega el maltrato de aguantar para que no te quiten a esos hijos o porque no eres autosuficiente». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

La red de apoyo y el entorno familiar

Red de apoyo insuficiente. La calidad del entorno es directamente proporcional al bienestar y la calidad de vida de las mujeres. Así lo expresan un 73 % de las y los profesionales y un 51% de las mujeres encuestadas, quienes consideran que la **falta de apoyo familiar, social y/o comunitario es uno de los principales obstáculos para que las niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental puedan satisfacer sus necesidades**. Así mismo, un 61% de las mujeres encuestadas valoran como escasa la red de apoyo con la que han contado.

Acompañamiento ambivalente. El 51% de las mujeres identifican el entorno familiar como la principal red de apoyo. A partir del análisis de los discursos de las entrevistadas, se desprende que **el papel de los y las familiares en la vida de las mujeres con problemas de salud mental es contradictorio**. Primeramente, se destaca que suponen un **pilar de apoyo y acompañamiento**, identificándolos como una motivación vital. Sin embargo, de los relatos, también se entrevistó una **percepción de incomprensión** por parte del entorno familiar frente a los procesos emocionales de salud mental, presentando dificultades por comprender y empatizar con las vivencias de las mujeres, lo que a su vez se traduce en un acompañamiento ambivalente. Así, se recuerda, como se mencionaba con anterioridad, que la percepción de vivencias de estigma más frecuentes viene por parte de personas conocidas del entorno.

«Los familiares tampoco saben muy bien cómo gestionarlo. Entender la enfermedad y la negación de la propia enfermedad o del propio problema, etcétera». *(Familiar)*

«Pues yo qué sé, hay familiares que las cuidan, que están pendientes, que entienden. Y hay familias que no acaban de entender o no quieren asumir que tienen un problema real, que el problema real, aunque no sea visible, es real. Y que no se pueden hacer cargo a veces de las cosas. Entonces, pues a veces hay gente que presiona, hay familias que presionan, porque quieren ver a su familiar bien y haciendo todo. Y además necesitan ese apoyo de esa persona o están muy acostumbrados a ese apoyo». *(Profesional)*

Necesidad de acompañamiento del entorno próximo. En múltiples entrevistas se señala que una de las carencias del sistema de atención es la falta de contención emocional, la falta de espacios terapéuticos y de acompañamiento a familiares. Así, se identifica que en el entorno familiar sienten un gran peso de sostenimiento que genera desgaste, impacto en su propia salud mental y dificultad para ejercer el rol de cuidado. De esta forma, se describe por parte de las familias una percepción de falta de apoyo y abandono por parte de los servicios y recursos, que las hace sentirse perdidas en el circuito y poco acompañadas.

«Pero vamos, las familias, yo creo que en este sentido están muy abandonadas, como no sea por asociaciones». *(Profesional)*

«(...) pues la seguridad social no considera que yo necesite ayuda [como familiar], o yo no la he sabido pedir, tampoco hay medios, porque sé que no los hay, porque lo veo a diario, ¿no? Entonces me la he buscado por mi cuenta, porque en mi casa soy el pilar fundamental y estoy hundida». *(Familiar)*

7.4. Acceso, uso y diseño de los servicios de salud mental

7.4.1. Punto de partida

Acceso y uso de los servicios de salud mental. A nivel estatal, en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2022 y 2023), se recogen los datos de uso de los servicios de atención primaria, pero no se desagregan por género. Sí que conocemos, por otros datos autonómicos,¹⁹ que en estos últimos años se ha observado un incremento de la demanda de atención en los centros de salud mental por parte de mujeres, coincidiendo con una mayor percepción de malestar en salud mental por parte de éstas.

Por otro lado, hay poca bibliografía que contemple las barreras de acceso a los servicios públicos y la satisfacción de las necesidades específicas de las mujeres con problemas de salud mental.

19. Direcció General de Serveis Socials de Catalunya (2023).

De los estudios que cruzan las desigualdades de género con los problemas de salud mental, cabe destacar el estudio de Salamanca-Fernández y Domínguez-Gómez (2024), que recogen algunas de las principales barreras:

- ▶ La **alta estigmatización e invalidación que reciben las mujeres**, tanto en el núcleo familiar, como por parte de los perfiles profesionales.
- ▶ La concepción de las **problemáticas por «parcelas estancadas»**, lejos de una perspectiva de salud **integral** que considere los determinantes sociales de la salud mental.
- ▶ Las **relaciones de poder poco equitativas** entre los y las profesionales y las personas usuarias.
- ▶ La **escasez de tiempo** de las mujeres para atender su propia salud.
- ▶ La **excesiva psicologización de las dolencias**.
- ▶ La **situación en la que el agresor sea el cuidador principal**, junto con la falta de intimidad y privacidad ante la necesidad de acudir a consultas médicas.



7.4.2. Resumen de los principales resultados

Tabla 11. Acceso, uso y diseño de los servicios de salud mental. Resumen de los principales resultados

Acceso, uso y diseño de los servicios de salud mental	
Principales hallazgos validados por el metaanálisis realizado de otros estudios previos	■ Las dificultades de acceso a los recursos, la inestabilidad de los mismos y la baja calidad del sistema de atención suponen los primeros obstáculos del bienestar en la salud mental. ■ Las entidades del tercer sector a menudo cubren necesidades y servicios cuando el sistema público no puede dar respuesta.
Nuevas evidencias de las experiencias de mujeres con problemas de salud mental y la práctica en el ámbito sociosanitario de profesionales.	■ La falta de recursos y las condiciones de atención (listas de espera, rotación de profesionales, etc.), aparentemente, no discriminan por cuestión de género, pero las necesidades específicas de las mujeres, sus experiencias vitales y las desigualdades estructurales y sociales las sitúan en una posición de mayor desventaja a la hora de acceder y utilizar estos recursos. ■ El 68% de los y las profesionales participantes en el estudio considera que las niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental tienen poca información sobre su situación de salud mental. ■ La red de recursos existente no está interconectada entre sí y, por lo tanto, no se realiza una mirada integrada sobre las mujeres y niñas atendidas (fragmentación de los cuerpos y malestares de las mujeres). El 73% de profesionales considera que la desinformación sobre la oferta de servicios es una de las principales barreras de acceso para las mujeres. ■ Se detectan estrategias empoderadoras entre las mujeres, como la proactividad en la búsqueda de servicios o recursos, frecuentemente, en el marco de la red SALUD MENTAL ESPAÑA, que contemplen sus necesidades. Este hecho, que en principio es positivo, puede a la vez responsabilizar en exceso a las mujeres para ser proactivas en la búsqueda de soluciones en un momento que puede ser de alta vulnerabilidad para ellas. El hecho de que la calidad y cantidad de atención dependa de la autonomía de cada mujer es de por sí, una vulneración de derechos. ■ Estas estrategias, además, a menudo ni están al alcance ni son accesibles para todas las mujeres.. En parte por el coste económico de algunos servicios, que claramente tiene un mayor impacto en las mujeres por la precarización y feminización de la pobreza (vulneración de derechos determinada por el estatus socioeconómico). ■ Según la información obtenida en las encuestas, las dos medidas más importantes elegidas por los y las profesionales para abordar las vulneraciones sociales de las niñas, adolescentes y mujeres son: fomentar el trabajo interdisciplinar y la coordinación intersectorial y trabajo en red entre los diferentes servicios de atención (70% de los y las profesionales), y mejorar la formación y la sensibilización en perspectiva de género de los equipos profesionales (51%). ■ Existen barreras de acceso a recursos desde la perspectiva interseccional (de entornos rurales, de personas LGTBIQ+, con discapacidad, migrantes, en situación de pobreza y exclusión, en situación de sinhogarismo...). ■ En el caso de la atención a la infancia y la adolescencia, se describe un sistema desbordado debido a la imposibilidad de responder y atender a todas las demandantes, este sistema se centra únicamente en aquellas situaciones de más gravedad y urgencia. ■ Se detecta que, en el ámbito escolar, hay una baja concienciación sobre la salud mental, siendo un espacio que debería ser percibido como seguro para las menores, pero en ocasiones no acaba proporcionando el acompañamiento y la detección necesaria.

Fuente: Elaboración propia

7.4.3. Análisis de los resultados cualitativos y cuantitativos

Identificar las **barreras estructurales de acceso a los servicios** cobra especial relevancia si se tiene en cuenta que el **88 % de los y las profesionales consideran que una de las principales necesidades** de las niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental y/o discapacidad psicosocial es el **acompañamiento emocional y psicosocial**. Por esta razón, cabe preguntarse por el impacto no solo individual, sino social y colectivo de contar con un sistema de acompañamiento desbordado y con carencia de recursos.

«Para la mujer afectada yo creo que, y un poco relacionado con el resto de ámbitos de la sanidad, cada vez es más difícil conseguir una atención de calidad por parte de la psiquiatría, psicología pública, gratuita y profunda». *(Familiar)*

«(...) [Existe] esta dificultad de acceder a servicios de salud mental públicos. Ir al médico y (...) que para que te den cita el psicólogo de la Seguridad Social... (Y) el psiquiatra lo mismo. Entonces, a nivel del sistema no sé [por qué no se dan citas, si] es que no se las cree o que los recursos no están allí. Pero hay claramente un obstáculo importante, que es el sistema de salud pública, donde la salud mental no está contemplada como debería». *(Profesional)*

Los déficits estructurales en la atención del sistema de salud

Una de las cuestiones protagonistas que se destacan en relación con la atención de la salud mental es la **carencia de recursos en el sistema de salud público**, denunciándose el incumplimiento de varios derechos.

El tiempo. Representan un problema tanto los **tiempos de derivación, como el transcurrido entre sesiones, el de atención de urgencia y también el de duración de cada sesión**, haciéndose evidente el incumplimiento de un seguimiento idóneo, o más bien, una **irregularidad en la continuidad del tratamiento y acompañamiento profesional especializado**.

«Lo que me parece más importante es que haya un acceso rápido y fácil a la sanidad pública en tema de psiquiatría y psicología, porque sí que es cierto que yo he intentado ir por seguridad social, y los plazos son tan largos que no puedes. Si estás en una posición vital en la que necesitas terapia, no puedes esperar seis meses, entonces para mí eso es lo más importante». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

«Yo no me siento comprendida por una psicóloga de la seguridad social que no ha leído ni siquiera mi expediente y que en 10 minutos me dice, vale, te veo dentro de dos meses. ¿Eso qué es? ¿Qué es eso? Es que no sé qué es eso». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

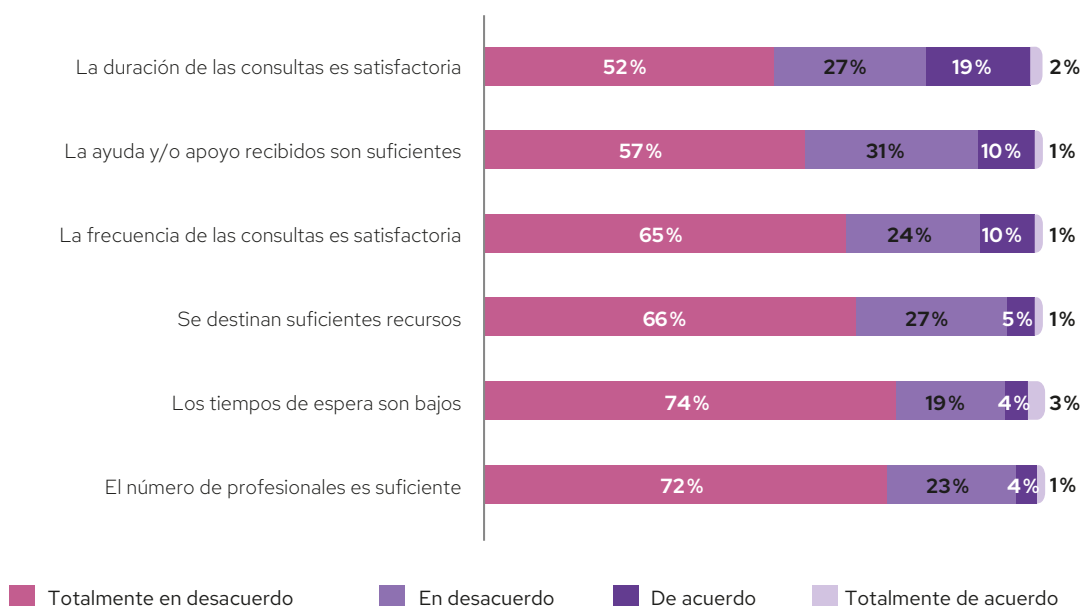
El tiempo de consulta se reduce a breves interacciones centradas únicamente en pautar o reajustar la medicación, sin disponer de un espacio de escucha o apoyo.

En concordancia, las respuestas de las mujeres reflejan que **algo más del 75 % están muy en desacuerdo con la afirmación «los tiempos de espera son bajos»** y un 20 % se muestran en desacuerdo.

Gráfico 9. Valoración del sistema público según las mujeres con experiencia propia en salud mental

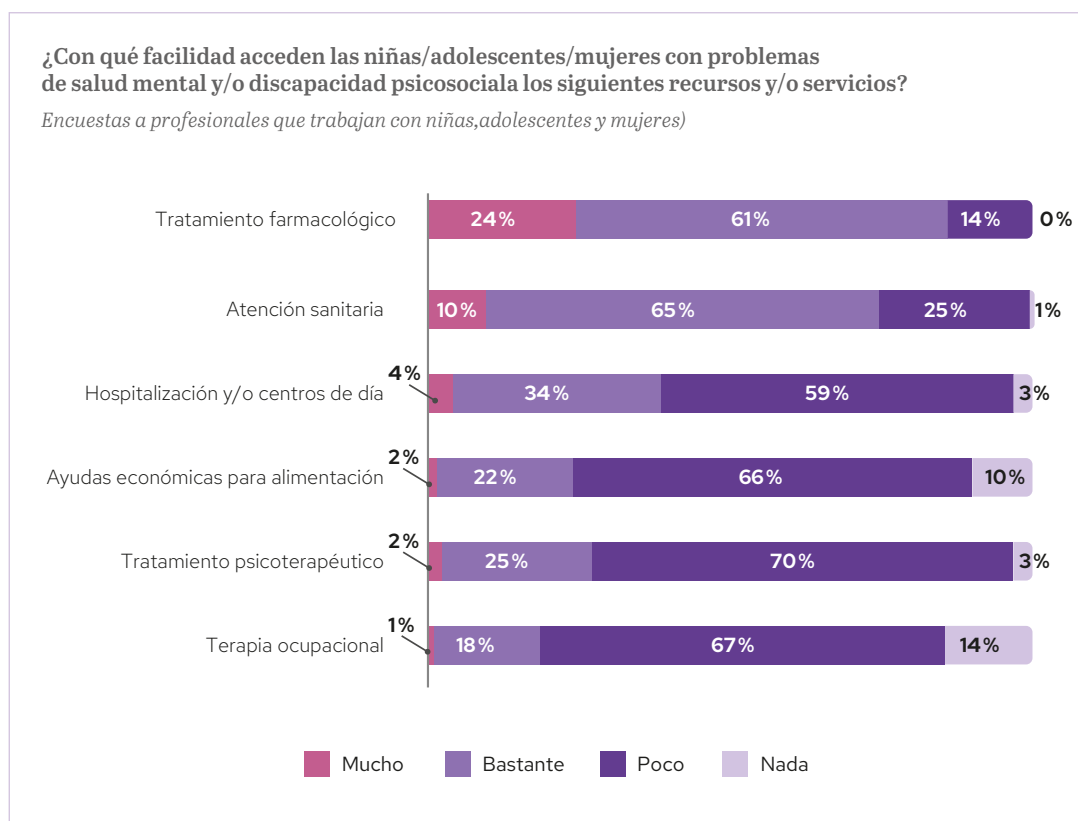
Con respecto al sistema público de salud en general, y pensando en la salud mental,
¿Qué nivel de acuerdo presentas con las siguientes afirmaciones?

(Encuesta con mujeres con problemas de salud mental)



Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 878).

La falta de recursos y la sobremedicalización. Como consecuencia de la falta de recursos y personal, se desprende de numerosos discursos la **carencia en la calidad y continuidad del proceso terapéutico y farmacológico**. Esta falta de recursos se traduce en la **sobremedicalización** y/o en la administración de **pautas farmacológicas prolongadas en el tiempo sin contar con acompañamiento terapéutico o dispensadas por el/la médico de familia de atención primaria**. Así lo avalan los datos cuantitativos, los cuales reflejan que **más de un 41 % de las mujeres con experiencia propia en salud mental refieren que hace más de seis años que cuentan con prescripción farmacológica**. Prevalece además la percepción de que **el tratamiento farmacológico es el más accesible**, como afirman el 85 % de las mujeres encuestadas.

Gráfico 10. Facilidad de acceso a recursos y servicios

Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con profesionales que trabajan con niñas, adolescentes y mujeres (total muestra = 319).

«Y lo único que he sacado en claro es que, aparte del montón de pastillas que pueda tomar, esto solamente se mejora a base de una terapia y de un grupo de apoyo que día a día te dé soporte». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

«(...) los tratamientos muchas veces se terminan compensando con farmacología. (...). Debería ser una política pública, pienso, bajar los niveles de medicalización, de respuesta médica a los problemas de salud mental como un eje, un objetivo a buscar, que ahora mismo parece lejos porque hay muchos intereses (...) de la medicina y la farmacología en los tratamientos, es bastante impresionante». *(Profesional)*

Se detecta también, sobre todo a raíz de la pandemia, un aumento de las atenciones telefónicas que sustituyen a las presenciales, algo que parece apuntar en la misma línea de priorizar atender a más personas a costa de la calidad de las visitas.

«Lo peor que han inventado son las citas telefónicas para los psiquiatras».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

En coherencia y como consecuencia a la falta de recursos, se destaca la **alta rotación de profesionales**. Así, se alerta que una de las consecuencias de este efecto, es la inevitable **revictimización por parte de la mujer** que hace uso del recurso, quien se expone a la necesidad de tener que relatar reiteradamente su historia, a quien se le delega el encargo de contextualizar al/a la profesional que se incorpora y nuevamente tener que disponerse a construir un vínculo terapéutico desde cero.

«Y que, bueno, que voy a la psicóloga y cada vez hay una y le tienes que volver a contar todo de nuevo (...). Y yo ya estoy cansada de eso. Yo ya a la última psicóloga le dije, mira, lo siento, te he leído el expediente porque yo ya no puedo revivir porque sufro y yo no quiero sufrir más (...). No quiero revivir la situación mala por la que he pasado y por la que estoy pasando»

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

De las narrativas de las personas entrevistadas queda en evidencia que, en su mayoría, se exime de responsabilidad a los equipos profesionales en lo que respecta a estos obstáculos de acceso a servicios, aludiendo a factores administrativos y de funcionamiento estatales.

«Es que a veces son los mismos profesionales los que se ven desbordados, porque ellos te quieren atender más tiempo, pero no pueden». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

«Yo no tengo ninguna queja de los profesionales que nos han tocado en la Seguridad Social, creo que son profesionales buenísimos, pero no tienen medios. Creo que es un problema de los sanitarios, de falta de dinero, de la mala organización, de lo que sea». *(Familiar)*

La alta feminización de este sector profesional y su precarización en las condiciones de trabajo no es casual. «El mandato social de los cuidados» opera y atraviesa también a las mujeres profesionales y trabajadoras del ámbito sociosanitario.

«El sector se sustenta por la vocación y porque somos mujeres y aguantamos la regla todos los meses y por eso aguantamos el dolor de todo el mundo, no me malinterpretéis, pero ¿en qué sector se habla de no me importa que yo coja y curro a las 8 de la tarde porque me han llamado? Esto solo pasa en este sector y ya te digo yo que suele pasar cuando son mujeres».

(Profesional)

La falta de (in)Formación

La mujeres y familias participantes del estudio identifican una **falta de información y formación por parte de los y las profesionales de ámbito sociosanitario en clave de género**, que repercute inevitablemente en la calidad de la intervención.

Formación para la no segmentación. Se detectan carencias para entender a la persona como un todo y no como un síntoma o una enfermedad. En coherencia, es necesario abordar esta completitud, atendiendo a los diferentes ejes de opresión que atraviesan a las mujeres, contando con un **equipo profesional con formación** para ello.

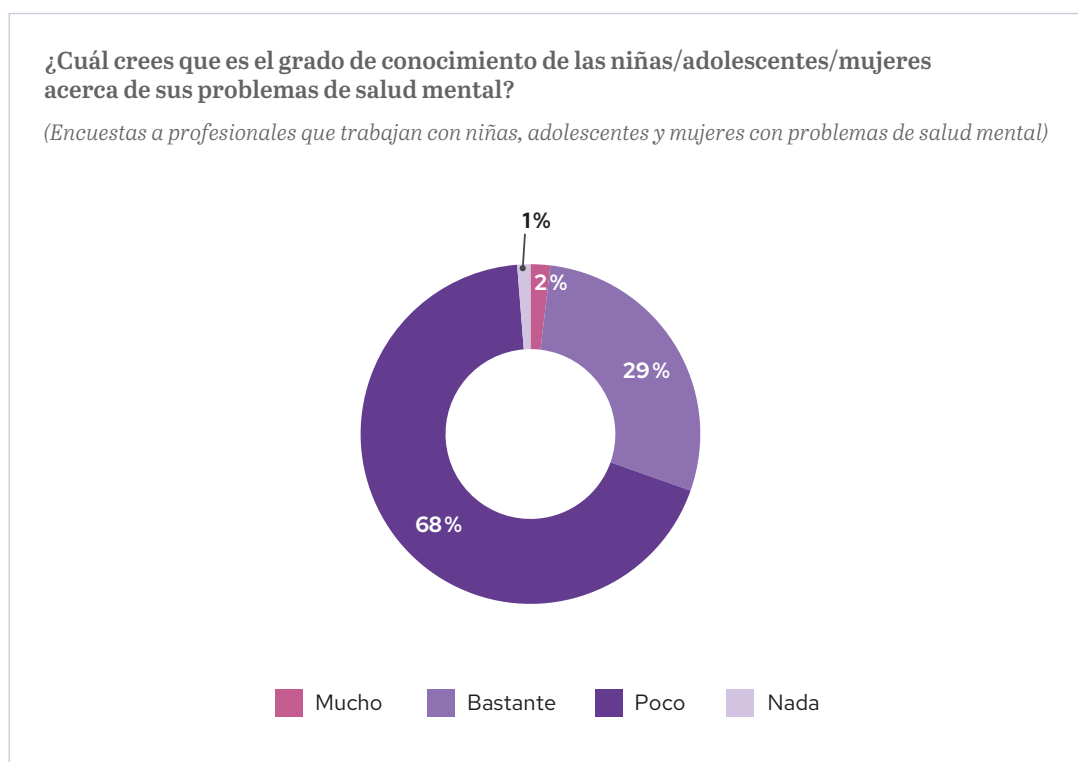
«Entonces creo que si hubiera realmente formación... Si estamos en servicios de salud mental y vamos a trabajar con mujeres, trabajaremos con trauma, y trabajaremos con violencia, y trabajaremos con abusos psicofármacos, casi fijo, es la tercera cosa. Entonces, ¿cómo puede ser que no sepamos los conocimientos básicos de este tipo de intervención? Si sabemos las cuestiones básicas y estamos bien formados, significa que yo puedo cruzar estos conocimientos». (Profesional)

El vínculo terapéutico. Tradicionalmente, se han promovido y valorado las **relaciones profesionales distanciadas y presuntamente objetivas**. A la vista de los resultados cualitativos y cuantitativos del estudio, las personas profesionales participantes proponen un cambio de paradigma y se insta a crear una **nueva relación profesional-mujer con problemas de salud mental más igualitaria tomando conciencia de las dinámicas de poder y promoviendo el papel activo de las mujeres**.

«(...) es que la gente cuando sale de la universidad se ha pasado cuatro o cinco años sintiendo esto, que te has alejado emocionalmente de las personas por ser rigurosos, etc. (...). Y que son lógicas como muy finalistas o, insisto, muy capitalistas». (Profesional)

«(...) insistir mucho en qué significa ser un buen o una buena profesional cuando trabajamos con personas y elevar la función del vínculo terapéutico apropiado y saludable». (Profesional)

Acceso a la información. En las encuestas realizadas emerge la **falta de información y conocimiento relativo a la propia problemática de salud mental por parte de las mujeres**. Los y las profesionales consideran que el 69 % de las mujeres, adolescentes y/o niñas con experiencia propia en salud mental tienen poco o ningún conocimiento acerca de su problema de salud mental.

Gráfico 11. Conocimiento de la propia problemática de salud mental.

Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con profesionales que trabajan con niñas, adolescentes y mujeres (total muestra = 319).

La **desinformación opera y está condicionando el grado de autonomía de las mujeres frente a las decisiones relativas a su tratamiento**. El poco conocimiento del problema de salud mental dificulta que ellas puedan tomar decisiones ajustadas a las necesidades propias, generando una **tendencia a «obedecer» a la propuesta profesional**.

- ▶ El 60 % no ha recibido información sobre alternativas al tratamiento.
- ▶ Más del 65 % no han sido informadas sobre los efectos secundarios del tratamiento.
- ▶ Más del 50 % de mujeres encuestadas afirman no haber recibido información clara sobre sus problemas de salud mental.

El 86 % de los y las profesionales consideran que las niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental tienen muy poco o ningún tipo de decisión en su tratamiento.

La **desinformación** se manifiesta también **en relación al circuito de salud**. Entre las mujeres parece haber una percepción compartida de **desorientación y sensación de falta de acompañamiento** al navegar por las dis-

tintas etapas de la atención del proceso asistencial y profesionales de los recursos de atención. Ello se refleja en la encuesta, en la que se visibiliza que **el 73 % de los y las profesionales consideran la desinformación sobre la oferta de servicios una de las principales barreras para las mujeres con problemas de salud mental**. Se trata de uno de los riesgos que contribuyen a la **fragmentación del cuerpo femenino**. De este modo, se intuye un sistema que, justamente, en los momentos de mayor vulnerabilidad presenta mayores obstáculos de accesibilidad.

«(...) un acompañamiento primario, que te dirijan un poco hacia alguna organización que te pueda dirigir a mayores, que sí que te acompañen. Que te acompañen un poquito a ver que te ha pasado esto, qué hay que hacer, hay que denunciar, porque yo en ese momento no sabía qué había que hacer, estaba tan descolocada con mi vida que no sabía qué pasos tenía que seguir, no sabía nada». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

En consecuencia, se evidencia una **red de recursos que no está interconectada** entre sí, y que, por el contrario, parece funcionar como entidades separadas, contribuyendo también a la **fragmentación**.

«El primer problema al que me enfrenté fue que me vi sola. Yo fui a psiquiatría y ahí me dejaron. No me hablaron de [una asociación], que va vinculado con la seguridad social, aunque no sea tal, lo saben, no me hablaron de nada. Me tuve que buscar la vida, porque no había psicólogos, yo necesitaba hablar con un psicólogo. En ese momento no había plazas (...). Entonces un día de desesperación, buscando por internet, porque claro, yo no me podía permitir un psicólogo privado. Pues encontré lo de [la asociación]. Y resultaba ser que estaba al lado de mi casa, encima. Y en la seguridad social nadie me habló de [la asociación]».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

«Muchas personas no saben que existen estos centros, y tampoco los profesionales creen oportuno derivarlos a estos centros, donde hay orientación laboral para los jóvenes, orientación a una formación, psicólogos, terapeutas ocupacionales, terapias personalizadas, pisos tutelados, pisos de apoyo, centros de ocio, opciones de hacer voluntariado y talleres, etc...» *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

Estrategias y barreras económicas

Reconociendo las carencias del sistema sanitario público y ante los obstáculos en la atención presentados, las mujeres con problemas de salud mental se ven en la necesidad de **buscar opciones alternativas**, lo que frecuentemente supone **gastos considerables para ellas y sus familias**. Así, y para hacer frente a las carencias del sistema público, una de las estrategias empoderadoras que se destacan por parte de las mujeres es la **necesidad de ser proactiva**. De esta forma, algunas mujeres indican que han encontrado el recurso que las ha amparado por su cuenta, sobre todo en forma de asociación.

Es relevante mencionar la perversión del sistema y la dificultad de acceso al mismo que esta entraña al obligar a disponer de tener que disponer de la autonomía necesaria, en circunstancias de malestar emocional significativo, para buscar una alternativa que dé sostén frente a la carencia del sistema público.

«Encontré por buscar, no porque se ofreciera, o sea que tienes que buscarte tú la vida estando en un momento muy malo de tu vida, tienes que buscar dónde, cómo, que sea gratuito, que no, porque hay muchas veces que tampoco tienes el dinero disponible como para estar haciendo terapia una vez por semana a 50 euros la hora, entonces sí que me parece que hay que dar más información sobre terapias gratuitas y facilitar el acceso a la seguridad social».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

Por su parte, también **desde las familias**, la necesidad de apoyo y orientación como colectivo, que muchas veces no es satisfecha por el sistema público debido a las carencias detectadas, les ha movilizado en dos sentidos. En primer lugar, en presionar y hacer **demandas al sector público**. Y, en segundo lugar, en la **búsqueda de otras opciones en entidades o formando sus propias asociaciones de familiares** de personas con problemas de salud mental.

«Yo creo que el 100 % de los familiares consideran que tienen que presionar al máximo en este país, hay muchas necesidades». *(Familiares)*

(...) Es una pena que no haya más medios y más camas (...). Entonces, es horrible y por eso tuve que hacer un escrito, porque ya lo último mi hija, con un cuchillo, si se llega a cortar más de una vena (...) y mandarlo a la Consejera de Sanidad (...) a los responsables de allí (...) y consiguió su plaza. *(Familiar)*

«Entonces, trasteando y buscando, es cuando encontré la asociación (...) incluso, he seguido buscando lugares quizás más centrados en lo que a ella pudiera venirle bien (...) entonces, también hice esta búsqueda más autónoma». *(Familiar)*

El coste económico. Las carencias del sistema público abocan a acudir a los servicios privados, como resultado se produce un **fenómeno de exclusión de la atención a quien no pueda pagarla**. El 66 % de las mujeres encuestadas consideran que el coste de los tratamientos y servicios es uno de los principales obstáculos para satisfacer sus necesidades. Similarmente, un 68 % de los y las profesionales se pronuncian en acuerdo con esta valoración.

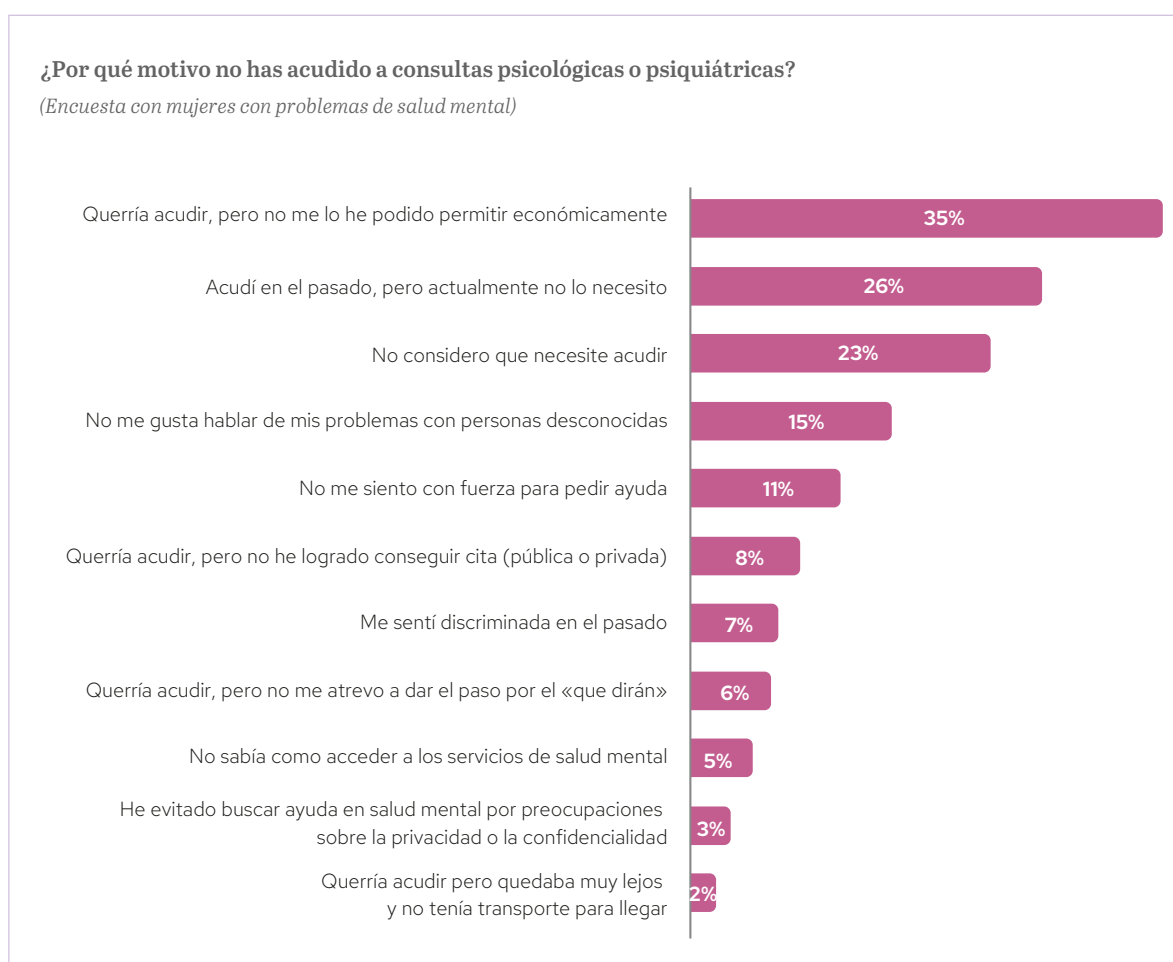
En este sentido, **el coste económico** tiene un mayor impacto en las mujeres debido a la **mayor precarización y la feminización de la pobreza**. A través de los cuestionarios, se expone que **un 36 % de las mujeres no han acudido a consulta por no poder permitírselo económicamente**,²⁰ refiriendo ser este el principal motivo que obstaculizó el ser atendidas.

20. El 41 % de las mujeres encuestadas no acuden actualmente a consulta de salud mental. De esta proporción el 36 % manifiestan que el motivo es no poder permitírselo económicamente.

«Necesito un alivio hoy, no de aquí a un año. Entonces, si yo quiero una mejoría actual, necesito un médico ahora, no de aquí a un año, ¿qué es lo que se está dando? Mi sueldo es un sueldo mileurista, pero bueno, pues lo quito de otras cosas, porque lo necesito para poder trabajar y para poder vivir, y es una queja a quien sea. Yo creo que tenemos que reivindicar a todos los niveles en salud mental». (Mujer con experiencia propia en salud mental)

«Se habla mucho de las colas en la Seguridad Social para atención psicológica o que si necesitas atención psicológica te la tienes que pagar por lo privado y no tienes dinero para ello» (Profesional).

Gráfico 12. Barreras obstaculizadoras de acceso a acompañamiento terapéutico

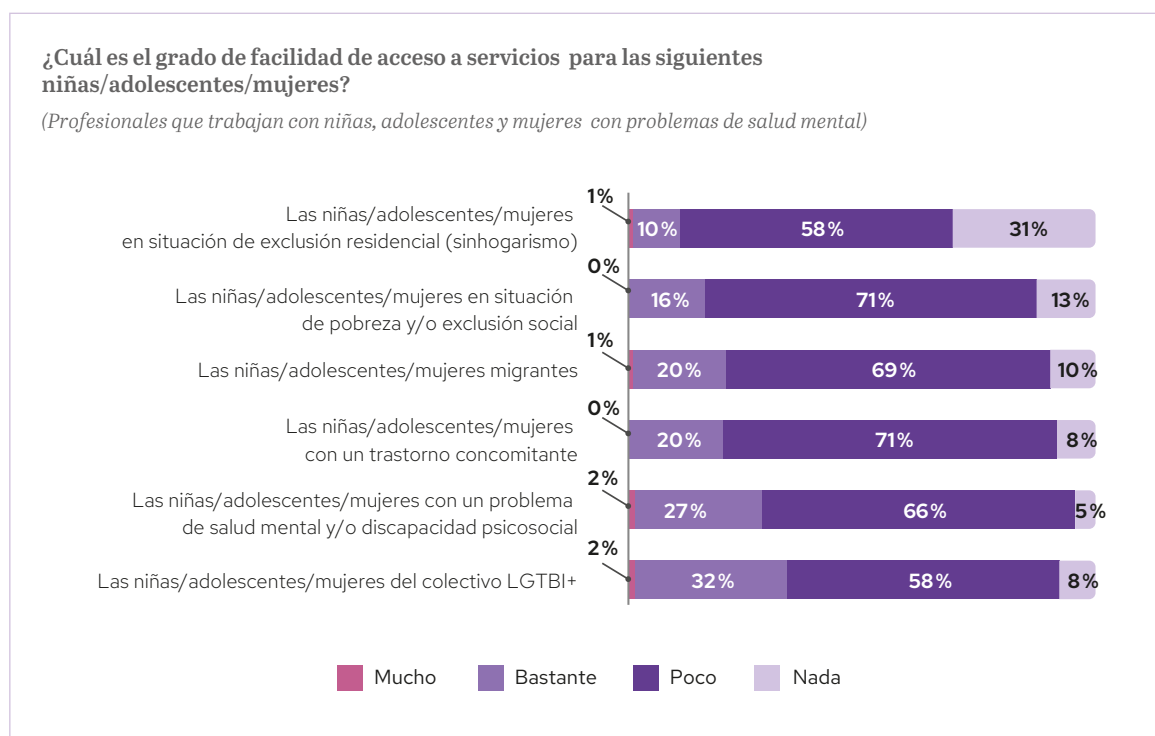


Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 364).
Pregunta filtro: ¿Acudes actualmente a la consulta de un/a profesional o de un equipo de profesionales de la salud mental público y/o privado? - «No». Tipo de respuesta: respuesta múltiple.

Barreras específicas que obstaculizan la accesibilidad a determinados colectivos y perfiles de mujeres

Conviene destacar que hay mujeres que cuentan con obstáculos añadidos de accesibilidad a los servicios. La encuesta muestra que más del 65 % de los y las profesionales creen que las niñas, adolescentes y mujeres de los colectivos o grupos poblacionales descritos a continuación cuentan con poca o ninguna facilidad para acceder a los servicios de atención a la salud mental:

Gráfico 13. Barreras obstaculizadoras a distintos colectivos de mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con profesionales que trabajan con niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 319).

Del análisis cualitativo se destaca también el habitar en **contextos rurales** como una **situación que conlleva mayores barreras de acceso a servicios**. Se apunta a las dificultades que emergen cuando los recursos locales se encuentran a distancias considerables del domicilio propio, tanto para sostener la continuidad y vinculación con los mismos y, sobre todo, en circunstancias de necesidades de atención de urgencia.

«(...) En Madrid creo que están igual de mal pero las distancias son más cortas (...). Aquí tienes una crisis de ansiedad y te tienes que coger un coche con tu crisis. Yo tuve que ir con mi niña, que no sabía si se quería suicidar, a hora y media de camino, y conducir (...). Y llevar a mi hija en un coche llorando, mamá, ¿qué me pasa? ¿Qué me pasa en la cabeza? Mamá, sácame lo que tengo en la cabeza. Y eso es una hora y media conduciendo con tu hija detrás llorando. Y eso en Madrid no pasa. Eso nos pasa en la zona rural». *(Familiar)*

En muchas ocasiones, el acceso a recursos y servicios implica la necesidad de vehículo propio, lo que **compromete también la accesibilidad**.

«Un problema que se plantea mucho es en el ámbito rural, las mujeres que son mayores y que no tienen coche, para desplazarse a los centros médicos y a los centros de salud, para ver a los médicos cuando tienen ellas problemas de salud mental, pues hay un hándicap muy grave».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

Dificultades del acceso de infancia y adolescencia a los recursos

Las **carencias de recursos** de atención de salud mental del sistema público **se amplifican aún más cuando hablamos de infancia y adolescencia**. Así, existe un sistema de atención desbordado, que se ve sobrepasado por el desequilibrio entre la oferta y la demanda. Debido a la imposibilidad de responder y atender a todas las demandantes, se centra únicamente en aquellos de más gravedad y urgencia.

«(...) y poco personal, esto también se traduce, creo, en que en muchos casos las sesiones más de terapia en la pública se acaban reduciendo a media hora por persona cada mes, que al final en lugar de ser una terapia más sólida y más coherente acaba siendo muchas veces una revisión de la medicación y ver si hay síntomas que sean muy urgentes o si se puede ir tirando». *(Profesional)*

«Los servicios hacen un poco de todo lo que pueden, equilibrios, pero quedan muchos casos poco atendidos. Yo creo que, también a veces, cuando hablamos de salud mental, acabamos hablando siempre de patología, en lugar de hablar de una buena salud mental, que creo que es uno de los problemas que hay, que la respuesta que se da acaba siendo solo a las personas que tienen trastornos más graves o que requieren más urgencia, porque es la única respuesta que se puede dar desde lo público, pero que la gente que (...) tiene sufrimiento o cosas más leves (...) pasan totalmente desapercibidas». *(Profesional)*

Al igual que con las mujeres adultas, aquellas que no pueden ser atendidas por el sistema público acaban buscando alternativas en asociaciones o entidades que puedan asegurar una atención más inmediata, aunque no sea su función específica o estén diseñadas para ello. De esta forma, **estas asociaciones se convierten en un «atrápalo todo» de aquello que el sistema de salud pública no consigue atender.**

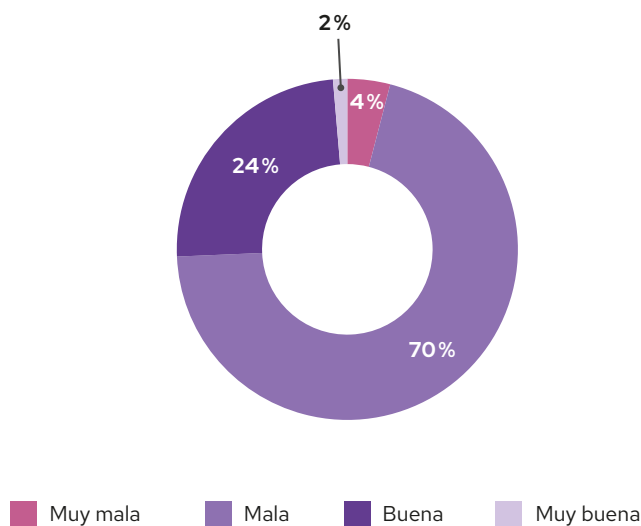
«(...) este programa está pensado para casos de salud mental leve o malestar, pero nos hemos encontrado en que la gente que llegaba pidiéndonos directamente, he escuchado que hacéis este servicio gratuito, etc. eran casos muy, muy extremos y a lo mejor duraderos, pero que hasta ahora no habían visto la posibilidad de poder tratarlos casos de abuso, de adicción, de mucha precariedad». (Profesional)

En la misma línea que manifiestan las personas entrevistadas, de las respuestas de las encuestas a profesionales se desprende que **la calidad del tratamiento recibido por las niñas y adolescentes es deficitario**. Así opinan un 74 % de los y las profesionales.

Gráfico 14. Calidad del tratamiento recibido por niñas y adolescentes.

¿Cómo evaluarías la calidad del tratamiento recibido por las niñas y adolescentes con problemas de salud mental y/o discapacidad psicosocial?

(Encuesta a profesionales que trabajan con niñas y adolescentes)



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra con profesionales que trabajan de niñas y adolescentes (total muestra = 74).

7.5. Ocupación, vivienda y feminización de la pobreza

7.5.1. Punto de partida

Ámbito laboral y derecho al trabajo. La **inserción laboral de las mujeres con problemas de salud mental es significativamente baja** comparada a la de otras mujeres sin discapacidad y a la de hombres con problemas de salud mental. Según los datos del INE, aunque no recogen los datos de las personas con problemas de salud mental, sí recogen los datos de empleo de las personas con discapacidad. La tasa de empleo de las mujeres con discapacidad es del 28,3 % en mujeres frente a 28,6 % de los hombres con discapacidad. La diferencia de estas tasas con las de las personas sin discapacidad son de 35,4 puntos y de 45,9 respectivamente. Las tasas específicas de las personas con problemas de salud mental se recogen en el estudio de ASCASAM (2022) en base a una muestra de población de Cantabria. Según este estudio un 32,6 % de las mujeres con problemas de salud mental de la muestra se encuentra desempleada, mientras que un 29,1 % ni trabaja ni busca empleo. Solo el 4,7 % está en búsqueda activa y otro 4,7 % se está formando con este propósito. **En comparación con otros grupos, el desempleo en mujeres con problemas de salud mental (32,6 %) es más del doble que el de mujeres sin discapacidad (2,1 %).**

El **estigma y la discriminación laboral** también afectan de manera desproporcionada a las mujeres con problemas de salud mental. Un 26,7 % de las mujeres con problemas de salud mental reporta haber sido tratada injustamente durante entrevistas laborales, en comparación con el 14,5 % de los hombres. Además, un 73,8 % de ellas **evita revelar su condición** a sus superiores, como estrategia para mantener el empleo, en comparación al 57,2 % de hombres.²¹

Situación económica y vivienda. La **situación económica de las mujeres con problemas de salud mental refleja una tendencia a la precariedad**. ASCASAM (2022) indica que el 69,8 % de estas mujeres cuenta con ingresos anuales inferiores a 12.000 euros. AVIFES (2020) señala que en el 30,8 % de los casos, **las unidades familiares de personas con problemas de salud mental enfrentan dificultades económicas graves, lo que pone en riesgo su sostenibilidad**.

En lo que se refiere a las **condiciones de habitabilidad y accesibilidad** del lugar donde residen, la mayoría (82,1 %) dice disponer de las dotaciones y equipamientos básicos, con las condiciones mínimas de habitabilidad y sin barreras arquitectónicas, sin que se haya podido contrastar tampoco esta opinión con las condiciones reales (AVIFES, 2020). Según el mismo estudio, el 44,5 % de las personas con problemas de salud mental vive en el domicilio de familiares y el 35,2 % en su domicilio (en propiedad, alquiler, etc.).

21. Blasch et al. (2016)

7.5.2. Resumen de los principales resultados

Tabla 12. Ocupación, vivienda y feminización de la pobreza. Resumen de los principales resultados.

Ocupación, vivienda y feminización de la pobreza	
Principales hallazgos validados por el metaanálisis realizado de otros estudios previos	■ Se constata una mayor dificultad para encontrar y mantener un trabajo para las mujeres con problemas de salud mental (doble discriminación). ■ La falta de corresponsabilidad y de conciliación entre hombres y mujeres alude a una relación entre empleo femenino y precariedad laboral. ■ Se destaca una tendencia a la sobreprotección hacia las mujeres con problemas de salud mental por parte del entorno, quienes suelen empujar a la mujer a quedarse en su hogar, bajo el pretexto de protección, identificándolo como espacio seguro. Esto se ve reflejado también en el funcionamiento de los servicios de atención especializados, donde se observa que hay una baja derivación de mujeres a programas de inserción laboral, en comparación a los hombres.
Nuevas evidencias de las experiencias de las mujeres con problemas de salud mental	■ Los problemas de salud mental funcionan como amplificador de las desigualdades sociales y económicas que viven las mujeres (feminización de la pobreza). ■ Garantizar su empleabilidad en un sistema de trabajo rígido, competitivo y estigmatizante es la principal causa por la cual las mujeres ocultan sus problemas de salud mental (mecanismos protectores de ocultación). Sin embargo, se trata de una opción que sigue presentando costes para ellas mismas. ■ Se identifica una ambivalencia en el derecho a la adaptación del puesto de trabajo: por un lado, se menciona la necesidad de poder generar adaptaciones que faciliten la incorporación de las mujeres con problemas de salud mental al lugar de trabajo. Sin embargo, por otro lado, se rehúsa esta adaptación, ya que se trata de una medida que las puede exponer al estigma vinculado. ■ Se detecta una sobrecarga económica familiar en aquellas ocasiones en las que se hacen cargo las familias de cubrir las necesidades materiales de las mujeres con problemas de salud mental, debido también a las prestaciones deficitarias existentes. ■ En lo relativo a la vivienda, el 84 % de las mujeres encuestadas refiere haberse tenido que mudar de su hogar por tener dificultades para pagar el alquiler o la hipoteca.

Fuente: Elaboración propia

7.5.3. Análisis de los resultados cualitativos y cuantitativos

El acceso desigual a oportunidades laborales

De los discursos de las participantes del estudio, se hace evidente que **una de las principales barreras sociales y estructurales** con las que se enfrentan las mujeres con problemas de salud mental es el **acceso al ámbito laboral**.

«Se dice que hay personas con problemas de salud mental que no están para trabajar, y a mí eso me duele porque creo que todo el mundo puede hacer algo».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

«Encontrar empleo es complicado... como te salgas del área de cuidados, es complicado».

(Profesional)

Se detecta **una doble discriminación de acceso al mundo laboral**, por un lado, por tener un problema de salud mental y, por el otro, por ser mujer, visibilizándose un **sesgo también de género**.

«Lo que más vemos en salud mental ahora mismo son problemas laborales y violencia de género lo digo desde el conocimiento y las conversaciones con compañeros, cuando hablamos de problemas laborales tenemos que tener en cuenta también el trabajo reproductivo y considerarlo como un trabajo y considerar cómo interacciona y qué experiencia de sufrimiento puede derivarse de ese trabajo que además es no reconocido y es no remunerado con lo cual en sí mismo ya es un trabajo violento y es un trabajo de explotación». *(Profesional)*

Sobrepotección. Se constata una tendencia a la sobrepotección por parte del entorno, quienes suelen empujar a la mujer a quedarse en su hogar, bajo el pretexto de protección, aludiendo a que es un espacio seguro. Según los datos cuantitativos, **el 75 % de los y las profesionales piensan que las familias priorizan la inserción laboral de los adolescentes y hombres por motivos de género**. Esto se ve reflejado también en el **funcionamiento de los servicios de atención especializados**, donde se observa que hay una **baja derivación de mujeres a programas de inserción laboral**, en comparación a los hombres.

«Pero lo que hablábamos también es que la sociedad invita a los hombres a solucionar sus problemas de desarrollo mental incorporándose a un entorno laboral, una rehabilitación psicosocial, mientras que a la mujer se la protege más». *(Profesional)*

Permanencia en el puesto de trabajo. No solo supone un reto acceder a los empleos, sino que también supone una **dificultad la estabilidad y la permanencia dentro de estos puestos laborales**. De esta forma, de los discursos de las mujeres entrevistadas se desprende la dificultad de adaptarse a un sistema laboral rígido y poco

permisivo. Es aquí donde se plantea la **ambivalencia**, por un lado, se menciona la **necesidad de poder generar adaptaciones que den respuesta a las necesidades propias**. Sin embargo, por otro lado, se **rehúsa esta acomodación por considerar que la medida puede llegar a ser estigmatizadora y diferenciadora**.

Políticas públicas. Las políticas laborales por las que se rige el mercado **se basan en la utilización de estrategias de compensación (bajas, incapacidades) en lugar de adaptaciones laborales**, como la adaptación de horarios, funciones, etc., para posibilitar el bienestar emocional y la continuidad del tratamiento. Esto conlleva la exclusión de las mujeres con problemas de salud mental del mercado laboral.

«Realmente es muy difícil, estando mal, poder ir a trabajar o poder asumir unos estudios o poder relacionarte con la familia. (...) Me costaba ir a clases, mantener un horario».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

«Esa ansiedad es una cosa que me agobia muchísimo porque a mí si me mandan a trabajar es que yo tengo que dejar toda mi medicación. Entiendo que yo con mi medicación no puedo trabajar y voy a estar más de baja. Porque cuando te dan los brotes si tomo la medicación me duermo, si no la tomo me da el brote... entonces qué haces, exacto sientes que necesitas ayuda. En ese sentido, sí es que necesitas compensarte bien, también necesitas un apoyo en lo económico. Una no puede hacer todo a la vez. Yo tengo tres hijos entonces, apoyo económico necesito, para mí eso es superimportante, encima en edades de estudio. Apoyo económico necesitamos todos, pero bueno, para mí eso es una parte que me genera estrés»

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

Estigma y discriminación laboral

La ocultación del diagnóstico. Una vez que las mujeres informan sobre su problema de salud mental, tienen **derecho a acceder a ajustes en sus puestos para posibilitar la adaptación en el entorno laboral**. Estas iniciativas son vistas en muchas ocasiones, por parte de compañeras y compañeros de trabajo, como «oportunistas» generando rivalidades y acoso laboral (*mobbing*). También, en los entornos laborales, existe **desacreditación o invisibilización del malestar subjetivo** vivenciado por las mujeres con problemas de salud mental.

Es por ello, que, en más de una ocasión, en las entrevistas, aparece el **miedo a compartir su diagnóstico o sus malestares**, atendiendo a las consecuencias explicitadas previamente.

«Me pienso mucho a la hora de... cuando vaya a trabajar... en la ficha inicial te preguntaban alguna enfermedad y yo puse lupus, pero no puse lo del tema de la salud mental, entonces como que está ahí esa cuestión de hasta dónde lo digo».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

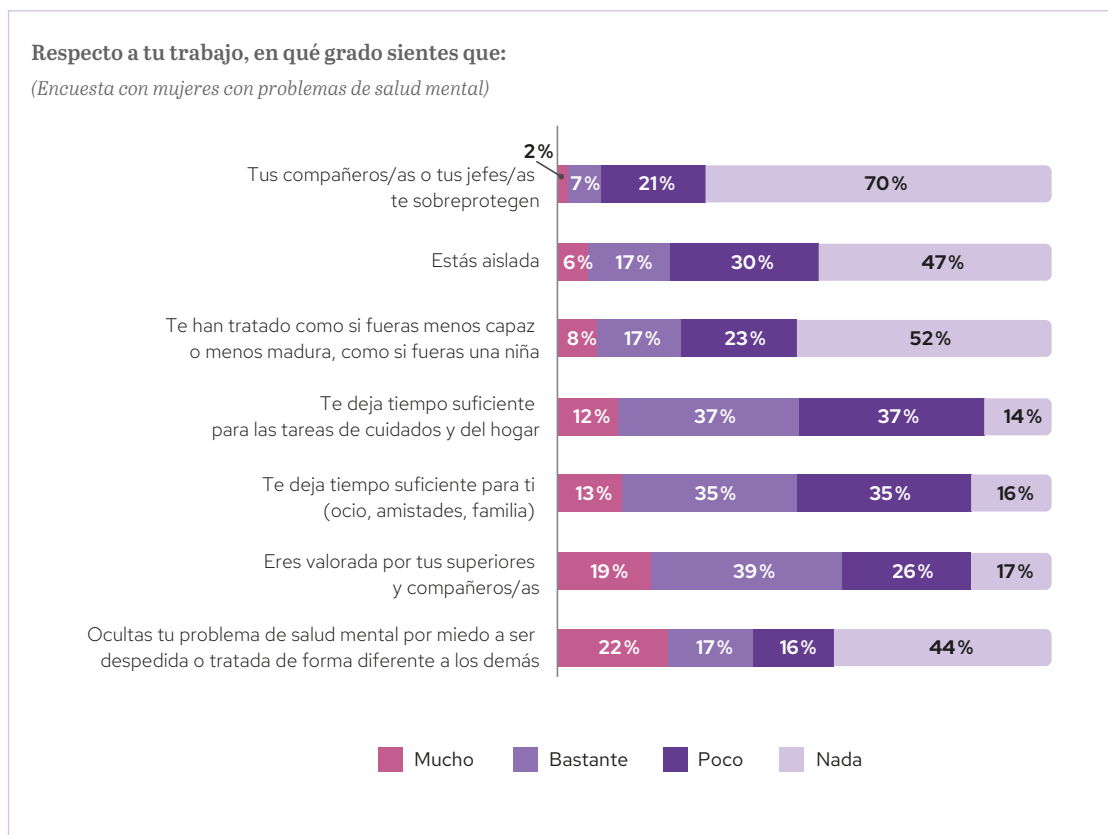
«El problema es que no se reciba bien. Ese es el miedo, que tú digas que tengo un problema mental, que me está costando llevar adelante mi vida y que te traten diferente o te muevan de grupo para que estés más tranquila o que intenten paliar sin contar contigo. Entonces yo no lo conté, sobre todo por eso, para que no hubiera cambios de comportamiento de los profesores hacia mí». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

Así mismo, **todas aquellas mujeres con problemas de salud mental no diagnosticados o sin una discapacidad reconocida quedan excluidas de estas posibles estrategias adaptativas.**

Algunas mujeres con problemas de salud mental alertan de la necesaria prudencia que adoptan, eligiendo no dar a conocer su situación por temor a ser estigmatizadas o a recibir un trato discriminatorio. No obstante, también se plantea la ambivalencia de que, si eligen no exponerlo, si lo mantienen oculto, no pueden justificar que tiene necesidades particulares y que requieren ajustes de apoyo en el contexto laboral. Se corre el riesgo, ante esta dicotomía, de que sea **vulnerado también el derecho a la privacidad y confidencialidad.**

«Entonces, ¿por qué te tengo que hablar yo de toda mi vida, de qué problemas he tenido, para que tú entiendas que yo necesito faltar un día? La importancia de cuidar la salud mental no se valora a nivel laboral. Tú tienes que trabajar, tienes que dar tus objetivos, tienes que hacer lo que diga la empresa, y si no lo haces, te vas fuera». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*



Gráfico 15. Valoraciones en el ámbito laboral según las mujeres con experiencia propia en salud mental

Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 594-625, según la fila).

Frente al contexto expuesto, las participantes plantean que uno de los aspectos que se debería inculcar a empresas y entidades empleadoras para garantizar sus derechos es hacer **mejoras en el plano de la inclusión laboral**, lo que, a su vez, se traducirá en aumento de la autoestima, del bienestar y, por lo tanto, de la calidad de vida.

«Aumentar la empleabilidad, porque se pasa del rol de enferma al rol de trabajadora, y eso es muy importante. (...) Eso me ha servido para la autoestima».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

«Para empezar, que contraten, porque si de entrada ellos saben que tú tienes un problema mental o físico, te van a echar para atrás. Esa es la primera. Y luego, que haya un poquito más de permisividad». (Mujer con experiencia propia en salud mental)

En síntesis, se reivindica que se instauren políticas que incidan en la **eliminación de la brecha salarial y la precariedad**, hecho que, por todo lo expuesto, inevitablemente tendrá un **impacto en la salud, y en particular, en la salud mental de las mujeres**.

En síntesis, se reivindica la **instauración de políticas sociales** que promuevan medidas contra la precariedad laboral, el control de riesgos laborales y psicosociales en las empresas y que favorezcan la creación de sistemas de apoyos y adaptaciones que hagan valer el derecho al trabajo de las personas con problemas de salud mental, respetando además su privacidad.

«Cualquier política que ayude a acabar con la desigualdad y con la precariedad también tendrá efectos en la salud mental de todo el mundo y es que la salud es algo transversal y que hace falta tener recursos». (Profesional)

Feminización de la pobreza y salud mental

Feminización de la pobreza. Cuando es difícil acceder a un trabajo, las casuísticas y necesidades personales, mencionadas anteriormente, pueden complicar aún más dicha entrada al mercado laboral con los ajustes y modificaciones que puedan requerir. Ello puede derivar en una incapacitación o necesidad de complementación con ayudas y prestaciones, lo que puede ser insuficiente para promover la autonomía económica de las mujeres con experiencia propia en salud mental participantes en este estudio. Así mismo, conviene destacar que, en algunas de estas situaciones, **son las familias quienes se hacen cargo de mantener a la mujer con problemas de salud mental**, lo cual, con la carencia de apoyo y prestaciones deficitarias, supone una sobrecarga familiar económica considerable.

«Los plazos son enormes para todo y las ayudas son insuficientes (...). En el caso de mi hermana, bueno, es un poco privilegiada en varios aspectos y probablemente no refleja la mayoría de la comunidad que tiene problemas, mujeres con problemas de salud mental».

(Familiar)

«(...) quedan cortos en lo que se trata de la ayuda social, la ayuda del Estado hacia los cuidadores que para mantener a personas con problemas de salud mental se requieren recursos y muchas veces no los tenemos». (Familiar)

Acceso a la vivienda. Por lo que refiere a la vivienda, tal y como se visibiliza en los resultados de las encuestas, **un 84 % de mujeres refiere haberse tenido que mudar de su hogar por dificultades** en pagar el alquiler o la hipoteca. La **dificultad de acceso y/o mantenimiento de una vivienda digna** también supone un **impacto en la salud mental y en el bienestar emocional**, atendiendo la importancia del contexto de recuperación cuando la convivencia, con familiares o terceras personas, no es una elección.

«Hace mucha falta también viviendas específicas para mujeres con problemas de salud mental porque el tema de violencia... hay un porcentaje muy alto que sufren violencia, incluso ellas mismas no la identifican como tal». (Mujer con experiencia propia en salud mental)

«Aquí hay un problema socioeconómico, llámalo como quieras. La hija de esta señora debería tener la posibilidad de tener un trabajo digno y poder vivir en su propia casa y no tener que estar viviendo con esta señora, que con su pensión (que debía ser poca) la estaba manteniendo». *(Profesional)*

7.6. Participación social

7.6.1. Punto de partida

Las **mujeres con problemas de salud mental** enfrentan **múltiples barreras en su acceso a servicios y recursos**, lo que genera una brecha significativa en su participación social respecto a los hombres. Según datos de FEDEAFES (2014), **los servicios** diseñados para personas con problemas de salud mental **suelen atender al doble de hombres que de mujeres**. Las razones principales incluyen: **el rol tradicional femenino, la sobreprotección familiar, la falta de empoderamiento, el diseño androcéntrico de los recursos y el sesgo en la derivación**.

De este estudio, también se desprenden dos ideas interesantes desde una **perspectiva de género**:

- ▶ La **inexistencia de recursos de apoyo para las madres con problemas de salud mental para facilitar su participación social**.
- ▶ La **necesidad de espacios propios de mujeres**.

7.6.2. Resumen de los principales resultados

Tabla 13. Participación social. Resumen de los principales resultados.

Participación social	
Principales hallazgos validados por el metaanálisis realizado de otros estudios previos	■ Se identifica menor participación de las mujeres con problemas de salud mental en actividades sociales, en comparación con la participación de hombres con problemas de salud mental. ■ El rol de cuidado y la sobreprotección son los mecanismos que se exponen como limitantes para la participación social de las mujeres con problemas de salud mental. ■ Los sesgos de género de los y las profesionales de los servicios públicos producen una menor derivación de las mujeres con problemas de salud mental a servicios sociales, de ocio y ocupacionales. ■ La participación social de las mujeres también se ve limitada por el diseño androcéntrico de los programas en salud mental y rehabilitación psicosocial.

Participación social

Nuevas evidencias de las experiencias de las mujeres con problemas de salud mental

- Las **entidades de la red SALUD MENTAL ESPAÑA y las del tercer sector** de acción social, **cubren las carencias de recursos del sistema público** en la oferta de servicios de participación social y ocio. Las asociaciones de salud mental proponen un acompañamiento más cotidiano, más presente e inmediato, con una cartera de servicios más diversa.
- Existen **limitaciones al acceso a los recursos psicosociales y de ocio para las mujeres con problemas de salud mental debido a distintos motivos.**
 1. Los **mandatos de género y la etiqueta de salud mental** que actúan como factores de sobreprotección de las mujeres.
 2. El **desconocimiento de estos servicios** por parte de los y las profesionales y el hecho de **no considerar estas actividades como imprescindibles** para el ciclo del tratamiento.
 3. El **diseño androcéntrico y sesgado** de los servicios.
 4. Existe **discriminación y actitudes machistas** dentro de los grupos mixtos a los que asisten las mujeres con problemas de salud mental.
- El **activismo contra el estigma y por los derechos** de las personas con problemas de salud mental actúa como fuente de **empoderamiento colectivo e individual.**
- Se mantiene la tendencia a una menor participación de mujeres en cargos de representación en las asociaciones de la red SALUD MENTAL ESPAÑA en comparación con la participación de hombres, por lo que resulta imperativo **fomentar su participación en la toma de decisiones en espacios mixtos**, ya que es necesario que se expongan las necesidades y voluntades específicas de las mujeres desde su propia voz.
- Se destaca que los y las profesionales consideran, como medida empoderadora la necesidad de **facilitar espacios que generen procesos de reflexión en mujeres con problemas de salud mental sobre sus derechos**, para que tengan mayor incidencia en la toma de decisiones, y demanden el cumplimiento de sus derechos. Es importante destacar de esta estrategia que es una propuesta que sale de los y las profesionales. No es una demanda explícita de las mujeres, ni de aquellas que han transformado el malestar vivenciado en acciones de lucha.

Fuente: Elaboración propia

7.6.3. Análisis de los resultados cualitativos y cuantitativos

Limitaciones en el acceso a recursos psicosociales y de ocio en mujeres con problemas de salud mental

Los mandatos de género y la etiqueta de salud mental. Algunas de las mujeres con problemas de salud mental cumplen con **roles de cuidado que les dificultan su participación en actividades recreacionales, laborales y de cualquier otro tipo** debido a que destinan la mayor parte del tiempo y los esfuerzos a dichos cuidados.

«A mí me parece muy bien el rol de cuidadora ¿sabes? (...) pero ahora sí que te quita un tiempo y te quita una mentalidad para ocuparte de un empleo, de una... es diferente, es diferente». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

Esto entra en contraposición con el rol de los hombres, a quienes se les alienta a salir de sus hogares como forma de abordaje terapéutico de su problemática de salud mental.

«En la sociedad, a los hombres, estén al nivel que estén y sean personas con problemas de salud mental o no lo sean, en casa, en el hogar, se les ayuda a salir de casa (...) Y a las mujeres se nos previene de alguna manera porque hacemos una función (...) de cuidados, de atención». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

A su vez, bajo esta misma perspectiva, **el estigma y la sobreprotección de las mujeres** refuerzan la idea de mantener relegadas a las mujeres en sus hogares.

«Y sí, hay cierta tendencia a que las mujeres tenemos más ansiedad, más depresión, como tenemos más ansiedad y depresión, las mujeres son más débiles y lo tenemos todo también en casa (...) que efectivamente afecta la salud mental de todas». *(Profesional)*

Estas observaciones son compatibles con los resultados cuantitativos respecto al porcentaje de participación de las mujeres con problemas de salud mental en actividades comunitarias, donde un **69 % afirma no participar o participar rara vez** en estas, pudiéndose hipotetizar que uno de los motivos es esta misma **relegación de la mujer al espacio privado**, influido por los factores anteriormente expuestos.

En la misma línea, **los equipos profesionales también evalúan la participación social de las mujeres con problemas de salud mental como baja o muy baja (91 %)**.

Baja derivación a servicios sociolaborales y de ocio.

Se identifica una baja derivación de las mujeres a servicios sociolaborales y a servicios de atención psicosocial, los cuales promueven iniciativas de recreación, ocio y voluntariados, en comparación con los hombres. Entre las causas de esta menor derivación se cree que puede estar el desconocimiento o porque no se consideran imprescindibles estas actividades en el ciclo del tratamiento.

«Muchas personas no saben que existen estos centros, y tampoco los profesionales creen oportuno derivarlos a estos centros, donde hay orientación laboral para los jóvenes, orientación a una formación (...), centros de ocio, opciones de hacer voluntarios y talleres (...) y no mandan, los psicólogos y psiquiatras». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

«Estamos viendo que la derivación la decide un profesional que curiosamente está derivando a más hombres que mujeres». *(Profesional)*

Se trata de una constatación hecha tanto por parte de las mujeres como de los equipos profesionales, y ratificada tanto desde el análisis cualitativo como el cuantitativo. En la encuesta, destaca el consenso entre profesionales para señalar las dificultades de acceso a la terapia ocupacional. **Más del 80 %** de las respuestas de los y las profesionales consideraban que **las niñas, adolescentes y mujeres con problemas de salud mental tienen poca o ninguna facilidad para acceder a estos servicios.**

El diseño sesgado y androcéntrico de los servicios de rehabilitación psicosocial. Existen dos percepciones que coexisten entre los equipos profesionales:

- a. **Se deben adaptar las actividades y servicios de rehabilitación psicosocial** ya que están **diseñados hacia un destinatario masculino**, limitando las posibilidades de elección de las mujeres ante la baja diversificación de la oferta de actividades.

«Entonces, además de todo eso, si luego los recursos están pensados principalmente para hombres, pues es posible que la mujer que vaya a los recursos de salud mental no encuentre su sitio (...) rodeada de hombres con otros intereses y otra forma de trabajar». *(Profesional)*

«De repente, cuando hemos visto que todos los recursos, que, a fútbol, a baloncesto, a las salidas, solo había hombres y no había mujeres y lo primero que se nos ha ocurrido ha sido hacer un taller de costura. (...) Les sirve de un espacio igual de encuentro, de confianza, pero seguimos haciendo las cosas un poco en las etiquetas que nos manda la sociedad».

(Profesional)

- b. Son necesarios **espacios no mixtos** para estimular la participación de las mujeres. Sin embargo, desde un punto de vista crítico, es necesario plantearlos **con objetivos transformadores para que no sean únicamente espacios de separación y reproducción de los roles y estereotipos de género.**

«Pues mira, sí que estamos viendo que están funcionando muy bien los grupos de mujeres. O sea, cuando hay espacios en los que nos sentimos seguras entre nosotras (...). No se trata de excluir, hay espacios de hombres y mujeres, de solo mujeres. Pero sí que cuando estamos solas es más fácil que surjan ciertos temas y que se puedan expresar. Nos podemos expresar mejor entre mujeres. Y así saber también cuáles son las necesidades que tenemos. Porque muchas veces es que ni nosotras mismas hemos pensado nuestras necesidades». *(Profesional)*

Espacios de participación social y política de las mujeres con problemas de salud mental

Herramientas de participación y empoderamiento colectivo. El proceso de concienciación sobre las injusticias y experiencias vividas por el hecho de ser mujeres, tener una etiqueta diagnóstica y vivir una doble estig-

matización, les ha permitido transformar el malestar vivenciado en **acciones de lucha por sus derechos**. Esto ha significado su participación en movimientos de **activismo** que les ha posibilitado experimentar **procesos internos de concienciación y autonomía personal**. Se observa una relación entre las acciones para promover los derechos en salud mental en algunas mujeres entrevistadas y el despliegue de una serie de estrategias de empoderamiento para combatir el estigma y asegurar el cumplimiento de sus derechos.

«Yo vivía en un pueblo pequeño (...) [en el que] marginaban a mi hija (...) y desde la escuela les decían que sus palabras no tenían criterio porque su madre estaba loca (...). Entonces, ¿qué pasó? (...) hice mi primer libro (...) lo presenté al pueblo (...) y los marginados empezaron a venir a pedirme consejos. Me decían: «a mi hijo o a mi hija le está pasando lo mismo. (...) Y aquí comenzó mi activismo». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

El papel de la red de asociaciones SALUD MENTAL ESPAÑA y el resto de entidades del tercer sector de acción social.

Algunas de las entrevistadas refieren participar en espacios ligados al asociacionismo en la red SALUD MENTAL ESPAÑA desarrollando funciones y roles de sensibilización y educación en salud mental: como altavoz de sus experiencias, mediante la publicación de libros, como monitoras en centros educativos, realizando charlas y ponencias de salud mental, entre otras actividades, con el fin de visibilizar la temática y combatir el estigma. Estas actividades fomentan la promoción de la autonomía e integración social.

«Yo trabajo mucho con [una asociación], voy a charlas, voy a congresos y estoy bastante activa en ese sentido». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

«Y cuento en primera persona mi vida, hago mi testimonio en primera persona. No me escondó, creo que hay que dar voz (...). Es una manera de que esto poco a poco se vaya normalizando. Yo el libro que he escrito (...) ha consistido en la normalidad de la salud mental».

(Mujer con experiencia propia de salud mental)

«Yo hacía charlas de salud mental (...) Íbamos a dar charlas en los colegios y me eligieron a mí para dar las charlas en el colegio (...) Me empodera muchísimo».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

La red de asociaciones de SALUD MENTAL ESPAÑA y el resto de del tercer sector de acción social cubren las carencias de recursos del sistema público en la oferta de servicios de participación social y ocio, en la cual, la incorporación es gratuita o a bajo coste, en comparación con ciertas entidades privadas. Numerosos testimo-

nios recogidos destacan que estas proponen un acompañamiento más cotidiano, más presente e inmediato, con una cartera de servicios más diversa, que les ha permitido compartir espacios con otras personas con problemas de salud mental y a convivir, de mejor manera, con sus problemáticas de salud mental.

«(...) yo creo que [las entidades] también son importantes a la hora de establecer actividades tipo talleres, cursos, donde las personas vayan evolucionando y mejorando en convivir con la enfermedad y con todo lo que ello requiere, con todo lo que ello conlleva también. Entiendo que asociaciones como las que mi hermana (...) también tienen tipos de programas de estos».

(Familiar)

En ese sentido, tener espacios mixtos de encuentro con otras personas, constituye una **red de apoyo fundamental para afrontar la soledad y el aislamiento**. Estos espacios propician el sentirse más comprendidas y en libertad para expresarse sin miedo a la estigmatización. Reconociendo el «impacto trascendental» en las vidas de estas mujeres.

«Los grupos mixtos son lo más favorable para todos, para que podamos hablar de salud mental abiertamente, sin prejuicios, sin estigmas, sin que nadie te diga, mira que esta está loca». *(Mujer con experiencia propia de salud mental)*

«Yo, por ejemplo, participo [a través de una asociación] en una radio, que son hombres y mujeres, y la verdad que son grupos muy enriquecedores porque hablamos de todo, de hecho, se ha convertido como una pequeña familia, porque claro, ahí no tenemos estigmas».

(Mujer con experiencia propia de salud mental)

El reto de la participación política y el liderazgo de mujeres con problemas de salud mental. A pesar de las aportaciones y necesidad de los espacios de participación en la red SALUD MENTAL ESPAÑA y el resto del tercer sector, se identifican desafíos en relación a **la ocupación de espacios de carácter político y de liderazgo**, pues se mantiene la tendencia a una menor participación de mujeres en cargos de representación en las asociaciones de salud mental (ya sea la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA o asociaciones del tercer sector de acción social). Es por ello, que **resulta imperativo fomentar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en espacios mixtos**, ya que es necesario que se expongan las necesidades y voluntades específicas desde sus propias voces.

«Participación plena, que yo creo que es hacia donde las mujeres con problemas de salud mental tenemos que ir (...) pero meternos nosotras en donde se hace la toma de decisiones, si no alguien va a decir cosas de nosotras que nosotras no hemos dicho, o va a decir cosas que sí que hemos dicho, pero que no las decimos nosotras».

(Mujer con experiencia propia en salud mental)

«De repente, se dan cuenta de que su opinión cuenta y empiezan a opinar. Y es que eso es algo que siempre ha faltado (...) Pues no, pues es que hay que dar los espacios en los que se pueden quejar y que pueden decir que algo está mal y que tienen ese poder igual que todos los demás». *(Profesional)*

«Por eso, es importante esa toma de conciencia para que ellas tomen también la voz de espacios públicos, de espacios de decisión, de espacios de poder». *(Profesional)*

Ante esta situación, resulta relevante retomar la idea de que **las expectativas de género son un obstaculizador para la potenciación de roles de liderazgo político en mujeres**, pues, desde la sociedad, se espera que estos sean adquiridos por figuras masculinas, tal como se desarrolla en el siguiente relato.

«O voy a una reunión como presidenta (...) y hay dos hombres a mi lado que no son presidentes y la persona mira, es que eso es así, la persona mira a los dos hombres, y hasta que digo no, es que soy yo la presidenta». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

7.7. Violencias machistas

7.7.1. Punto de partida

La violencia machista hacia mujeres con problemas de salud mental es una **problemática invisibilizada** debido a la escasez de investigaciones científicas del tema. La falta de estudios, estadísticas y análisis convierte esta omisión en una **forma de violencia institucional** que perpetúa el problema (ATELSAM, 2020).

Aun así, algunos datos que conocemos son que el **60 % de las mujeres con problemas de salud mental han sido víctimas de algún tipo de violencia machista**, lo que implica un **riesgo de dos a cuatro veces mayor** en comparación con otras mujeres (FEDEAFES, 2017).

Según un estudio de la Federación Salud Mental Castilla y León (2023), el 81% de las mujeres encuestadas reportaron haber sufrido algún tipo de violencia en el entorno familiar, y el 25 % mencionó haber sido víctima de violencia física. FEDEAFES (2017) informó de que tres de cada cuatro mujeres con problemas de salud mental grave han sufrido violencia en el ámbito familiar o de pareja alguna vez en su vida. Además, más del 40 % de estas mujeres que experimentan violencia de pareja en la actualidad no la identifican como tal.

Los problemas de salud mental y las violencias machistas tienen una relación bidireccional. Por un lado, **las mujeres con trastornos mentales están en mayor riesgo de sufrir violencia**. Por otro lado, **la violencia machista incrementa significativamente la probabilidad de desarrollar o empeorar trastornos como depresión, ansiedad y estrés postraumático**. Además, se ha encontrado una **relación significativa entre haber sufrido violencia sexual en la infancia y el desarrollo de problemas de salud mental en la adultez** (Ruiz-Pérez et al., 2006; Plazaola Castaño et al., 2008 en Direcció General de Serveis Socials de Catalunya, 2023).

7.7.2. Resumen de los principales resultados

Tabla 14. Violencias machistas. Resumen de los principales resultados

Violencias machistas	
Principales hallazgos validados por el metaanálisis realizado de otros estudios previos	■ Existe una alta correlación entre las violencias machistas y los problemas de salud mental. Las mujeres con problemas de salud mental están más expuestas a vivir violencia y las mujeres que viven violencias machistas ven cómo estas impactan negativamente en su salud mental. ■ Se reafirma la menor credibilidad por parte de los servicios y los equipos profesionales hacia las mujeres con problemas de salud mental cuando ellas les relatan sus experiencias de violencias machistas.
Nuevas evidencias de las experiencias de las mujeres con problemas de salud mental	■ El 51 % de las y los profesionales creen que una de las principales necesidades de las niñas, adolescentes y mujeres son los vínculos libres de violencias machistas. ■ El 35 % de las mujeres encuestadas afirman haberse sentido muy frecuentemente o a menudo maltratadas (física o psicológicamente) por su pareja actual o por alguna de sus exparejas, un 40 % por alguna amistad, persona cercana o familiar y un 19 % por una persona desconocida. Por lo que se corroboran los antecedentes teóricos que exponen que la mayor parte de las vivencias de victimización en violencias machistas son ejercidas por personas del círculo social cercano. ■ Los estereotipos de género y el estigma asociado a los problemas de salud mental operan como una doble discriminación para la identificación y abordaje de violencias machistas. En ámbitos sanitarios y judiciales se suele patologizar el malestar emocional, desacreditar y cuestionar la credibilidad, responsabilizar o justificar de la violencia vivida. ■ Se percibe una diferencia, dependiendo del territorio, sobre el acceso y la oferta de servicios especializados a mujeres con problemas de salud mental que hayan vivido violencia machista. En general, los recursos están orientados a uno u otro problema (violencias machistas o salud mental), pero no están preparados para abordar ambas de manera integral. A pesar de esto, en algunas comunidades como Cataluña y Comunidad Valenciana, sí existe mayor coordinación entre recursos y recursos especializados para mujeres que han sufrido violencias machistas y problemas de salud mental. ■ El 66 % de las mujeres con problemas de salud mental que afirmaron haber vivenciado algún tipo de violencia machista no acudió a ningún servicio a denunciar o pedir ayuda. ■ La cronificación de la violencia machista en mujeres mayores es una problemática que se destaca en los grupos focales. ■ Algunas personas profesionales refieren un tipo de violencia de carácter estructural que vulnera los derechos de niñas y adolescentes. Por un lado, se hace referencia a la violencia estética y, por otro, a la hipersexualización de los cuerpos de las jóvenes. ■ Los ingresos hospitalarios involuntarios son vividos como una violencia en sí misma y son una vulneración de los derechos humanos. El 37 % de las mujeres que ingresaron en un hospital o unidad psiquiátrica señalan que no fue de forma voluntaria. ■ En los relatos de las mujeres que han estado ingresadas de forma involuntaria, se han detectado vulneración de los derechos sexuales y reproductivos por culpa de: los efectos secundarios de las medicaciones y de experiencias de revictimización entre aquellas mujeres que habían vivido con anterioridad agresiones sexuales. También se han vivido malos tratos psicológicos, sobremedicalización, negligencia en los cuidados, falta de medidas orientadas a la rehabilitación psicosocial y aislamiento.

Fuente: Elaboración propia

7.7.3. Análisis de los resultados cualitativos y cuantitativos

La bidireccionalidad entre las violencias machistas y los problemas de salud mental. Se constata una **relación bidireccional e interrelación entre las violencias machistas y los problemas de salud mental en mujeres**. Las consecuencias de la violencia machista ejercida contra las mujeres pueden desencadenar problemáticas de salud mental asociadas a sintomatología o desarrollo de **trastornos ansiosos, depresivos, de estrés post-traumático, etc.** Y a su vez, **las mujeres con problemáticas de salud mental se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad y probabilidad de vivir violencias machistas**. Este hecho afecta por partida doble a su salud mental, agudizando las problemáticas de salud mental previas o generando otras derivadas.

«Nosotras nos encontramos en las dos vertientes. Nos encontramos mujeres con una patología mental severa asociada, que precisamente por este hecho de violencia hay un aumento, (...) Y luego la otra parte, mujeres que precisamente por las situaciones mantenidas en el tiempo de violencia que van desarrollando trastornos mentales como consecuencia precisamente de esa **violencia**». (Profesionales)

Percepción de mayor vulnerabilidad frente a las violencias machistas. Las mujeres con problemas de salud mental **identifican estar en mayor situación de vulnerabilidad frente a las violencias machistas**, destacando en sus relatos:

- ▶ Factores que obstaculizan el reconocimiento de las situaciones de violencia.
- ▶ Mayor victimización hacia ellas.
- ▶ Menor red social de apoyo.
- ▶ Menor porcentaje de denuncias realizadas.
- ▶ Menor número de recursos que integren ambas cuestiones: salud mental y violencia de género.

En consonancia, el 51% de las y los profesionales creen que **una de las principales necesidades de las niñas, adolescentes y mujeres son los vínculos libres de violencias machistas**.

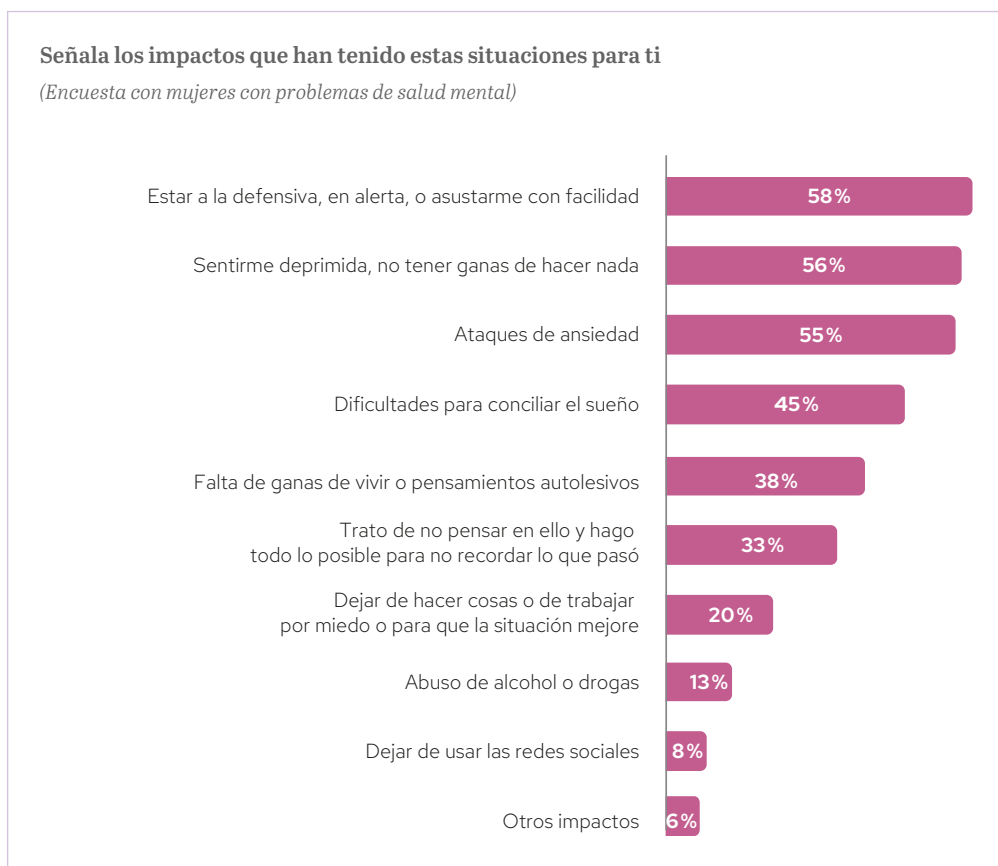
«Las mujeres con problemas de salud mental duplican o triplican, me parece, la violencia de género del resto de las mujeres que no tienen problemas de salud mental porque son más vulnerables y es más fácil hacer violencia sobre ellas ya que tampoco tienen una red social amplia». (Profesional)

«Es un factor sumamente importante. En cuanto al género he visto que hay abuso hacia las mujeres, abuso por su discapacidad mental. Hay gente que abusa [de] ellas. No conozco abusos hacia hombres (...) pienso que las mujeres sufren más o están más expuestas, son más vulnerables las mujeres con problemas de salud mental que los hombres con problemas de salud mental». (Familiar)

Partiendo de una escala de valoración del 1 al 10 (donde 1 es ningún impacto y 10 un impacto extremo), casi el 75 % de las mujeres con problemas de salud mental declaran que el impacto de las violencias machistas vividas las afectó emocionalmente entre 7 y 10 puntos.

Consecuencias de las violencias machistas vividas. Las mujeres identifican, en distinta proporción, las siguientes consecuencias e impactos de las violencias machistas en ellas mismas:

Gráfico 16. Afectación de la violencia machista según las mujeres con experiencia propia en salud mental

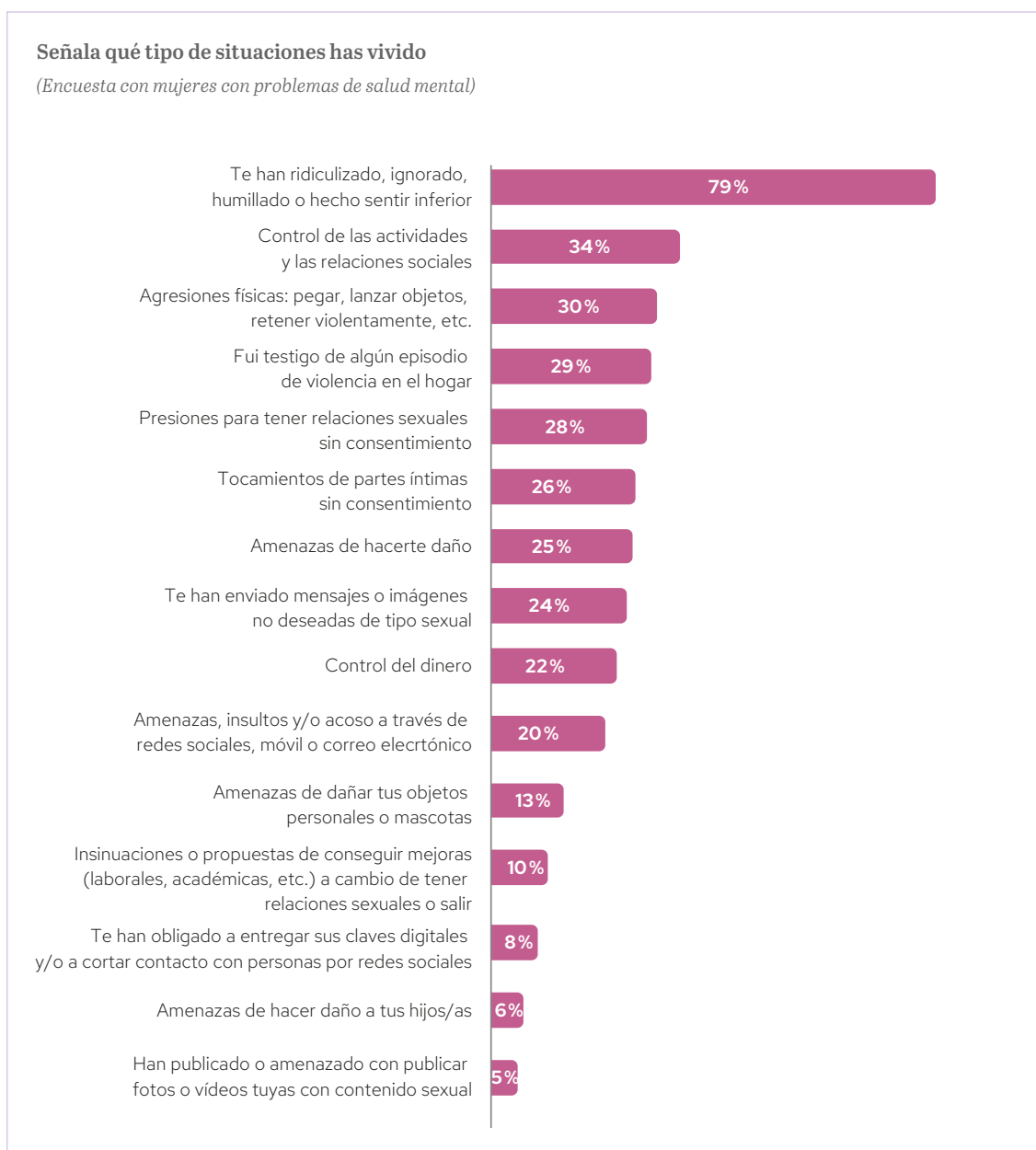


Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 886).

Las violencias machistas vividas por mujeres con problemas de salud mental

El 77 % de mujeres refirió haber experimentado alguno de los tipos de violencia machista presentados a continuación:

Gráfico 17. Prevalencia según tipología de violencia machista según las mujeres con experiencia propia en salud mental que la han experimentado.



Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 885).

Tipo de respuesta: respuesta múltiple.

Se ha observado que las manifestaciones más recurrentes de las violencias machistas en mujeres con problemas de salud mental son de **tipo psicológico**. **Una alta proporción de ellas (casi el 80 %) han experimentado violencia psicológica manifestada por medio de ridiculizaciones, indiferencia, humillaciones y acciones para hacer que se sientan inferiores**. Las estrategias de control y aislamiento social, como lo es el control de las actividades y las relaciones sociales, las han vivido más del 30 % de las mujeres encuestadas.

Otras manifestaciones de violencia psicológica fueron las amenazas de realizar daños directos hacia su persona (25 %), amenazas, insultos y/o acoso a través de redes sociales, móvil o correo electrónico (20 %), amenazas de hacer daño a objetos personales o mascotas (12 %) o a sus hijos e hijas (5 %).

Por otra parte, se observan otras manifestaciones de violencia como la **violencia sexual**: presión para mantener relaciones sexuales sin consentimiento (casi el 30 %), tocamientos en partes íntimas sin consentimiento (25 %), acoso sexual en entornos laborales y académicos (10 %), y amenaza de publicar fotos o videos personales con contenido sexual (5 %).

Por último, algunas de ellas reportan haber sido sometidas a la **violencia económica**: control de las finanzas (más del 20 %) y mecanismos de control y aislamiento en contextos virtuales, como la obligación de entregar claves digitales y/o cortar contacto con personas por redes sociales (casi el 5 %).

Violencias en relaciones sexoafectivas.

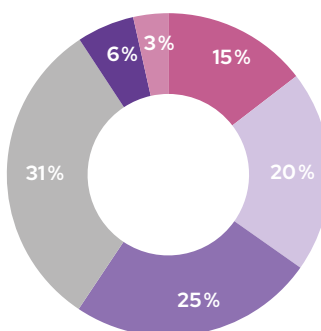
El 35 % de las mujeres encuestadas ha afirmado haberse sentido muy frecuentemente o a menudo maltratada (física o psicológicamente) por su pareja actual o por alguna de sus exparejas.

Gráfico 18. Violencia machista en relaciones sexoafectivas según las mujeres con experiencia propia en salud mental

¿Alguna vez te has sentido maltratada (física o psicológicamente) por tu pareja actual o por alguna de tus exparejas (hombres)?

(Encuesta con mujeres con problemas de salud mental)

- Muy frecuentemente
- Rara vez
- No he tenido nunca una pareja hombre
- A menudo
- Nunca
- Prefiero no responder



Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 886).

Respecto a los datos cualitativos, algunas entrevistadas con experiencia propia en salud mental refirieron haber vivido **violencias machistas en la pareja** o conocer a una mujer que las ha vivido. En sus relatos, se observa el ejercicio de la **violencia psicológica sobre estas mujeres como forma de control y manipulación emocional**.

«Y estuve 7 años allí y conocí a una pareja que era camello. Entonces tenía toda la cocaína que quería. Y fue un desastre (...) Además él iba y venía. También me hizo abortar (...) porque si no me iba a dejar». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

«Además, encima, yo he sufrido violencia vicaria por parte de mis maridos respecto a mis hijos. Y, bueno, yo me he caído en un pozo profundo (...) Coño, a mí me afecta mucho que mi exmarido les diga a mis hijos que tú estás loca, es que tu madre va a estar andando en el circo porque se hace la víctima. (...) claro, con niños de 10 y 8 años, vulnerables, manipulables, es muy fácil hacer eso». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

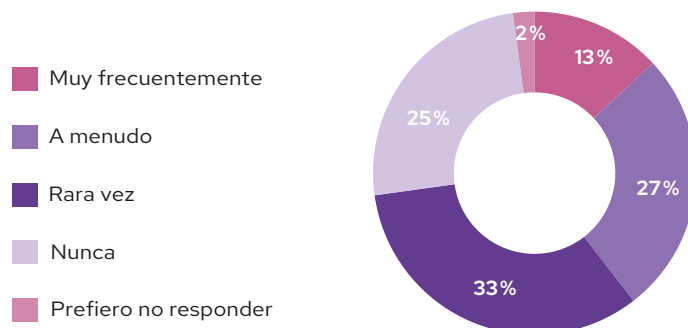
Violencias ejercidas por personas cercanas.

Un 40 % de las mujeres encuestadas han manifestado sentirse muy frecuentemente o a menudo maltratadas física o psicológicamente por alguna amistad, persona cercana o familiar.

Gráfico 19. Violencia machista en entorno familiar según las mujeres con experiencia propia en salud mental

¿Alguna vez te has sentido maltratada (física o psicológicamente) por alguna amistad, persona cercana o familiar (hermano, padre, tío, abuelo, hijos...) o conocido?

(Encuesta con mujeres con problemas de salud mental)



Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental (total muestra = 886).

Desde los resultados cualitativos obtenidos, algunas mujeres refieren haber experimentado **violencia de tipo psicológico**, donde reciben humillaciones por parte de sus familiares cercanos, quienes se dirigen a ellas con etiquetas estigmatizantes. Por otra parte, algunas mujeres entrevistadas refieren haber sufrido violencia psicológica (tratos humillantes hacia su persona) y económica por parte de su familia en el pasado.

«A mí me pasa igual. La loca. Por parte de toda mi familia, de mis propias hermanas (...) Ah, esa es la que está de los nervios. Hasta que ya intentas [una conducta autolesiva] y te lleven al hospital haciendo tu lavado de estómago». (Mujer con experiencia propia en salud mental)

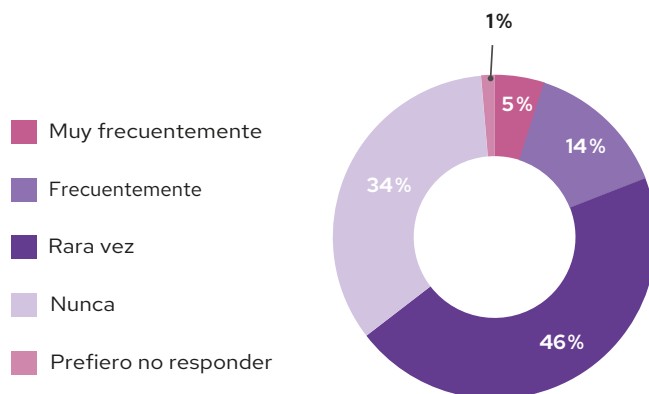
«Estaba todo el día en la cama. Mis hermanos me llamaban vaga, inútil, y me decían que no valía para nada. Lo único que querían de mí era el dinero. Porque yo tengo una pensión bastante alta, he cotizado bastantes años. (...). Sí, llegó un momento que le dije a mi madre que no [daba] más dinero. Ahora no les mando ni un duro». (Mujer con experiencia propia en salud mental)

Violencia recibida por personas desconocidas.

El 19 % de las mujeres reconoce haberse sentido maltratada por personas desconocidas frecuentemente o muy frecuentemente. El porcentaje se reduce, respecto a la tasa de violencia recibida por personas cercanas, por lo que se corroboran los antecedentes teóricos de que la mayor parte de las vivencias de victimización en violencias machistas son ejercidas por personas del círculo social cercano, con quienes mantienen relaciones de confianza.

Gráfico 20. Violencia machista por personas desconocidas según las mujeres con experiencia propia en salud mental

¿Alguna vez te has sentido maltratada (física o psicológicamente) por alguna persona desconocida?
(Encuesta con mujeres con problemas de salud mental)



Obstáculos para la detección y abordaje de las violencias machistas

En ciertas ocasiones, estas formas de violencia machista no son reconocidas por las propias mujeres debido al mismo círculo de la **violencia machista**, a la **normalización de la misma**, al **autoestigma** y a los **mecanismos invisibles** que ejerce el agresor para conseguir **el poder y el control sobre la mujer**. Hecho que **dificulta la identificación**, así como salir de estas situaciones.

«Es muy difícil a veces sobrellevar muchas situaciones sin un problema de salud mental, [si] además añadimos el problema de salud mental, lo [interpretaremos] todo por estar loca. De repente aquí lo único que ha pasado es que ahora tiene un diagnóstico. Y no es así».

(Profesional)

Los estereotipos de género y el estigma en salud mental en la respuesta de los servicios de atención a las violencias machistas.

Cobra especial relevancia la intersección entre las dinámicas de poder por cuestión de género y por presencia de problemas de salud mental. Se ha observado que los estereotipos de género y el estigma asociado a los problemas de salud mental operan como un doble obstaculizador para la identificación y abordaje de violencias machistas. En el ámbito sanitario, operan mecanismos de invisibilización de la violencia machista debido a que se suele patologizar el malestar emocional evidenciado por las mujeres, medicándolas para controlar la sintomatología asociada a la violencia experimentada, pero excluyendo la identificación y el abordaje de las violencias machistas.

«Por otro lado, una sobre patologización de sintomatologías que en muchas ocasiones están más relacionadas con factores de vulnerabilidad y precariedad, me he encontrado en muchas ocasiones a mujeres en situación de violencia de género, con pautas farmacológicas que responden únicamente a la sintomatología, sin abordar e identificar la situación de violencia y su impacto, generadora de dicha sintomatología». (Profesional)

«Es más fácil que esas mujeres al final recurran a un médico de cabecera, que les dé una pastilla, porque no pueden salir de esa situación, ¿qué podemos hacer ante eso?».

(Profesional)

Por otra parte, en ámbitos sanitarios y judiciales ocurre la **desacreditación y el cuestionamiento de la credibilidad** de las mujeres con problemas de salud mental. **Más del 40 %** de mujeres encuestadas han denunciado que **nunca o rara vez** habían sentido que sus relatos y experiencias expresadas **tuvieran credibilidad**. Algo que induce a pensar que en la revelación de episodios de violencia vividos por mujeres con problemas de salud mental el descrédito debe ser mayor.

«Se deja mucho de lado, y por lo mismo, por muchísimo prejuicio, porque muchas veces, bueno, por un lado, por el mero hecho de ser mujer, por otro lado, porque como padeces un trastorno mental tu testimonio no tiene la misma credibilidad, y ya es menos fiable, puede ser fruto de tu trastorno, de tu alucinación, por lo tanto, ya no le vamos a dar esa fiabilidad ni esa credibilidad que realmente tiene». *(Profesional)*

«Si tú tienes un diagnóstico en salud mental pierdes lo que hemos dicho (credibilidad). Tú vas a un policía, (...) [si este policía se mete] en mi historial yo pierdo una credibilidad enorme». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

Una de las consecuencias de esta desacreditación es que **no se produce la detección y derivación oportuna a servicios de atención psicosocial y judiciales que aborden la violencia vivida** y les permitan comenzar procesos reparadores.

Sumado a las prácticas de desacreditación e invisibilización, se observa una **responsabilización o justificación** de la violencia vivida **por parte de las instituciones** aludiendo a que los problemas de salud mental de las mujeres pudieran estar provocando una reacción de hartazgo en sus agresores y victimizando a sus parejas sexoa-fectivas. Esto conlleva la **sensación de ser «merecedoras» de la violencia y desmotivación por parte de las mujeres a seguir el proceso de denuncia, impidiendo sus procesos de reparación.**

«Y primero habrá que ver si te lo detectan porque ahí muchas veces es que no hay quien la aguante o es normal porque es que "no se puede con ella"». *(Profesional)*

«El estigma de "no valgo nada, porque mi palabra no va a valer, si voy a denunciar a mi marido y le digo que tengo un diagnóstico", por ejemplo, ya será menos, ya creo que lo estarás inventando... Y pobrecillo, encima que te aguanta...» *(Profesional)*

«Muchas veces nos vienen mujeres de, a lo mejor, la asociación de víctimas de violencia de género, por lo público, que vienen bastante desmotivadas porque notan que las están juzgando. Entonces, eso incluso hace que cuando intervengan, aunque sea por salud mental, se sientan juzgadas». *(Profesional)*



El acceso a recursos para la atención de las violencias machistas.

En las narrativas de las personas entrevistadas se percibe una diferencia, dependiendo del territorio, sobre el acceso y la oferta de servicios especializados en mujeres con problemas de salud mental que hayan vivido violencia machista. Las personas entrevistadas no dieron mucha información sobre los servicios de atención en violencias machistas. Así pues, se detecta que los y las entrevistadas manejan información parcial acerca de los recursos disponibles. Si bien, en ciertas comunidades autónomas, algunas entrevistadas mencionan que no hay servicios especializados para mujeres con problemas de salud mental que hayan vivido violencias machistas, estas versiones contrastan con la exposición de iniciativas en otras comunidades autónomas, como Cataluña.

En general, se reconocen las dificultades de acceso, en algunas entrevistas, debido a que, a menudo, **los recursos** están orientados a uno u otro problema (violencias machistas o salud mental), pero **no están preparados para abordar ambas de manera integral**.

«Aquí, que me parece que había muy poquitos (...). Es que a veces hay cosas que no las conocemos y que están ahí también y que hay que utilizarlas, hay que llevarlas (...) Es que hay muy poquitos, me parece, pero sé que los hay». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

«Sí que nos comentaban extraoficialmente que en casas de autocuidado no se admiten a mujeres con problemas de salud mental porque se puede desestabilizar la convivencia con las demás, pero tampoco hay pruebas de que eso se esté produciendo porque simplemente no hay plazas». *(Profesional)*

A la vez, se destacan aspectos positivos en comunidades como Cataluña y Comunidad Valenciana por parte de entidades del tercer sector de acción social, donde sí existe **mayor coordinación** entre los servicios de atención especializada en salud mental y los servicios de atención a violencias machistas y **recursos especializados para mujeres que han sufrido violencias machistas y tienen problemas de salud mental**. Estas dos líneas de avance se pueden considerar **intervenciones con un mayor enfoque interseccional** al abordar de forma paralela y coordinada dos ejes de opresión: las violencias machistas y las problemáticas de salud mental.

«Y luego, como positivo, sí que me gustaría destacar que hay una mayor concienciación y se le da más importancia a la salud mental, no únicamente ya cuando hablamos de patología severa, sino cualquier tipo de trastorno emocional y, sobre todo, todo el trabajo que se está haciendo, al menos desde aquí, con la sensibilización a los equipos de salud mental y a los equipos de atención, a las personas usuarias de droga en el tema de las violencias machistas». *(Profesional)*

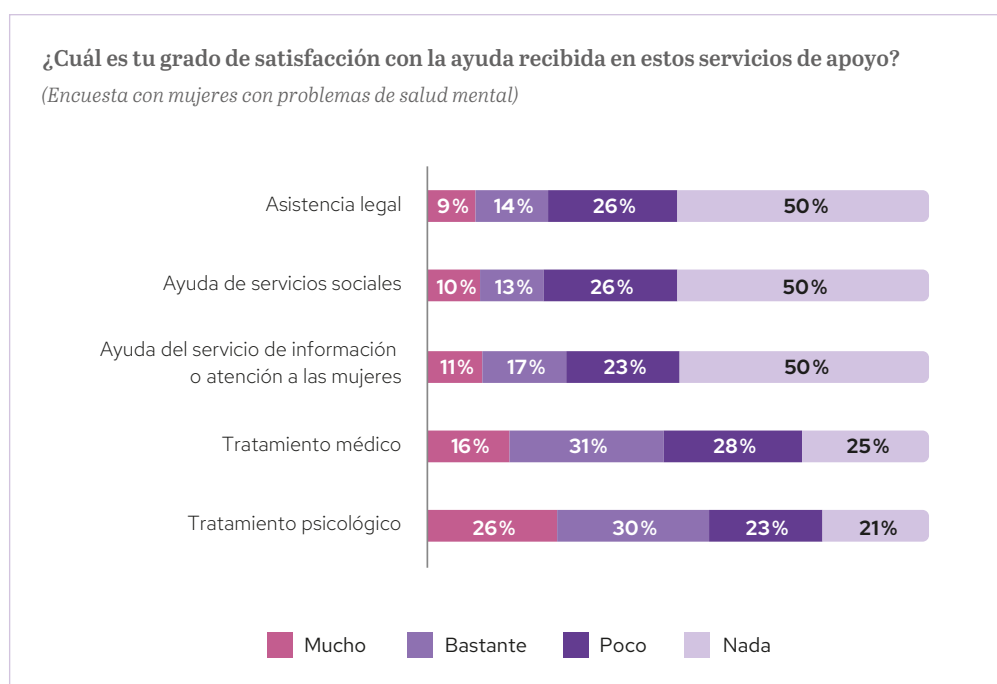
«Si hablamos ya de patologías, que puedan tener sintomatología con trastorno de estrés postraumático, ciertas depresiones y otros problemas, en ese caso sí que nosotros lo que hacemos es: nos coordinamos con otros equipos, en este caso de salud mental, para derivar a las mujeres. Nosotros seguimos atendiendo, pero (...) también derivamos para poder dar una atención integral». (Profesional)

Finalmente, respecto a los resultados cuantitativos, se observa que **el 66 % de las mujeres con problemas de salud mental que afirmaron haber vivido algún tipo de violencia machista no acudió a ningún servicio a relatar su situación para recibir acompañamiento.**

Existe la percepción generalizada de las mujeres con problemas de salud mental de que los servicios sanitarios y/o sociosanitarios **no les proporcionaron el apoyo o la respuesta que esperaban en los momentos en los cuales vivieron episodios de violencias, siendo el círculo cercano las redes de apoyo más significativas (60 %).** Sin embargo, como se mencionaba anteriormente **no todas las mujeres disponen de una red de apoyo.**

Por otra parte, respecto al nivel de satisfacción de las mujeres que acudieron a servicios de atención en violencias machistas, la evaluación tiende a ser negativa, sobre todo en los servicios de asistencia jurídica, ayuda de servicios sociales y recursos de información, mejorando la percepción de la atención de los servicios médicos y de atención psicológica.

Gráfico 21. Grado de satisfacción de los servicios especializados según las mujeres con experiencia propia en salud mental



Fuente: Elaboración propia a partir de una muestra con mujeres con problemas de salud mental

(total muestra = 406-563 según la fila).

El caso específico de las mujeres mayores con problemas de salud mental

La **cronificación de la violencia machista en mujeres mayores con problemas de salud mental** es una problemática que se destaca en los grupos focales. Se observa que, **en mujeres mayores, el círculo de la violencia y la dependencia económica puede generar mayor dificultad para separarse del agresor**. Ante estos obstáculos, algunas mujeres se ven imposibilitadas para romper las relaciones sexoafectivas de violencia, mientras que otras lo hacen con mucho esfuerzo, **con el coste de incorporarse o mantenerse en el mercado laboral a una edad en la cual el malestar físico se hace más evidente**, vivenciando un **gran malestar emocional**, el cual queda suscrito a un segundo plano.

«Es que justamente, por ejemplo, yo hablo en mi caso, en ciertos casos específicos, tengo a una mujer, la que estoy atendiendo psicológicamente, que tiene entre 70 y 75 años, en el que hablamos un poco de ese papel de la sociedad, o ese papel que históricamente también se le ha dado a la mujer, más la parte de la edad, que lleva 40 años con el agresor, continúa viviendo con el agresor, pero, dada la situación económica, en la que él era el proveedor y ella la cuidadora, se encuentra en una situación actual en la que ella no puede salir de ahí, depende económicamente de él, porque sí ha trabajado, pero dentro de casa». *(Profesional)*

«Mujeres que llegan a la edad de la jubilación, que también tengo algunas, y bueno, han dado ese paso difícil, de decir, quiero, no voy a denunciar, pero me voy a ir, y lo han hecho, pero claro, está en una edad, lo que decimos, en la que entramos en la parte de la edad, en la parte del género, en el que, vale, ¿qué puedo hacer? No puedo jubilarme, pero tengo que trabajar con equis edad, tengo dolores, porque creo que nos encontramos aquí desde mujeres con dolor crónico, que tienen esos 60 y pico años y no pueden jubilarse, pero se han separado del agresor, y lo que decimos, la salud mental obviamente se va a ver afectada, pero pasa a un segundo plano». *(Profesional)*

Violencias machistas en niñas y adolescentes

Como problemática interseccional, también se extrae del trabajo de campo cualitativo la violencia que reciben niñas y adolescentes. Los y las profesionales que se dedican al trabajo con niñas y adolescentes reconocen que **el género es un factor influyente en la experimentación de situaciones de violencia machista, como el maltrato físico y sexual**.

«Yo creo que las chicas sufren bastante violencia por el hecho de ser chicas, violencia de género. Sí, si pienso en ingresos que tenemos a veces, chicas que vemos, adolescentes que tenemos que derivar a dispositivos más intensivos como son hospital de día o incluso hospital psiquiátrico, un porcentaje elevadísimo son chicas que han recibido abuso, violencia sexual, maltrato físico». *(Profesional)*

«El género afecta muchísimo en toda la violencia que reciben niñas o adolescentes desde la infancia, todos los temas de maltrato, abuso, y sobre todo cuando son adolescentes hay un tanto por ciento muy elevado de víctimas de violencia o de maltrato que son mujeres y [son los] chicos [los] que la ejercen». *(Profesional)*

Sobre la **violencia sexual experimentada en la infancia**, en los grupos se enfatiza la doble vulneración de derechos que se ejerce en relación a las violencias sexuales, debido a la **falta de intervenciones efectivas para su abordaje** y a la **perpetuación de este tipo de violencias** como un **tabú en la sociedad**.

«(...) el tema de la violencia sexual en la infancia es una pandemia y es una de cada tres niñas. Esto para empezar, para mí, es una vulneración de derechos, el que siga siendo tabú, que no se haga una intervención efectiva». *(Profesional)*

Violencias estructurales: violencia estética y sexual.

Algunas profesionales refieren un tipo de violencia de tipo estructural que vulnera los derechos de las niñas y adolescentes. Por un lado, se hace referencia a la violencia estética, entendida esta como el mandato social que se ejerce desde una estructura social patriarcal donde hay una exigencia a cumplir con un prototipo corporal, poniendo en riesgo la salud física y el bienestar emocional. Por otra parte, del trabajo de campo, destaca la problemática de la violencia sexual en niñas y adolescentes. Preocupa la interiorización de una visión erotizada y monetizada del cuerpo. Esta violencia estructural también se sustenta en dinámicas patriarcales en las miradas de hipersexualización que la sociedad realiza de los cuerpos de las niñas y adolescentes cuando comienzan a desarrollar caracteres sexuales secundarios.

«Hay muchísimos problemas de salud mental relacionados con el culto al cuerpo y sobre todo mucha exigencia». *(Profesional)*

«Esto, por una parte, como para decir cosas como del día a día, el no tener en cuenta intervenciones específicas en las infancias, en las niñas, sobre todo el peso en el cuerpo, toda la violencia estética, es decir, que no haya acciones más potentes de, primero, controlar todo esto y, después, de intervenir con las niñas, de realmente poder hacer una mirada crítica a todo esto». *(Profesional)*

«Todo esto va generando un efecto acumulativo, (...) y después ya no te digo la etapa prepuberal, cuando tu cuerpo, que está hipersexualizado, y empiezas a hacer cambios, las miradas que te sexualizan (...) toda esta cultura de la pedofilia que está súper presente. A mí me parece que todo esto, toda esta desequivalencia y desigualdad de género, al final es una vulneración de derechos al pleito de salud». *(Profesional)*

«El capital erótico, ¿no? Pues haz tú el Only Fans, que no pasa nada (...) Yo creo que las niñas, los jóvenes, los adolescentes en esta época están viviendo un bombardeo constante de contradicciones (...) de libertad sexual (...), que ha de ser muy difícil. Sigue operando la violencia sexual, o sea, las equivalencias entre relaciones en todas las edades. Pero sí que yo creo que hay una validación de lo que es la violencia a nivel sexual y la erotización de la violencia». *(Profesional)*

Violencias institucionales y vulneración de derechos en los ingresos hospitalarios involuntarios

La vulneración de los derechos sexuales y reproductivos en los ingresos hospitalarios. De acuerdo con algunos **relatos de las mujeres que han sido ingresadas de forma involuntaria en servicios de hospitalización psiquiátrica**, y los de los y las profesionales que las atienden, en este tipo de ingresos **se ejerce contra ellas violencia física y sexual**. Destacan las **contenciones físicas y químicas ejercidas**, como formas que denigran la dignidad de las mujeres y provocan una **pérdida de autonomía sobre sus propios cuerpos, los cuales son expuestos y manipulados sin su consentimiento**.

Ejemplos concretos de la vulneración de los derechos sexuales, específicamente hacia las mujeres, son los **efectos secundarios de las medicaciones** asociadas a las contenciones químicas al provocar, en algunos casos, sangrados menstruales y la incomodidad de experimentar su periodo en condiciones donde deben encontrarse atadas y exponer sus cuerpos desnudos frente a los equipos profesionales.

«Y luego pues eso, yo qué sé, es que no es lo mismo, es horroroso que te aten, pero es que además con las medicaciones que les dan para las contenciones químicas, pues suele provocar que les baje la regla, en fin, pues que la cosa se complica bastante más cuando eres mujer, fisiológicamente hablando». *(Profesional)*

«Imagínate un ingreso involuntario a un hombre o a una mujer (...). Quiero decir, el trato que recibimos por una cosa y otros por otra, ¿no? Pues, hay quejas de ambos porque tienen que ducharse desnudos delante de un celador, si es mujer ¿no? En el caso de las mujeres, por ejemplo, estar atada. Estar atada, porque te atan muchas veces y no te puedes mover en absoluto y te viene la regla». *(Profesional)*

Esta situación de **vulneración de los derechos sexuales se agrava** cuando es ejercida hacia mujeres que tienen un historial de agresiones sexuales, pudiendo provocar **experiencias de revictimización**. Las mujeres que han vivido una agresión sexual reviven la experiencia ligada al trauma al ser desnudadas, tocadas, inmovilizadas, reviviendo sensaciones de vulnerabilidad e indefensión.

«En mujeres que han tenido historia de trauma, te pongo un ejemplo, la contención mecánica en sí misma es una agresión y es una violencia institucional intolerable, pero cuando has tenido una historia de, por ejemplo, una agresión sexual, que te cojan varios hombres te suban a una cama, te desnuden y te aten es una experiencia absolutamente retraumatizante y dañina al extremo de la primera experiencia traumática de violación». *(Profesional)*

Otras formas de violencia en los ingresos hospitalarios involuntarios.

Además de lo expuesto, se desprenden otras vulneraciones cometidas, relacionadas con los malos tratos psicológicos de equipos profesionales, la sobremedicación como medida de control, la negligencia en los cuidados o el no asegurar que todas las personas ingresadas satisfagan sus necesidades básicas, la falta de medidas orientadas a la rehabilitación psicosocial y el aislamiento. Todos estos factores provocan malestar emocional, connotaciones negativas asociadas a los ingresos involuntarios y deseos de abandonar los ingresos, vulnerando una larga lista de los derechos mencionados en el apartado del presente estudio destinado al marco teórico (derecho a la libertad, a la dignidad, a ser comprendidas, a la toma de decisiones de forma autónoma, etc.).

«Unos modales, unas maneras y una, muy mal, muy mal (...) son desastrosos. De atarte por cualquier tontería, de deshacerte la cama y decir (...) que tu cama tiene una arruguita (...). Y si encima decías algo, pues, pinchazo y dos días K. O.». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

«Yo tenía que dar de comer a una chica porque no era capaz de comer, pobrecita. No había nadie de ellas que se dignara a darle de comer. O sacarla a dar un paseo. No era capaz de salir de la habitación porque padecía agorafobia y ninguna se preocupaba». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

«Te ingresan, tienes tu pastillita, tienes una sala con una tele, pero comunitaria, y no haces nada 24 horas. Entonces, tener algún profesional que te dé charlas, terapias en conjunto con los demás, no sé, cosas por lo menos para que te pasen los días, porque si no, ¿qué pasa? Que te quieras marchar, como me pasó a mí, yo me quería ir». *(Mujer con experiencia propia en salud mental)*

Estos hallazgos coinciden con los resultados cuantitativos. El 51% de las mujeres ingresadas han vivido alguna de las situaciones siguientes: comportamientos violentos (golpes, gritos, humillaciones verbales, contención física o química u otras medidas coercitivas) (38 %), otras vulneraciones de derechos (28 %), amenazas (18 %) o tocamientos sin consentimiento (4 %).

Conclusiones



8. Conclusiones y líneas estratégicas para la incidencia política

Este estudio pretende aportar **nuevas perspectivas sobre salud mental en mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental en España**, a través de un análisis detallado y vivencial. Se parte de la perspectiva de mujeres con experiencia propia en salud mental debido a la importancia de **integrar, incluir y contar con sus propias voces a lo largo de todo el proceso**. Se ha contado también con familiares y profesionales que, por su posición y rol, han podido completar la realidad de la situación actual. De esta forma, se ha logrado identificar aquellos aspectos que ratifican conclusiones emitidas previamente en investigaciones precursoras junto con las nuevas contribuciones, fruto de esta investigación, lo que representa un avance significativo en la comprensión de esta temática.

Tal y como se describe en apartados anteriores, se abordan **siete bloques temáticos** que, lejos de ser excluyentes e impermeables entre sí, pretenden señalar y resaltar los elementos de más notoriedad y relevancia según la perspectiva de las personas participantes del estudio en relación con la salud mental en mujeres, adolescentes y niñas en España.

Partiendo de las hipótesis planteadas, se corroboran en base a los datos y **las diferentes experiencias reflejadas la existencia de más barreras para el desarrollo de la autonomía de las mujeres y una mayor vulneración de derechos respecto a los hombres con problemas de salud mental**. Por otro lado, desde los equipos profesionales, las familias, amistades y relaciones sexoafectivas hasta las políticas públicas, se pueden reproducir estereotipos, violencias y sesgos de género en la práctica si no se aplica una perspectiva de género interseccional. Por esta razón es necesario tomar conciencia de las propias vivencias y aprendizajes en torno a la construcción de las identidades de género fomentando la participación y la toma de decisiones.

8.1. Principales conclusiones: Retomando los objetivos planteados

A continuación, se presentan los **objetivos planteados en la parte introductoria del estudio y las principales conclusiones** al respecto que permiten dar respuesta a ellos.

Tabla 15. Conclusiones vinculadas a los objetivos planteados

Objetivo planteado	Conclusiones vinculadas al objetivo
Nivel de aplicación de los derechos sociales con perspectiva de género y salud mental	■ Las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental sufren una mayor vulneración de sus derechos sociales y mayor cantidad de barreras que obstaculizan su ejercicio en comparación con los hombres con problemas de salud mental. ■ Se describe una doble discriminación relacionada con la intersección entre el estigma asociado a la salud mental y la discriminación de género lo que, como se ha detectado, genera barreras adicionales añadiendo mayor malestar y problemas de salud mental y dificultando la accesibilidad en derechos en igualdad de condiciones. ■ En un primer nivel, los derechos fundamentales y básicos que se ven mayormente afectados son: — El derecho fundamental a la dignidad (el doble estigma, por ser mujer y tener problemas de salud mental, y la violencia institucional como principales obstaculizadores). — El derecho a la salud, específicamente al acceso, atención, seguimiento y permanencia de los servicios atencionales públicos (se ve transgredido de múltiples formas a través de vulneraciones de otros derechos como acceso a la información, a la toma de decisiones autónoma, el derecho a ser atendida, etc.). ■ En un segundo nivel identificamos vulneración de derechos específicos: — Derecho al trabajo y a la participación social, observándose mayores dificultades de acceso al mercado laboral debido a la distribución desigual de tareas por razón de género, edad y las dificultades de conciliación (mayor carga mental, tareas domésticas, cuidado de familiares, etc.). — Derecho a una vivienda digna. Teniendo en cuenta los mecanismos que operan de feminización de la pobreza mencionados, suponen una barrera para la autonomía para el acceso a un alojamiento adecuado y no precario. — Alta prevalencia de experiencias de violencia en mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental, vulnerándose el derecho a la prevención de las diferentes formas de violencias machistas, corroborando que la sufren en mayor medida y probabilidad. — Derechos sexuales y reproductivos: sería conveniente poder recabar más información en esta cuestión para llegar a conclusiones significativas, pero se constata que se vulnera en distintos contextos, especialmente en el periodo perinatal en el caso de mujeres que son madres y tienen problemas de salud mental. Similarmente, se observan distintas formas de vulneración de los derechos, pero, en especial, de los derechos sexuales y reproductivos en los ingresos involuntarios.

Objetivo planteado	Conclusiones vinculadas al objetivo
Recursos y dispositivos especializados y el nivel de accesibilidad a los mismos	■ Carencia de recursos en el sistema de atención público, así como una falta de servicios especializados que den respuesta a las necesidades de las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental. ■ Se evidencia un sistema saturado y desbordado que no puede dar cabida a la complejidad de experiencias vitales y necesidades de las mujeres o cuya respuesta y atención tarda en recibirse. ■ La red de servicios de atención pública realiza una tarea de contención en las mujeres a través del tratamiento principalmente farmacológico, que se cronifica en el tiempo, por no tener los recursos ni dar cabida a un acompañamiento psicoterapéutico continuado. ■ Se identifica una falta de abordaje interdisciplinar e intersectorial y falta de coordinación interinstitucional de diferentes problemáticas que puedan estar interfiriendo en la salud mental, como la exclusión social, el estatus migratorio, la violencia de género, entre otras. ■ Presencia de sesgos de género que se visibilizan a través de una menor derivación de las mujeres a algunos servicios de la red como los servicios laborales, de participación, de ocio y lúdicos, por parte de profesionales de los servicios públicos. ■ El diseño de programas en salud mental y rehabilitación psicosocial tienden a ser contruidos en un marco androcéntrico, no teniendo en cuenta ni contemplando las necesidades, procesos vitales y vivencias particulares de las mujeres. ■ Existen dificultades para la coordinación entre servicios, promoviendo la segmentación de la intervención de las mujeres y aumentando su revictimización con la narrativa en bucle de su situación ante los diversos recursos y equipos profesionales que las atienden y acompañan.
Papel de los/as diferentes agentes implicados/as y el nivel de concienciación social existente	■ Hay diversos actores estatales, comunitarios y familiares que juegan un papel clave en garantizar que las mujeres puedan acceder a sus derechos sociales y una falta de corresponsabilidad y coordinación para una intervención eficaz y adecuada. ■ En el ámbito estatal, los servicios y recursos son los principales responsables de asegurar estos derechos, aunque también es en estos espacios donde se concentran los mayores obstáculos para su plena realización, acceso y participación. Entre algunos de los desafíos que se observan, se encuentran el estigma social, la alta burocracia y requisitos que no responden a las necesidades y realidad, la falta de plazas y de derivaciones oportunas a servicios de salud mental especializados, así como la desinformación sobre los recursos disponibles. ■ Cuando están presentes, las familias también se convierten en un pilar fundamental para facilitar el acceso a estos derechos, aunque también pueden ejercer como limitadoras de los mismos a través del paternalismo, sobreprotección e infantilización especialmente en las mujeres (aptas para cuidar y limpiar, pero no para participar en la vida pública, relacionarse o trabajar). ■ Entre los y las profesionales y entre las familias existen diversidad de perfiles y de niveles de concienciación social en torno a la salud mental. Como barreras, se detectan, principalmente, las que tienen que ver con una mirada carente de una perspectiva de género en instituciones, y el estigma y los estereotipos de género en profesionales y familiares. Sin embargo, también se rescatan acciones que promueven los derechos y efectivo ejercicio como es la implicación de los y las familiares (apoyo social), el avance en las iniciativas en pos de una mirada de género en la elaboración de programas, el reciclaje profesional de conocimientos y las prácticas profesionales respetuosas y no estigmatizantes. ■ Destaca, como compartida, la noción de que el género es un determinante social que marca desigualdades en el acceso a los diferentes servicios y, en definitiva, a el efectivo ejercicio de los derechos, lo cual genera problemáticas específicas en las mujeres que las colocan en una situación de vulnerabilidad y desigualdad con respecto a los hombres.

8.2. Reflexiones y reivindicaciones

A continuación, se comparten **algunas reflexiones** fruto del análisis exploratorio inicial realizado, así como algunas posibles **líneas sobre las que seguir trabajando para una mayor comprensión y respuesta adecuada** a las necesidades y demandas de las propias mujeres.

1. **Ser mujer y tener un diagnóstico de salud mental está asociado a una mayor vulneración de sus derechos.**

La vulneración de derechos humanos hace referencia a la violación de los derechos básicos reconocidos a todas las personas. Así, esta tiene una dimensión estructural.

En la actualidad, se sigue perpetrando una **vulneración de derechos a las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental en el estado español**. Se constata que **cuentan con más barreras obstaculizadoras** que las mujeres que no cuentan con problemas de salud mental y que los hombres con problemas de salud mental. El **género y la presencia de problemas de salud mental** suponen un impedimento y desventaja para la garantía de los derechos.

2. **Esta mayor vulneración de derechos viene directamente causada por el estigma específico que viven las mujeres con problemas de salud mental, al transgredir sus mandatos tradicionales de género.**

El estigma, no solo vulnera derechos humanos fundamentales, sino que también opera como una forma de **violencia estructural** que perpetúa las condiciones de exclusión.

Las mujeres con problemas de salud mental son doblemente estigmatizadas. Por el hecho de **ser mujer** y por el hecho de **tener problemas de salud mental** se cuestionan sus vivencias, sus malestares y se banaliza su experiencia dándoles **menor credibilidad y fiabilidad a sus relatos**. Encontramos **estigma institucional y social** que generan y amplifican a la vez autoestigma en las propias mujeres y niñas con problemas de salud mental. Esta realidad **dificulta el acceso a la información** para poder señalar, identificar, analizar y denunciar la vulneración de derechos y la violencia vivida por las propias mujeres y niñas.

3. **El autoestigma impide que muchas mujeres accedan a mecanismos de reclamación de derechos**, ya que consideran merecido el trato recibido (lo normalizan) o se enfrentan a **sistemas diseñados desde una lógica de privilegio** que no contempla sus realidades ni necesidades.
4. **Las principales preocupaciones de las mujeres son las violencias de género e institucionales y la vulneración de derechos relacionada con el acceso a recursos materiales**. Estas incluyen la **deshumanización, el estigma, la falta de acceso a los recursos materiales, el androcentrismo en los recursos y la revictimización**. La vulneración de derechos también se encuentra en no buscar y encontrar soluciones en la línea de lo que ellas necesitan sino en lo que su entorno y los equipos profesionales consideran sin tener en cuenta su capacidad de autogobierno y autodeterminación sobre su propia vida.
5. **Las mujeres que han vivido violencias a lo largo de sus vidas viven con mayor intensidad las violencias institucionales** porque «no se las esperan» por parte de la institución que debe garantizar sus derechos y protegerlas. Se espera un vínculo seguro con la administración y cuando este tampoco existe se genera un alto impacto en ellas y un malestar emocional que repercute en su salud mental.

6. Las violencias institucionales funcionan como mecanismo de control sobre estas mujeres y son una de las principales barreras de acceso a los recursos de las mujeres con problemas de salud mental.

Se evidencia la **falta de accesibilidad a los recursos y a la información**, no teniendo las mujeres conocimiento de su propio estado de salud mental. Se describe un **círculo de atención pública** carente de profesionales y recursos, **desbordado**, que no es capaz de ofrecer una atención continuada y de calidad, un seguimiento y orientación precisas. Así mismo, se desprende que **los servicios cuentan con un diseño androcéntrico** que dificulta la accesibilidad de las mujeres a los mismos, que se acaba traduciendo en una **sobremedicalización y una sobrepatologización** de las experiencias vitales sin profundizar en su análisis causal ni contexto.

Se denuncian prácticas como las **contenciones mecánicas y/o químicas**, los **ingresos involuntarios o pautas de medicación desajustadas** para contar un sujeto más complaciente **siendo objetos de control, pero no sujetos de derechos**.

7. Un mayor trato humanizante por parte de los equipos profesionales no tiene que estar comprometido por las condiciones estructurales de los servicios. Que, si bien, son claramente deficitarias no explican la totalidad de los malestares en el trato ni en el acompañamiento que expresan las mujeres, así como la falta de contribución a los vínculos seguros para su bienestar integral y autonomía personal.

Finalmente nos proponemos destacar algunas reivindicaciones, para garantizar la accesibilidad en derechos a las mujeres y niñas con problemas de salud mental en el territorio español:

8. Las mujeres con problemas de salud mental también son madres. La invalidación de las maternidades de estas mujeres.

Las mujeres con problemas de salud mental que deciden ser madres **tienen que hacer frente a la invalidación y desconfianza social y profesional que acaba repercutiendo sobre su propia autopercepción de sus capacidades parentales**. Este hecho genera que exista una **mayor ocultación de dificultades/demanda de ayuda por parte de las mujeres** (en salud mental y en su parentalidad) si es necesario, dejándolas en una situación de mayor vulnerabilidad por miedo a ser juzgadas o penalizadas.

- Las mujeres con diagnóstico de salud mental que son madres son **sistemáticamente cuestionadas en el ejercicio de su maternidad**.
- **Se sobreactivan servicios/sistema de protección a la infancia** cuando la figura progenitora con diagnóstico de salud mental es la madre (no cuando el padre lo es).
- Si bien la esterilización forzosa es ilegal en nuestro país, se identifican **dinámicas de presión y persuasión para la esterilización de mujeres** con problemas de salud mental.
- Existe una mayor hipervigilancia/**mayor exigencia sobre la maternidad** de estas mujeres que en las que no padecen problemas de salud mental.
- **Falta de recursos específicos para las mujeres con problemas de salud mental que son madres** donde se respete la decisión de cada mujer respecto a la maternidad y que se le ofrezcan los apoyos y herramientas necesarios en cada momento en función de su realidad y demandas.
- **Falta de información clara y concisa en consultas profesionales respecto a impactos específicos de los tratamientos de salud mental sobre la maternidad**. A pesar de que toda persona tiene derecho a ser informada detalladamente sobre su diagnóstico, los tratamientos a los que será sometida y sus

posibles efectos, en el caso de los trastornos mentales, **muchas mujeres no reciben esta información en relación con la maternidad**, lo cual provoca situaciones de **desinformación y de paternalismo** por parte de profesionales de la salud mental.

9. Las mujeres y niñas con problemas de salud mental tienen una sexualidad propia. La vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con problemas de salud mental.

Se invisibiliza la sexualidad de las mujeres con problemas de salud mental. Desde una **mirada infantilizadora y estigmatizante** existe mucho tabú alrededor de la sexualidad de las mujeres con problemas de salud mental. Se construye socialmente una **falta de identidad sexual de estas mujeres** desde la creencia que:

- **No tienen deseos eróticos.**
- **No son sujetos deseables eróticamente.**

Desde esta creencia se generan múltiples **vulneraciones por omisión y por sobreprotección** tanto desde el entorno próximo como del profesional.

Además, destaca la **paradoja vinculada a las violencias sexuales** en las que por un lado se suele **restar credibilidad** al relato de las mujeres frente a la violencia vivida y por el otro **no se reconoce la capacidad libre de consentir** en las relaciones sexuales de estas mujeres.

10. Las mujeres y niñas con problemas de salud mental también generan cuidados y vínculos sanos y seguros.

La esfera de las relaciones interpersonales y la calidad de las mismas suponen uno de los indicadores principales de **garantía de bienestar**. **A las mujeres particularmente se les socializa en la dependencia afectiva**. Este es un factor de vulnerabilidad frente a la violencia de género que sumado al estereotipo/creencia de que **las mujeres con problemas de salud mental no pueden mantener vínculos estables y equilibrados**, las invalida socialmente para sostener relaciones sexoafectivas, formar familias y tener amistades profundas e igualitarias.

Esta creencia puede condicionar pautas y recomendaciones de equipos profesionales y del propio entorno de la mujer/niña que a menudo restan importancia a los vínculos de estas mujeres. A la vez genera que **no se sientan reconocidas como interlocutoras válidas para sostener emocionalmente pero sí para hacerse cargo de los cuidados más operativos y básicos**.

Hablar de dependencia emocional, no cobra siempre sentido si tenemos en cuenta las historias de vida de estas mujeres. Desde un **entorno infantilizador y sobreprotector** es difícil poder construir relaciones de no dependencia. Debemos previamente **promover y garantizar la vivencia de vínculos seguros** como principal estrategia, así como relaciones que **reconozcan su capacidad de decisión** sobre su propia vida.

11. Las mujeres y niñas con problemas de salud mental deben disponer de autonomía económica.

Se evidencia la **vulneración de derechos básicos a la vivienda y al trabajo dignos** en mujeres con problemas de salud mental. **La obstaculización de la autonomía económica y de vivienda muestra un indicador que expone las violencias machistas (no ser independiente fuerza a las mujeres a mantener relaciones de violencia)**. Así, los problemas de salud mental se convierten en un **amplificador de las desigualdades sociales y económicas**.

Las experiencias narradas por estas mujeres demuestran que **la exclusión social no es homogénea** y que las **estrategias de intervención deben adaptarse a las necesidades particulares** de cada persona. **El acceso a la vivienda es fundamental para garantizar esta autonomía económica.**

12. La sociedad debe garantizar vidas libres de violencias para todas las mujeres y niñas con problemas de salud mental.

Para ello se requiere romper la fragmentación de la atención a las personas en diferentes servicios y **promover el trabajo en red entre servicios y profesionales**. Además, se destaca y debe tenerse en cuenta algunos aspectos que nos aportan **pistas para la intervención en violencias de género** con mujeres con problemas de salud mental:

- El **autoestigma** impacta en la capacidad de identificación de las violencias machistas y en la capacidad de actuación de las mujeres.
- Se continúa poniendo el **foco en la denuncia y el reconocimiento de la violencia** por parte de los equipos profesionales y las mujeres lo ponen en los **impactos vitales específicos** que viven.
 - Las mujeres describen el **impacto traumático de estos eventos en su autoestima y relaciones futuras**, mientras que los profesionales abordan las dificultades para que estas experiencias sean reconocidas y denunciadas.
- **Existe una discrepancia entre las violencias que las mujeres identifican y las que perciben las profesionales**. Para las profesionales entrevistadas uno de los principales retos a trabajar es la identificación de las violencias de género.

Si relacionamos profesionalmente IDENTIFICAR violencias con PONERSE EN ACCIÓN (de la manera que socialmente esperamos) es fácil pensar que **estas mujeres infradetectan violencias de género** que viven o han vivido. Debemos tener en cuenta, que:

- Las historias de vida violentas de estas mujeres hacen, entre otras cuestiones, que tengan un **umbral de tolerancia distinto** a ellas.
- **No son mujeres «pasivas» frente a las violencias, disponen de otras estrategias** que deben ser reconocidas y comprendidas dentro de su contexto y margen del que disponen.
- **La normalización de la violencia en ocasiones opera como una estrategia de supervivencia para algunas mujeres.**
- Se requiere de **mayor conocimiento de los recursos existentes** para acompañar en violencias de género por parte de equipos profesionales de la salud mental y mujeres.
- A la vez, se requiere potenciar una **red de apoyo más allá de la familia y/o la pareja** como estrategia de prevención de estas violencias.
- La percepción de **mayor penalización para las mujeres madres con problemas de salud mental**.
- Que algunas mujeres **identifiquen o pidan ayuda** frente a situaciones de violencias de género.

¿Dónde quedan las niñas y las adolescentes?

En una sociedad y estructuras sociales donde **prima la mirada adultocéntrica**, se amplifican las dinámicas de **falta de credibilidad y de banalización de las experiencias subjetivas de niñas y adolescentes con problemas de salud mental**. A las niñas no se las cree, especialmente cuando hablan de violencia y vulneración de derechos. Así **se identifica un triple estigma en niñas y adolescentes, por género, por tener problemas de salud mental y por edad, amplificando las vulneraciones de derechos** descritas, que en ocasiones impactan también de forma directa a sus familias.

Por otro lado, **la sobreprotección de estas niñas y mujeres dificulta recoger desde instituciones y servicios (este estudio tampoco es una excepción) su voz y percepción fuera del matiz o mirada familiar**. Este hecho puede ubicar a estas niñas y adolescentes en una situación de **mayor vulnerabilidad y exposición a posibles violencias**. El reto está en encontrar estrategias que garanticen la voz propia de estas niñas de forma directa sin vulnerar sus derechos como niñas y adolescentes.

«Todo aquello de lo que no puede o no quiere hacerse cargo la sociedad, al final se transforma en un diagnóstico psiquiátrico para entrar dentro de un sistema que lo que hace es, en el mejor de los casos —y esto es una cosa muy buena— consolar, acompañar, escuchar y ayudar. En el peor de los casos, ejerce violencia». *(Profesional de la salud mental entrevistada)*

8.3. Recomendaciones y propuestas para la incidencia política

Ante el panorama actual descrito y atendiendo un sistema que no da cuenta de las necesidades de la población, en particular, de las mujeres, adolescentes y niñas, y que no prioriza los cuidados, **se hace evidente la necesidad de un cambio de paradigma**.

Es urgente **incorporar un enfoque de atención en salud mental integral que tenga en cuenta el contexto social, histórico y biográfico** de la persona encima del abordaje individualizado del sufrimiento para comprender un problema de salud mental. Hasta el momento, el paradigma de la atención a la salud mental ha adoptado esta estrategia de fragmentar y compartimentar las experiencias vitales y atender cada uno de los ejes que atraviesan las personas separadamente (la salud mental por una vía, la salud física por otra, etc.). Sin embargo, la experiencia de las mujeres con un problema de salud mental puede estar atravesada por una **multiplicidad de estructuras de opresión**, tales como la precarización laboral, las violencias machistas o el estatus migratorio, entre otras. De esta forma, **desde un enfoque sistémico**, la calidad de las relaciones con el círculo social, las condiciones y el entorno laboral y su impacto en el bienestar y la satisfacción vital **resulta trascendental para la implementación de intervenciones exitosas**. Tener en cuenta esta complejidad es lo que llamamos **adoptar una perspectiva de género interseccional**. No se trata de un enfoque que tenga en cuenta a las mujeres únicamente, sino la diversidad de personas y trayectorias vitales. **Esta mirada será la que garantice los derechos de las mujeres y de todas las personas con problemas de salud mental**.

Así, se propone una **atención que entienda la vida como un todo**, teniendo en cuenta las experiencias propias en el marco comunitario, social y estructural, para dar sentido a los malestares de una manera contextualizada. Dicho de otra forma, se propone abordar la salud mental de manera integral con una **perspectiva que no frag-**

mente las experiencias de las personas. Para ello, es necesario el **trabajo en red de los servicios públicos, privados y comunitarios**. Tanto los servicios y recursos de salud (mental o general), los educativos y ocupacionales, los judiciales y de seguridad, los de atención a las mujeres y los sociales y culturales, así como las asociaciones, deben construir un entramado de relaciones que permitan comprender el contexto de cada una de las mujeres a las que se dirige la atención.

8.3.1. Recomendaciones a los distintos agentes

Se proponen recomendaciones y estrategias estructuradas en tres niveles de actuación:

- a. La práctica profesional.
- b. Los servicios.
- c. Las políticas nacionales, autonómicas y/o locales.

Cabe destacar que las principales aportaciones están focalizadas en **dar respuesta a aquellas necesidades no satisfechas en mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental y en mejorar los servicios de atención con los que ya cuentan**.

La práctica profesional

En el primer plano de actuación, correspondiente a las **prácticas que pueden realizar los equipos profesionales**, se pueden plantear **iniciativas distribuidas en tres ejes**:

- ▶ **Acciones dirigidas a incorporar en el ejercicio de sus funciones una mirada de género, interseccional y de resignificación del malestar subjetivo.**
- ▶ **La omisión de prácticas doblemente estigmatizantes hacia las mujeres con problemas de salud mental.**
- ▶ **La incorporación de procedimientos de información y consulta para la promoción de autonomía de las mujeres.**

Identificación de los elementos sociales y contextuales en la práctica profesional. El mandato común en la Medicina y Psicología es hacer una **lectura del malestar subjetivo** de las mujeres con problemas de salud mental desde la individualidad y las distorsiones cognitivas, poniendo atención y dirigiendo el diálogo hacia esos elementos de la narrativa de las interlocutoras, centralizando el malestar en la paciente.

Esto supone una dificultad para **reconocer los elementos sociales y contextuales** que pueden estar teniendo una función esencial como disparador o agravante de sus problemas de salud mental, y que, al ser trabajado, contribuye a su alivio. Por ello, es necesario, desde un enfoque de género e interseccional, **agudizar la interpretación de sus narrativas para poner foco en la concurrencia de factores obstaculizadores del bienestar** como la sobrecarga de cuidados, las violencias machistas, precarización laboral, experiencias de estigmatización, etc. Es decir, **analizar la situación de las mujeres, adolescentes y niñas desde un prisma sistémico o enfoque biopsicosocial**.

Revisión de creencias y estereotipos de los propios equipos profesionales. En otro punto, es tarea de los y las profesionales **cuestionar las dinámicas relacionales y discursivas** que mantienen con las mujeres con problemas de salud mental que atienden, **reconociendo las creencias estigmatizantes y evitando reproducir prácticas ligadas** entre otras: el cuestionamiento, la infantilización, la invisibilización del malestar, la incredulidad o el capacitismo. En su lugar, la práctica profesional tiene que **promover la autonomía, practicando la escucha activa y respetuosa, evitando el juicio moral, alentándoles en la búsqueda de soluciones, aplicando una perspectiva de género, reconociendo y transformando los prejuicios.**

Garantizar el derecho a la información y la participación activa de las mujeres en sus procesos. Finalmente, es necesario que los y las profesionales puedan aprender y socializar con las mujeres **información clara y concisa sobre su problema de salud mental, la función y los efectos secundarios de los fármacos, las opciones alternativas de tratamiento y opciones de otros recursos** de atención estatal o del tercer sector ante ciertas necesidades no cubiertas, entre otras. Así, es necesaria la implementación de preguntas sobre su **nivel de satisfacción con el tratamiento y servicio, la evaluación personal de cuáles son sus necesidades, cuáles son sus expectativas** etc. Estos actos promueven una **mejor relación terapéutica y mejoran la autoestima y la autonomía personal.**

Los servicios

Por lo que se refiere al plano de los servicios, parece haber un consenso respecto a la percepción de que el **mapa de recursos está representado por entidades autónomas e independientes.**

Trabajo en red. El reto que se plantea es poder **generar una red de servicios y recursos comunitarios que pueda dar respuestas coordinadas y coherentes, que supongan un sostén y apoyo, tanto en el plano profesional como, principalmente, para las mujeres que participan en ellos.** Es así, que se invita a **generar espacios donde tengan cabida las interconsultas y la coordinación entre los diferentes equipos** interventores territoriales.

Mirada integral de la intervención. Ello es coherente y compatible, también, con la **incorporación de un enfoque integral de los servicios que evite compartimentar o fragmentar las problemáticas de las mujeres, y que, por lo contrario, atienda sus necesidades desde la cohesión con una perspectiva holística y comprensión interseccional.**

Revisión del marco desde el que se han diseñado los servicios. Muchos recursos responden a una **lógica androcéntrica (y adultocéntrica)** de necesidades y realidades basadas en un universal masculino que muchas veces excluye realidades y necesidades de las mujeres y niñas.

Autocuidados para los equipos profesionales. En consonancia, y para poder garantizar prácticas de cuidado empáticas y humanas, **se tienen que poder priorizar espacios de autocuidado entre los equipos profesionales** para evitar una ciclicidad de buenos tratos que, inevitablemente, **impacta en la salud mental sistémica y colectiva.**

Las políticas nacionales, autonómicas y/o locales

Por último, **sobre propuestas de políticas nacionales, autonómicas o locales** que contribuyan a mejorar los servicios de atención a mujeres con problemas de salud mental, estas **pueden clasificarse en tres ejes principales**:

- ▶ **El diseño de políticas con perspectiva de género e interseccionalidad.**
- ▶ **Generación de un plan de mejora para el acceso a servicios disponibles.**
- ▶ **La incorporación de los y las familiares de las mujeres con problemas de salud mental como personas beneficiarias directas de los servicios de atención en salud mental.**

El diseño de políticas con perspectiva de género interseccional. Se propone la **planificación y ejecución de programas, servicios y recursos** (sanitarios, educacionales, ocupacionales y sociales) **que reconozcan las diferentes necesidades de atención que son prioritarias en las mujeres con problemas de salud mental, entendiendo las desigualdades estructurales que experimenta este grupo en particular y las circunstancias vitales inherentes a la condición de ser mujer.** Más aún, desde una mirada interseccional, considerando las diferentes realidades entre grupos de mujeres (migrantes, de sectores rurales, distinto rango etario, orientación sexual, etc.), corresponde ampliar y diversificar la oferta de programas, servicios y/o recursos, o bien, establecer protocolos claros de derivación y trabajo interinstitucional entre entidades de diferentes sectores.

Por lo demás, es imperante que a la par de la creación de programas, servicios y/o recursos que garanticen la accesibilidad acorde a la realidad, demandas y necesidades de estas mujeres y niñas, se desarrolle un **proceso continuo de capacitación a los equipos profesionales** para una praxis con perspectiva de género e interseccionalidad que conlleve a un trato desestigmatizante, humano, empático y respetuoso. También es necesario el establecimiento de **planes de trabajo elaborados desde una mirada psicosocial y sistémica**, más que biomédica e individualizada.

Esto incluye una amplia oferta de cartera de servicios y la inversión en los recursos materiales (por ejemplo, pisos supervisados para mujeres migrantes con problemas de salud mental que han experimentado violencias machistas, residencias de día para mujeres mayores, incentivos económicos a empresas para la incorporación de mujeres con problemas de salud mental en cargos de gestión) y humanos necesarios para su funcionamiento. Finalmente, considerando los resultados del estudio, sería recomendable hacer énfasis en la **ejecución de programas de acompañamiento a mujeres cuidadoras, concienciación** sobre violencias machistas, promoción de **la participación social comunitaria** en todos los espacios y **lucha contra el estigma social y la soledad**, entre otras temáticas necesarias de atención.

Plan de mejora para el acceso a los recursos. En el estudio se destaca una serie de dificultades de acceso a los servicios, que responde a obstáculos externos producidos por un mal funcionamiento y gestión de los servicios a nivel estructural, así como una tramitación burocrática que no responde a las necesidades. Esto hace relevante la **generación de un plan de mejora para el acceso a servicios disponibles, que logre agilizar y mejorar la calidad de la atención** (menores tiempos de espera y continuidad en las horas de atención, menor rotación de personal, descentralización de los servicios, entre otros). Algunas iniciativas que podrían, eventualmente, lograr dicho objetivo serían una mayor inversión de fondos **para aumentar** la disponibilidad de recursos de atención en zonas que carecen de centros especializados, la facilitación de servicios de transporte gratuitos a centros asistenciales en zonas rurales o servicios de atención domiciliarios, el aumento en la contratación de profesionales especialistas en salud mental (psiquiatría y psicología) y de asistencia personal, la creación de espacios de

autocuidado instaurados desde los programas, grupos de apoyo mutuo para las mujeres y niñas con problemas de salud mental y la aplicación de incentivos de formación dirigidos a profesionales.

Las familias como usuarias del sistema. Finalmente, se propone la **incorporación e implementación de políticas públicas con cobertura legal y plan de apoyo estatal a familiares** de mujeres con problemas de salud mental (servicios y recursos especializados, ayudas sociales a personas cuidadoras, psicoeducación en clave de género, etc.) que se enfoque en la **psicoeducación para el acompañamiento de mujeres** con problemas de salud mental y el **fortalecimiento de la familia como una red de apoyo**; además del apoyo directo al grupo familiar en términos socioemocionales, de información sobre recursos y económicos, especialmente en el caso de figuras que asumen roles de cuidado.

8.3.2. Propuestas para la incidencia política

La incidencia política para revertir las desigualdades de género y la vulneración de los derechos de las mujeres con problemas de salud mental en el Estado español es un **tema urgente que requiere un enfoque integral**. Para crear estrategias eficaces, se deben considerar varios aspectos en distinto nivel. A continuación, se proponen **5 líneas estratégicas clave** y se concretan a través de propuestas más definidas:



Sensibilización para la visibilización del problema

1. **Campañas de concienciación pública:** Es aconsejable el **fomento de campañas de sensibilización para una mayor visibilidad de las mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental**. Las campañas deberían tener un enfoque que **asegure la perspectiva de género interseccional**. Será conveniente que se incluya a estas mujeres, adolescentes y niñas y sus testimonios pues tienen experiencia propia en la intersección. Los canales a utilizar pueden ser varios y complementarse: redes sociales, plataformas digitales, etc., difundiendo mensajes que humanicen el problema.
2. **Formación y reciclaje en salud mental y género:** Impulsar la creación de **itinerarios formativos, cursos y seminarios dirigidos a profesionales que intervienen con estas mujeres**, con especial incidencia sobre las y los profesionales de recursos sociosanitarios de la medicina, psicología, psiquiatría, trabajo social, educación social, terapia ocupacional, integración social, etc., para que desarrollen competencias específicas en la atención a mujeres con problemas de salud mental, considerando su contexto social y de género.

— **Propuesta 1:** Colaborar con universidades y asociaciones de salud mental (dentro y fuera de la red SALUD MENTAL ESPAÑA) para establecer **programas de formación continuada** para profesionales de la salud, y proporcionarles herramientas para la transversalización de la perspectiva de género en su práctica profesional.



Generación de datos e investigaciones

1. **Investigación sobre desigualdad de género y salud mental:** Es fundamental **invertir en investigación** para obtener rigor científico, datos fiables, veraces y realistas que ayuden a comprender mejor y profundizar en cómo las mujeres se ven afectadas en su salud mental y las desigualdades de género reflejando sus realidades para poder analizarlas.

— **Propuesta 2:** Diseñar, implementar, fomentar y difundir **más estudios sobre las violencias machistas en mujeres, adolescentes y niñas con problemas de salud mental** y sobre la relación de la feminización de la pobreza y la salud mental.

2. **Recogida de datos desagregados por género:** Es clave tener **datos específicos sobre la prevalencia de problemas de salud mental entre las mujeres para poder diseñar políticas que respondan adecuadamente a sus necesidades**. Esto podría incluir **datos sobre mujeres por rangos etarios y otras variables** (geográficas, orientación sexual, educación, ocupación, ingresos, procesos migratorios, ruralidad, entre otras).

— **Propuesta 3:** Crear **un sistema de registro** y monitoreo en centros de salud que recoja, de manera desagregada, las **condiciones de salud mental en función del género** para identificar tendencias y brechas en el acceso y calidad del tratamiento.

— **Propuesta 4:** Crear **indicadores específicos** para medir el acceso y la calidad de los servicios de salud mental para las mujeres, su grado de bienestar, así como el impacto de las políticas de igualdad.

— **Propuesta 5:** **Monitorizar los indicadores** a partir de un Observatorio que pueda **emitir recomendaciones para ajustar las políticas y normativas conforme a las necesidades emergentes**.



Creación y fortalecimiento de alianzas estratégicas

1. **Crear redes de apoyo interinstitucionales:** Trabajar en la creación de redes de colaboración entre entidades no especializadas en salud mental, asociaciones feministas, universidades y organismos gubernamentales, para crear una **agenda de incidencia política común**. Esta red puede organizar **mesas redondas**, comisiones y/o grupos de trabajo, **foros de debate** y **otros espacios** con el fin de elaborar propuestas de reforma legal y de política pública.

— **Propuesta 6:** Fomentar la **alianza entre entidades especializadas en violencias machistas y profesionales de la salud mental** integrando a otras, además, y otros agentes clave para ofrecer programas de atención directa a mujeres que viven violencias machistas. Resulta clave la **identificación de las violencias de género** a través de profesionales no especializados/as en salud mental. Se propone establecer protocolos de cribaje estándar para explorar violencias machistas desde:

- **Los servicios especializados en salud mental para niñas y mujeres adultas.** En caso de identificación de indicadores en infancia desde los servicios de salud mental se debe explorar posible violencia hacia la madre también.
- Las **consultas de pediatría.** Explorar posible violencia de género en el ámbito de la pareja en la madre cuando se identifican indicios de violencias de género en la infancia. Existe una alta correlación entre violencias machistas hacia la infancia por parte de entorno familiar y violencias machistas en el ámbito de la pareja en la madre.

- 2. Colaboración con representantes políticos:** Mantener reuniones con diputados, diputadas, senadoras y senadores para sensibilizar **sobre la necesidad de abordar la salud mental desde una perspectiva de género.** Buscar espacios para la difusión y divulgación de **informes y testimonios** de mujeres afectadas, se pueden presentar propuestas que garanticen los derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental.

- **Propuesta 7:** Crear un **documento de propuestas** que pueda ser firmado por distintos partidos políticos para establecer compromisos que se vean reflejados en políticas públicas en clave de género.



Revisión y mejora de las políticas públicas

- 1. Integración de la salud mental en las políticas de igualdad de género y la perspectiva de género en las políticas de salud.**

- **Propuesta 8:** Crear **servicios y/o recursos compartidos que dependan de distintos ámbitos o miradas profesionales.** Suele suponer una buena oportunidad para fortalecer las políticas públicas compartidas desde diferentes ámbitos (en este caso salud y género). **Destacamos la necesidad de disponer de servicios especializados de apoyo durante el embarazo, el parto, el puerperio y la crianza, en clave de salud mental.** Las mujeres con un trastorno mental que desean ser madres deberían tener la tranquilidad de saber que si sufren una crisis o unas necesidades específicas desde la salud mental fruto del proceso de su maternidad (evitar descompensaciones durante el embarazo y el postparto, monitorizar y acompañar depresiones postparto...) van a estar atendidas en una unidad, donde van a cuidar de ellas y de su hijo o hija, y donde no se sientan «amenazadas» en perder la custodia por su situación de salud mental ni juzgadas.
- **Propuesta 9:** Promover **protocolos específicos y manuales de buenas prácticas desde los distintos servicios y recursos públicos para garantizar los derechos de las mujeres que se han visto vulnerados.** Destacamos la necesidad de desarrollar:
 - **Protocolos en la prevención de las violencias obstétricas para la atención ginecológica y a las sexualidades** para personas con problemas en salud mental para implementar en hospitales y centros sanitarios: respetar los espacios de intimidad en consultas ginecológicas, trabajar en las relaciones jerárquicas entre médico/a-paciente, garantizar el derecho a la información comprensible, reducir o tratar los impactos de la medicación en los procesos reproductivos y sexuales, etc.

- **Programas de educación en salud libre de sesgos de género y estereotipos** sobre las mujeres con problemas de salud mental. Se requiere educación sexual que rompa los tabúes y aborde el placer de las mujeres con problemas de salud mental más allá de los riesgos, los métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades de transmisión sexual.
 - **Propuesta 10: Explorar las maternidades parciales.** Entendiendo que desde una perspectiva capacitista a evitar las competencias «deficientes» para ejercer la maternidad no invalidan completamente la capacidad de ejercerla. Se propone **buscar propuestas consensuadas para ejercer la maternidad de forma parcial**. Plantear soluciones parciales que se puedan ir consolidando o ampliando en función de la evolución de la situación. A pesar del intento de las profesionales (en muchas ocasiones) por plantear maternidades parciales, las normativas no facilitan situaciones suficientemente plásticas que serían incluso valoradas como mejor opción para los niños/as. Sería necesario **explorar cambios normativos** para poder ejercer esta forma de maternidad consensuada desde los servicios de infancia, salud mental y género.
- 2. Reducción de la feminización de la pobreza.** Reducir las dificultades materiales y económicas de las mujeres españolas como forma de prevención de los problemas de salud mental. **Desde un enfoque de género** es necesario poner el foco en la sobrecarga del trabajo y los cuidados.

- **Propuesta 11:** Elaborar una **estrategia estatal contra la feminización de la pobreza**²² que promueva la autonomía económica de las mujeres con problemas de salud mental.
- **Propuesta 12:** Valorar **ayudas económicas para mujeres que ejercen el multiempleo o ejercen como principales cuidadoras** de personas dependientes o como madres monomarentales como estrategia de reducción del impacto de la sobrecarga del trabajo y la precarización material sobre la salud mental de estas mujeres.
- **Propuesta 13:** Generar un pacto con los agentes sociales (patronales y sindicatos mayoritarios) para la **reducción del impacto del trabajo en la salud mental teniendo en cuenta especialmente los riesgos psicosociales y el género**. Así como el **fomento del empleo en mujeres con problemas de salud mental a través de distintas estrategias** como las figuras de apoyo entre pares, asistencia personal o de apoyo mutuo.



Diseñar e implementar un nuevo modelo de intervención

- 1. Diseño e implementación de un cambio de modelo de intervención en la salud mental.** Es necesario diseñar un **modelo de atención de salud mental en clave de género** que sirva como protocolo marco para la intervención en los distintos recursos y servicios del Estado y que tenga en cuenta las dimensiones siguientes:

22. La identificación de las mujeres pobres debe hacerse de forma individualizada. Los cálculos de la pobreza por unidades familiares invisibilizan la pobreza de las mujeres y su dependencia económica respecto a la familia o pareja.

- a. Reforzar el trabajo en red y la atención integral** para romper con la fragmentación de servicios y de intervenciones. Este cambio en la intervención debe implementarse a través de:

- **Propuesta 14:** Crear una **red de referentes de género y violencias machistas** en los recursos y servicios de salud mental.
- **Propuesta 15:** **Fomentar el trabajo en red de los distintos recursos que atienden mujeres.** Requiere que perfiles especialistas en salud mental dediquen **tiempo de calidad** a la coordinación con otros profesionales para integrar y definir las estrategias, sobre todo es especialmente relevante en mujeres que han vivido o viven en contextos de violencias machistas.
- **Propuesta 16:** **Romper con la jerarquía de los recursos y apostar por la referencialidad.** Es decir, que a partir del trabajo en red de diferentes profesionales de distintos recursos y servicios públicos tenga la referencia del caso aquel/la profesional o servicio con el que la mujer tenga un mayor vínculo. Se garantizará una **atención integral** desde el vínculo elegido por la mujer. Esta forma de intervención resulta **imprescindible en el caso de contextos de violencias machistas y salud mental** pero no únicamente en estos supuestos.

- b. Fortalecer el sistema sanitario.** Abogar por un sistema público de salud más inclusivo y accesible, que garantice la respuesta a las necesidades de las mujeres y niñas. Debe haber un enfoque centrado en la **atención integral y sistémica**.

- **Propuesta concreta 17:** Implementar **centros especializados en salud mental para mujeres** donde se puedan ofrecer servicios médicos, psicológicos y sociales, con protocolos específicos que identifiquen y respondan a situaciones de violencia de género y otros factores que afectan la salud mental. Es recomendable garantizar la transversalización de la perspectiva de género en los recursos de la red de salud mental.
- **Propuesta concreta 18:** Fomentar la creación de **programas de salud mental comunitarios** adaptados a las mujeres y sus realidades, teniendo en cuenta si son madres o tienen otras cargas familiares para su conciliación, especialmente en áreas rurales o urbanas con menos acceso a atención especializada.
- **Propuesta concreta 19:** **Mapear recursos y profesionales** clave en la intervención con mujeres con problemas de salud mental que actualmente no forman parte de la red formal, pero pueden tener un papel clave (por ejemplo, auxiliares de ayuda a domicilio). Formación en género, salud mental y trabajo en red desde el sistema sanitario con estos servicios y profesionales.

- c. Integrar la autonomía de las mujeres con problemas de salud mental para el diseño e implementación de este nuevo modelo.** El papel activo de las mujeres, adolescentes y niñas en primera persona y su participación social puede convertirlas en **agentes de cambio**. Para ello es necesario **promover nuevos espacios seguros y participativos** para las mujeres con problemas de salud mental.

- **Propuesta concreta 20:** Establecer **dos figuras de referencia en género** dentro de los sistemas de salud mental, una capitalizada por una figura profesional y otra por una representante de las mujeres en primera persona incluyendo todas las voces en la interlocución y toma de decisiones.

- **Propuesta concreta 21:** Reforzar, apoyar y mantener el papel de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y todas sus entidades asociadas, y la incidencia política que ya vienen realizando.

d. Integrar los enfoques interseccionales. Incorporar la atención para mujeres en situaciones de vulnerabilidad múltiple. **Resulta urgente construir y promover enfoques que reconozcan la complejidad de las situaciones de las mujeres que enfrentan discriminación e intersecciona con diversas variables.** Es necesario ofrecer atención específica para mujeres migrantes, racializadas o que viven en zonas rurales, etc., organizado a su vez por rangos etarios con especial atención a las niñas, jóvenes y mujeres mayores, etc.

- **Propuesta concreta 22:** Mapear los perfiles de mujeres que no llegan a los recursos de salud mental y construir propuestas para aplicar en los servicios juntamente con ellas (asociaciones o grupos que puedan representar estas mujeres).
- **Propuesta concreta 23:** Generar **equipos itinerantes o de medio abierto (*outreachwork*)** con formación en perspectiva de género e interseccionalidad que tengan capacitación médica y en salud mental para atender a mujeres con problemas de salud mental que están atravesadas por distintos ejes de opresión (sinhogarismo, adolescentes, racializadas, etc.).



Fuentes bibliográficas



9. Bibliografía

- ATELSAM SALUD MENTAL (2020).** *Guía de salud mental con perspectiva de género.* <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Salud-Mental-Prespectiva-Genero.pdf>
- ASCASAM (2022).** *Estudio sobre la calidad de vida de las mujeres PSM y su acceso al empleo.* Informe de resultados. https://www.ascasam.org/images/interes/ASCASAM_EstudioMujer.pdf
- AVIFES (2018).** *Investigación sobre la calidad de vida de las mujeres con enfermedad mental.* https://avifes.org/wp-content/uploads/2019/05/AVIFES_supportingwomen.pdf
- AVIFES (2020).** *Estudio sobre las necesidades de las personas con enfermedad mental en Bizkaia en el ámbito residencial y de vida independiente.* <https://avifes.org/wp-content/uploads/2021/05/Estudio-VIVIENDA-AVIFES-2020.pdf>
- Balbo, Laura (1994).** «La doble presencia». En Borderías; Carrasco; Alemany (1994). *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales.* Icaria
- Braun, Virginia y Clarke, Victoria.** (2013). *Successful qualitative research. A practical guide for beginners.* London: Sage.
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP (2020).** *Salud mental en datos, prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria.* Sistema Nacional de Salud. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Cabezas, Andrea (2022).** *Desigualdades de género en salud mental. Análisis de su medicalización desde la perspectiva.* Universidad del País Vasco. <http://hdl.handle.net/10810/54756>
- CERMI (2021).** *Un año sin esterilizaciones forzosas a mujeres con discapacidad en España: la atrocidad que se prohibió 12 años tarde.* <https://cermi.es/noticia/un-ano-sin-esterilizaciones-forzosas-a-mujeres-con-discapacidad-en-espana-la-atrocidad-que-se-prohibio-12-anos-tarde>
- CERMI (2023).** *El capacitismo, estructura mental de exclusión de las personas con discapacidad.* <https://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2023/02/el-capacitismo.pdf>
- COCEMFE (2020).** *Manual básico sobre género y discapacidad.* <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2020/06/COCEMFE-manual-genero-discapacidad.pdf>
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023).** *La situación de la salud mental en España.* <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estudio-situacion-salud-mental-2023.pdf>

- Diputació de Barcelona (2007).** *Agents d'igualtat de gènere: Una nova professió*. Colección: Documents de Treball, Serie: Igualtat i Ciutadania, 2. https://llibreria.diba.cat/es/libro/agents-d-igualtat-de-genere-una-nova-professio_36862
- Direcció General de Serveis Socials (2023).** *Salut mental, perspectiva de gènere i atenció de les violències masclistes des de serveis socials*. Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya. https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/07dones/salut_mental_perspectiva_genere_atencio_violencies_masclistes_serveis_socials/salut-mental-v2.pdf
- ENE Life Publicidad SA y AAVV (2010).** *Manual del Residente en Psiquiatría*. <https://www.bioeticadesdeasturias.com/wp-content/uploads/2019/04/Manual-del-Residente-en-Psiquiatr%C3%ADa.pdf>
- ENSE (2017).** *Serie informes monograficos salud mental. Informe #1 SALUD MENTAL*. SG Información Sanitaria Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
- FEAFES SALUD MENTAL EXTREMADURA (2020).** *Derechos Humanos y salud mental*. https://www.feafesextremadura.com/wp-content/uploads/2022/12/Declaracion_Derechos_humanos_en_salud-mental.pdf
- FEAFES SALUD MENTAL EXTREMADURA y (2020).** *Mujer y salud mental*. https://www.feafesextremadura.com/wp-content/uploads/2020/12/Guia_Mujer_y_Salud_Mental.pdf
- FEDEAFES (2014).** *Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres en Fedefes*. https://www.mujerysaludmental.org/sites/default/files/fedeafes_folleto-empoderamiento-mujeres_recomendaciones-conclusiones.pdf
- FEDEAFES (2017).** *Guía Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental*. https://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2017/06/GUIA_Fedeafes_estudio-violencia-genero-mujeres-con-enfermedad-mental_guia_web.pdf
- Federación Mujeres Progresistas (2020).** *Buenas prácticas para la aplicación de la perspectiva de género en Salud. Guía + Decálogo*. Programa «En clave saludable. Los determinantes de género en la salud de las mujeres». Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social. <https://fmujeresprogresistas.org/wp-content/uploads/2020/12/Guia-decalogo-Buenas-practicas-En-clave-saludable-2020.pdf>
- Federación SALUD MENTAL Castilla y León (2023).** *Guía de salud mental y violencia de género*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Salud-Mental-Violencia-Genero-Salud-Mental-CYL.pdf>
- Linardelli, Maria Florencia (2015).** *Salud mental y género: Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/45563>
- Lozano, Anthony Jean Pierr y Tantacuré, Dina Milagros (2021).** *Construcción social de enfermedad mental y estigmatización en el PJ Atusparia, distrito de José Leonardo Ortiz*. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9311>
- Obertament, Universitat Autònoma de Barcelona y Spora Sinergies (2016).** *El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estigma-salud-mental-2016.pdf>
- Pujal, Margot (2019).** *Apuntes para una salud mental inclusiva, duelo a la identidad de género y reconocimiento de la heterogeneidad de la experiencia*. <https://vocesinvisibles.home.blog/wp-content/uploads/2019/06/abordaje-inclusivo.pdf>

Marijuan, Mabel y Carneiro, Paula (2023). Una nueva mirada sobre la autonomía y la enfermedad mental para el siglo XXI. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (22), 1-15. <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/20228>

OMS (2022). *Salud mental, fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS (2023). *Mental Health, Human Rights and Legislation*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>

Ruiz-Lopez et al (2017). La doble presencia en las trabajadoras femeninas: equilibrio entre el trabajo y la vida familiar <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6295960>

Torales, J., Barrios, I., & Moreno, M. (2017). Modelos explicativos en psiquiatría. *Revista Científica de la UCSA*, 4(3), 59-70. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2409-87522017000300059

Llobet, C. V., Banqué, M., Fuentes, M., & i Solsona, J. O. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 9-22.

Valls, Carme (2009). *Mujer salud y poder*. Catedra. Colección: Feminismos, Madrid.

Valls, Carme (2020). *Mujeres invisibles para la medicina. Desvelando nuestra salud*. Capitán Swing. Madrid.



Anexos



Anexo A. Guiones de los grupos focales y entrevistas

Grupos focales

Mujeres

1. Bienvenida e Introducción

Moderadora:

- Saludo inicial y presentación personal de la moderadora y equipo.
- Explicación breve del objetivo del grupo focal.
- Explicación de la confidencialidad.
- Mención de la grabación.
- Instrucciones sobre la dinámica.
- Agradecimiento por la participación.

2. Presentación de las Participantes

- Moderadora realiza invitación a presentarse (por ejemplo: con nombre, real o ficticio, y compartir algo sobre sí mismas, como territorio y qué fue lo que les motivó a participar de la sesión)

3. Contextualización del Tema

- La moderadora presenta de manera breve algunos datos sobre la Salud Mental en España, específicamente en términos de género.

4. Discusión Principal

Bloque 1: Experiencias Personales de Salud Mental

- **Pregunta 1:** «¿Qué significa para ustedes la palabra «salud mental»? ¿Cómo lo definirían desde su propia experiencia?».

[Otras preguntas: ¿Cuáles son las situaciones que viven como adolescentes y que afecta su salud mental?].

Bloque 2: Factores Sociales y Culturales

- **Pregunta 2:** «En su opinión, ¿qué papel juegan factores como el género, la cultura o la situación económica en la salud mental de las mujeres en España?».

[Otras preguntas: ¿Creen que las mujeres en España tienen las mismas oportunidades que los hombres para cuidar su salud mental? ¿Por qué o por qué no?].

Bloque 3: Acceso a Recursos y Apoyo

- **Pregunta 3:** «¿Han buscado o recibido apoyo para vuestra salud mental en algún momento? ¿Cómo ha sido su experiencia?».

[Otras preguntas: ¿Qué opinan sobre los servicios de salud mental disponibles en España? ¿Son accesibles y adecuados? – ¿Qué tipo de apoyo o recursos adicionales creen que serían útiles para mejorar la salud mental de las mujeres?].

Bloque 4: Estigmas y Barreras

- **Pregunta 4:** «¿Qué barreras o estigmas creen que existen en torno a la salud mental de las mujeres en la sociedad?».

[Otras preguntas: «¿Han sentido alguna vez qué hablar de su salud mental o buscar ayuda ha sido un desafío debido al estigma? ¿Cómo lo han manejado?»].

Bloque 5: Propuestas y Soluciones

- **Pregunta 5:** «¿Qué sugerencias o soluciones propondrían para mejorar la atención y el apoyo a la salud mental de las mujeres en España?».

[**Otras preguntas:** ¿Cómo creen que se podría fomentar un ambiente más comprensivo y abierto hacia la salud mental?].

5. Resumen y Cierre**Moderadora:**

Resumen de los temas clave discutidos: Para resumir, hemos hablado sobre [mencionar los temas principales].

- **Pregunta final abierta:** ¿Hay algo más que les gustaría añadir o alguna otra reflexión que quieran compartir antes de terminar?

Agradecimiento final

Información sobre los próximos pasos.

Familiares**1. Bienvenida e Introducción****Moderadora:**

- Saludo inicial y presentación personal de la moderadora y equipo.
- Explicación breve del objetivo del grupo focal.
- Mención de la grabación y explicación de la confidencialidad.
- Instrucciones sobre la dinámica.

2. Presentación de las Participantes

Moderadora realiza invitación a presentarse (por ejemplo: con nombre, real o ficticio, y compartir algo sobre sí mismas, como territorio y qué fue lo que les motivó a participar de la sesión)

3. Discusión Principal (Se proyecta presentación PPT)

Bloque 1: Experiencias Personales de Salud Mental

- **Pregunta 1:** «¿Cómo creen que es la situación actual de la salud mental de niñas, adolescentes y mujeres adultas en España?».

Bloque 2: Factores Sociales y Culturales

- **Pregunta 2:** «En su opinión, ¿qué papel juegan factores como el género, la cultura o la situación económica en la salud mental de las mujeres en España?».

[Otras preguntas: ¿Creen que las mujeres en España tienen las mismas oportunidades que los hombres para cuidar su salud mental? ¿Por qué o por qué no?].

Bloque 3: Acceso a Recursos y Apoyo

- **Pregunta 3:** «¿Ustedes o su familiar han buscado o recibido apoyo para su salud mental en algún momento? ¿Cómo ha sido su experiencia?».

[Otras preguntas: ¿Qué opinan sobre los servicios de salud mental disponibles en España? ¿Son accesibles y adecuados? – ¿Qué tipo de apoyo o recursos adicionales creen que serían útiles para mejorar la salud mental de las mujeres?].

- **Pregunta 4:** «¿Qué sugerencias o soluciones propondrían para mejorar la atención y el apoyo a la salud mental de las mujeres en España?».

[Otras preguntas: ¿Cómo creen que se podría fomentar un ambiente más comprensivo y abierto hacia la salud mental?].

Bloque 3: Experiencias como familiares

- **Pregunta 5:** ¿Cuáles han sido los principales desafíos que han tenido como familiares de una niña, adolescente o mujer adulta con problemas de salud mental?

- **Pregunta 6:** ¿Existen formas de autocuidado que tienen como familiares? ¿Cuáles son sus mecanismos? ¿Podrían compartirlos con los demás?

4. Resumen y Cierre

Moderadora:

- Resumen de los temas clave discutidos: «Para resumir, hemos hablado sobre» [mencionar los temas principales].
- Pregunta final abierta: ¿Hay algo más que les gustaría añadir o alguna otra reflexión que quieran compartir antes de terminar?
- Agradecimiento final
- Información sobre los próximos pasos («Próximamente se publicarán los resultados de este informe, por lo que pueden acceder a estos»)

Profesionales que trabajan con mujeres adultas

1. Bienvenida e Introducción

Moderadora:

- Saludo inicial y presentación personal de la moderadora y equipo.
- Explicación breve del objetivo del grupo focal.
- Explicación de la confidencialidad.
- Mención de la grabación.
- Instrucciones sobre la dinámica.
- Agradecimiento por la participación.

2. Presentación de las Participantes

Moderadora realiza invitación a presentarse (por ejemplo: con nombre, real o ficticio, y compartir algo sobre sí mismas, como territorio y qué fue lo que les motivó a participar de la sesión).

3. Discusión Principal

Bloque 1: Significados sobre la Salud Mental

- ⦿ **Pregunta:** ¿Cuál ha sido su experiencia profesional en la atención y apoyo a mujeres con problemas de salud mental?

Bloque 2: Factores Sociales y Culturales

- ◉ **Pregunta 1:** ¿Cómo describirían la situación actual de la salud mental en España (o en su Comunidad Autónoma), específicamente en relación a mujeres [o niñas]?
- ◉ **Pregunta 2:** En su opinión, ¿qué papel juegan factores como el género, la cultura o la situación económica en la salud mental de las mujeres con las que ustedes trabajan?

[Otras preguntas: ¿Creen que las mujeres en España tienen las mismas oportunidades que los hombres para cuidar su salud mental? ¿Por qué o por qué no?].

Bloque 3: Estigmas y Barreras

- ◉ **Pregunta:** ¿Qué medidas cree que se pueden tomar para reducir el estigma asociado con los problemas de salud mental en este grupo?

Bloque 4: Propuestas y Soluciones

- ◉ **Pregunta 1:** ¿Qué mejoras o cambios cree que son necesarios en las políticas públicas para mejorar la salud mental de este grupo?
- ◉ **Pregunta 2:** ¿Qué mejoras o cambios cree que son necesarios en el funcionamiento de los servicios y de los equipos profesionales para mejorar la salud mental de este grupo?

Bloque 5: Experiencias personales

- ◉ **Pregunta 1:** ¿Cuáles han sido los principales desafíos personales que ha tenido como profesional en su labor?
- ◉ **Pregunta 2:** ¿Cuáles son los principales factores externos (como condiciones laborales, disponibilidad de los recursos, etc) que han sido un desafío a la hora de atender a mujeres [o niñas] con problemas de salud mental?
- ◉ **Pregunta 3:** ¿Existen formas o mecanismos de autocuidado en los propios equipos respecto al trabajo que realizan?
- ◉ **Pregunta 4:** ¿Qué cambios (por ejemplo, en el tipo de problemática o necesidad de las mujeres o niñas, cambios en el apoyo que se les brinda, número de consultantes, etc) ha observado en su práctica profesional a lo largo de los años?

4. Resumen y Cierre

Moderadora:

- Resumen de los temas clave discutidos: Para resumir, hemos hablado sobre [mencionar los temas principales].
- Pregunta final abierta: ¿Hay algo más que les gustaría añadir o alguna otra reflexión que quieran compartir antes de terminar?
- Agradecimiento final
- Información sobre los próximos pasos.

Profesionales que trabajan con niñas y adolescentes

1. Bienvenida e Introducción

Moderadora:

- Saludo inicial y presentación personal de la moderadora y equipo.
- Explicación breve del objetivo del grupo focal.
- Explicación de la confidencialidad.
- Mención de la grabación.
- Instrucciones sobre la dinámica.
- Agradecimiento por la participación.

2. Presentación de las Participantes

Moderadora realiza invitación a presentarse (por ejemplo: con nombre, real o ficticio, y compartir algo sobre sí mismas, como territorio y qué fue lo que les motivó a participar de la sesión)

3. Discusión Principal

Bloque 1: Significados sobre la Salud Mental

- ⦿ **Pregunta:** ¿Cuál ha sido su experiencia profesional en la atención y apoyo infancia y adolescencia con problemas de salud mental?

Bloque 2: Factores Sociales y Culturales

- ◉ **Pregunta 1:** ¿Cómo describirían la situación actual de la salud mental en España (o en su Comunidad Autónoma), específicamente en relación con niñas y adolescentes?
- ◉ **Pregunta 2:** En su opinión, ¿qué papel juegan factores como el género, la cultura o la situación económica en la salud mental de las niñas y adolescentes con las que ustedes trabajan?

[Otras preguntas: ¿Creen que las mujeres en España tienen las mismas oportunidades que los hombres para cuidar su salud mental? ¿Por qué o por qué no?].

Bloque 3: Estigmas y Barreras

- ◉ **Pregunta:** ¿Qué medidas cree que se pueden tomar para reducir el estigma asociado con los problemas de salud mental en este grupo?

Bloque 4: Propuestas y Soluciones

- ◉ **Pregunta 1:** ¿Qué mejoras o cambios cree que son necesarios en las políticas públicas para mejorar la salud mental de este grupo?
- ◉ **Pregunta 2:** ¿Qué mejoras o cambios cree que son necesarios en el funcionamiento de los servicios y de los equipos profesionales para mejorar la salud mental de este grupo?

Bloque 5: Experiencias personales

- ◉ **Pregunta 1:** Cuáles han sido los principales desafíos personales que ha tenido como profesional en su labor?
- ◉ **Pregunta 2:** ¿Cuáles son los principales factores externos (como condiciones laborales, disponibilidad de los recursos, etc.) que han sido un desafío a la hora de atender a mujeres [o niñas] con problemas de salud mental?
- ◉ **Pregunta 3:** ¿Existen formas o mecanismos de autocuidado en los propios equipos respecto al trabajo que realizan?
- ◉ **Pregunta 4:** ¿Qué cambios (por ejemplo, en el tipo de problemática o necesidad de las niñas y adolescentes, cambios en el apoyo que se les brinda, número de consultantes, etc.) ha observado en su práctica profesional a lo largo de los años?

🕒 Resumen y Cierre

Moderadora:

- Resumen de los temas clave discutidos: Para resumir, hemos hablado sobre [mencionar los temas principales].
- Pregunta final abierta: ¿Hay algo más que les gustaría añadir o alguna otra reflexión que quieran compartir antes de terminar?
- Agradecimiento final
- Información sobre los próximos pasos.

Entrevistas

Mujeres

Explicar que es una entrevista semiestructurada, en la cual se dispondrá de un guion pero que se irá desarrollando a partir de lo que comente la persona entrevistada.

Remarcar la confidencialidad de la entrevista. Si se destaca alguna cita textual para poder enfatizar alguna observación, se realizará de forma anónima (sin indicar nombre).

[Una vez iniciada la grabación, solicitar consentimiento para grabar la entrevista y para analizar y difundir los datos obtenidos]

I. **Presentación:** Invitarles a presentarse de forma libre (lugar de nacimiento, edad, estructura familiar, ocupación, intereses personales, o cualquier otro dato que quisiera entregar).

II. **Antecedentes sobre diagnóstico y tratamiento**

- ¿Se encuentra actualmente en tratamiento por su problema de salud mental y/o diagnóstico? ¿O ha estado en tratamiento? Si es así, ¿De qué tipo? (farmacológico, psicoterapéutico, ayudas sociales, hospitalización, programas de inserción laboral, etc.).
- ¿Cuál considera que es el impacto que tu problema de salud mental y/o diagnóstico de salud mental ha tenido en su vida? (indagar en aspectos personales, relacionales, laborales, económicos, etc.)
- ¿Cree que las personas que tienen algún problema de salud mental y/o diagnóstico sufren algún tipo de discriminación? ¿Es su caso? Si es así ¿Cómo cree que le ha afectado o ha afectado a las personas en general?

III. **Experiencia personal en servicios de atención**

- **Calidad de la atención**

- ¿Cómo describiría la calidad de la atención que has recibido? ¿Por qué?
- ¿Siente que tus necesidades han sido atendidas de manera adecuada?
- Obstáculos para acceder a servicios
- ¿Ha encontrado alguna dificultad para acceder a los servicios que necesitas
- ¿Ha encontrado alguna barrera por parte de los servicios de salud para el acceso a la atención? ¿Y en servicios sociales, educativos y/o laborales?

■ Trato de los equipos profesionales y participación en su tratamiento

- ¿Ha sentido que los profesionales de los servicios de atención le han tratado con respeto y le han escuchado? (Si se da el caso, indagar en experiencias de malas prácticas, contexto en el que sucedió, etc.).
- ¿Siente que le han proporcionado suficiente información sobre su diagnóstico y/o tratamiento?
- ¿Ha tenido la oportunidad de participar en las decisiones sobre su tratamiento?

IV. Propuestas de mejora en la atención

- ¿Qué cambios cree que serían necesarios para mejorar la atención a mujeres con problemas de salud mental y/o diagnóstico de salud mental?
- ¿Qué sugerencias tiene para los equipos profesionales que atienden a mujeres con problemas de salud mental y/o diagnóstico de salud mental?
- ¿Qué tipo de apoyo adicional cree que sería beneficioso para mejorar la atención a mujeres con problemas de salud mental y/o diagnóstico de salud mental?
- ¿Hay algo más que le gustaría compartir?

Familiares

Es una entrevista semiestructurada, es decir, se dispondrá de un guion orientativo donde se expondrán las principales preguntas.

La duración máxima de la entrevista será de 1 hora y el formato será telemático (se facilitará un enlace de zoom previo al día de la entrevista).

La entrevista será confidencial y anónima. *Si se destaca alguna cita textual de la persona entrevistada para poder enfatizar una afirmación, se escribirá de forma anónima (sin indicar nombre).*

I. Presentación de la persona entrevistadora y de la persona entrevistada.

II. Percepción personal.

A continuación, se destacan **4 bloques** de preguntas para ordenar la entrevista. Estas preguntas hacen referencia principalmente a las siguientes dimensiones: salud y bienestar; tiempo libre y participación social; ocupación y vivienda; y violencias machistas.

- ¿Cuáles son las principales necesidades que identifican para las mujeres con problemáticas de salud mental?

- ¿Puede decirnos alguna discriminación o desigualdad que identifique para mujeres con problemas de salud mental? ¿Quiere compartirnos alguna desigualdad específica o discriminación que haya vivido su familiar por el hecho de ser una mujer con problemas de salud mental?
- ¿Has observado alguna dificultad o barrera que experimente ts familiar para acceder a servicios de atención y acompañamiento?
- ¿Qué cambios cree que serían necesarios para mejorar la atención a mujeres con problemas de salud mental y/o diagnóstico de salud mental?

Profesionales

[Una vez iniciada la grabación, solicitar consentimiento para grabar la entrevista y para analizar y difundir los datos obtenidos]

I. **Presentación:** Invitarles a presentarse con su nombre, edad, profesión y lugar de trabajo.

II. **Preguntas generales sobre el trabajo en Salud Mental:**

■ **Experiencias profesionales:**

- ¿Cuál ha sido su experiencia profesional en la atención y apoyo a mujeres [o niñas] con problemas de salud mental?

■ **Descripción del Panorama Actual:**

- ¿Cómo describiría la situación actual de la salud mental en España (o en su Comunidad Autónoma), específicamente en relación a mujeres [o niñas]?
- ¿Cuáles cree que son las principales necesidades que demandan las mujeres con problemas de salud mental en su área de trabajo? (Social, laboral, sanitaria y/o educacional)

■ **Factores Contextuales:**

- De acuerdo a su parecer ¿Cuáles serían los principales factores contextuales (socioeconómicos, culturales, familiares, etc.) que afectan la salud mental de mujeres [o niñas] con las que usted trabaja/ atiende?
- ¿Cómo influyen estos factores contextuales en la calidad de vida de estas mujeres [o niñas] (por ejemplo, en sus relaciones interpersonales, su bienestar emocional, etc)?

■ **Concienciación y Estigmatización:**

- ¿Cómo valora el nivel de concienciación sobre la salud mental de mujeres [o niñas] en la sociedad española (o en su propia Comunidad Autónoma)?
- ¿Qué medidas cree que se pueden tomar para reducir el estigma asociado con los problemas de salud mental en este grupo?

III. Preguntas sobre los servicios de atención a mujeres con problemas de salud mental (evaluación y propuestas de mejora)

■ Diferencias en Atención:

- ¿Cree que hay diferencias significativas en la atención por razones de género? Si es así, ¿cuáles son?

■ Evaluación del acceso y disponibilidad de los servicios:

- ¿Cómo cree que es el acceso y la disponibilidad de servicios en salud mental para mujeres [o niñas] con problemas de salud mental? (Tratamiento psicológico, farmacológico, hospitalizaciones, grupos de apoyo, entre otros)
- ¿Cuáles cree que son los principales obstáculos (personales y externos) que dificultan el acceso a servicios en salud mental para las mujeres [o niñas]? (Tratamiento psicológico, farmacológico, hospitalizaciones, grupos de apoyo, entre otros)

■ Necesidades de atención:

- ¿Cuáles cree que son las principales necesidades de atención que manifiestan las mujeres [o niñas] con problemas de salud mental en su área?

■ Colaboración Interdisciplinaria:

- ¿Cómo es la colaboración entre diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, trabajo social, etc.) para abordar la salud mental de mujeres [o niñas] en el lugar o territorio donde trabaja?

■ Propuestas de mejora:

- ¿Qué mejoras o cambios cree que son necesarios en las políticas públicas para mejorar la salud mental de este grupo?
- ¿Qué mejoras o cambios cree que son necesarios en el funcionamiento de los servicios y de los equipos profesionales para mejorar la salud mental de este grupo?

IV. Preguntas sobre la experiencia profesional de los y las entrevistados/as

- ¿Cuáles han sido los principales desafíos personales que ha tenido como profesional en su labor?
- ¿Cómo describirías el vínculo que sostiene (usted o su equipo) con las mujeres [o niñas] con problemas de salud mental a quienes brindan atención?
- ¿Cuáles son los principales factores externos (como condiciones laborales, disponibilidad de los recursos, etc) que han sido un desafío a la hora de atender a mujeres [o niñas] con problemas de salud mental?
- ¿Existen formas o mecanismos de autocuidado en los propios equipos respecto al trabajo que realizan?
- ¿Qué cambios (por ejemplo, en el tipo de problemática o necesidad de las mujeres o niñas, cambios en el apoyo que se les brinda, número de consultantes, etc) ha observado en su práctica profesional a lo largo de los años?

Cargos políticos

[Una vez iniciada la grabación, solicitar consentimiento para grabar la entrevista y para analizar y difundir los datos obtenidos]

■ **Presentación de la entrevistada:**

- Invitarle a presentarse con su nombre, edad, profesión
- ¿Cuál es su rol en el Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad?
- ¿Cuál ha sido su experiencia en el apoyo a mujeres con problemas de salud mental?

■ **Contexto de la salud mental en mujeres:**

- ¿Cómo describiría la situación actual de la salud mental de las mujeres en España?
- ¿Cuáles son los principales factores que afectan la salud mental de las mujeres? (socioeconómicos, culturales, familiares, etc.)

■ **Evaluación de necesidades específicas:**

- ¿Cuáles son las principales necesidades de atención para las mujeres con problemas de salud mental?
- ¿Hay algún grupo de mujeres (por edad, nivel socioeconómico, etnia, etc.) que necesite una atención diferenciada?

■ **Políticas y estrategias en salud pública**

- ¿Cuál es la política actual del Ministerio en relación con la salud mental de las mujeres?
- ¿Cómo se abordan las diferencias de género en los servicios de salud mental?

■ **Colaboración interinstitucional**

- ¿Cómo podría mejorarse la colaboración entre el sistema de salud y otras organizaciones para un mejor apoyo?

■ **Evaluación del acceso y disponibilidad de los servicios**

- ¿Cuáles son las principales barreras que enfrentan las mujeres para acceder a los servicios de salud mental?
- ¿Cómo influyen factores como la violencia de género o la pobreza en el acceso y la calidad de los servicios?

■ **Propuestas de mejora**

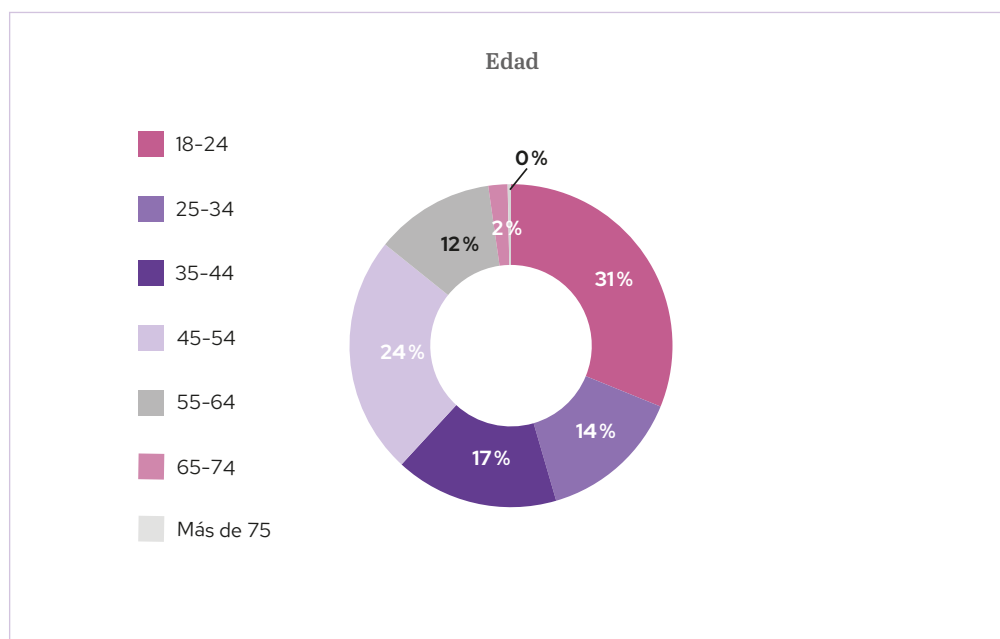
- ¿Qué mejoras cree que son necesarias en las políticas públicas y servicios para mejorar la salud mental de las mujeres?

Anexo B. Perfiles de las muestras de las encuestas²³

A continuación, se muestran los datos sociodemográficos de las personas participantes en las encuestas.

Mujeres con problemas de salud mental

Gráfico 22. Distribución por edad de las participantes



23. Todos los gráficos y tablas de este anexo son de elaboración propia

Tabla 16. Distribución por edad de las participantes

	¿Qué edad tienes?
18-24	276
25-34	127
35-44	145
45-54	212
55-64	106
65-74	17
75 o más	3
Total general	886

Figura 5. Distribución por provincias de las participantes

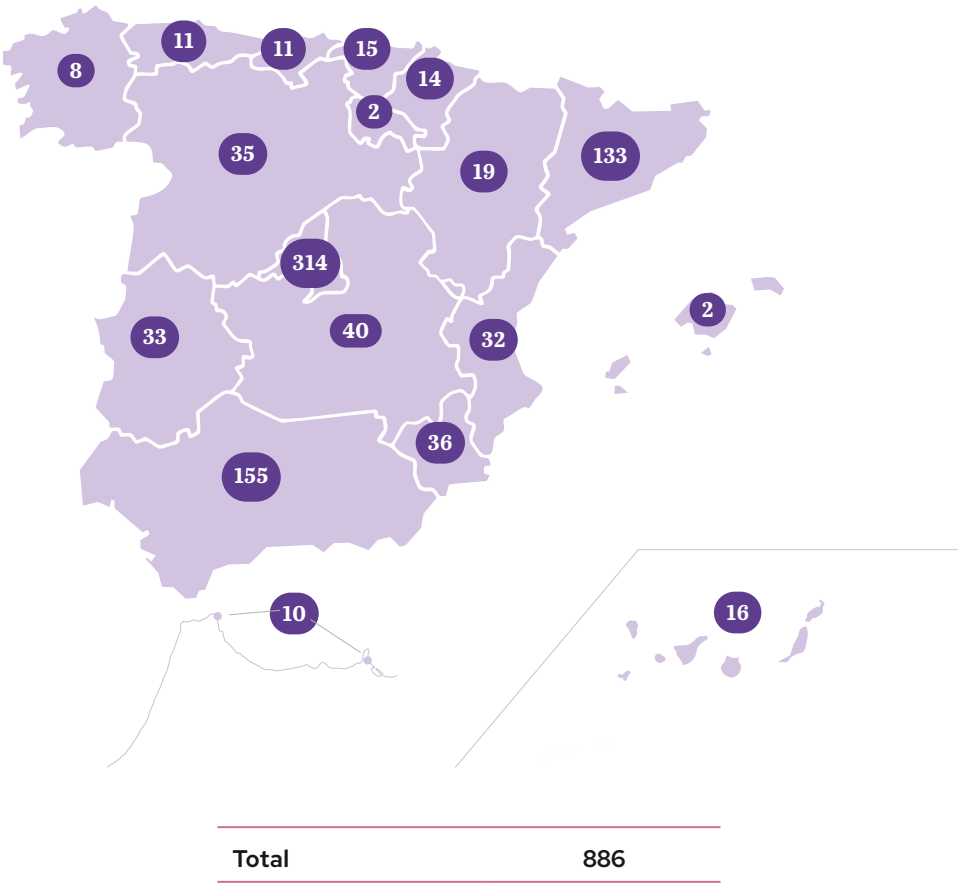


Gráfico 23. Distribución por identificación de género de las participantes

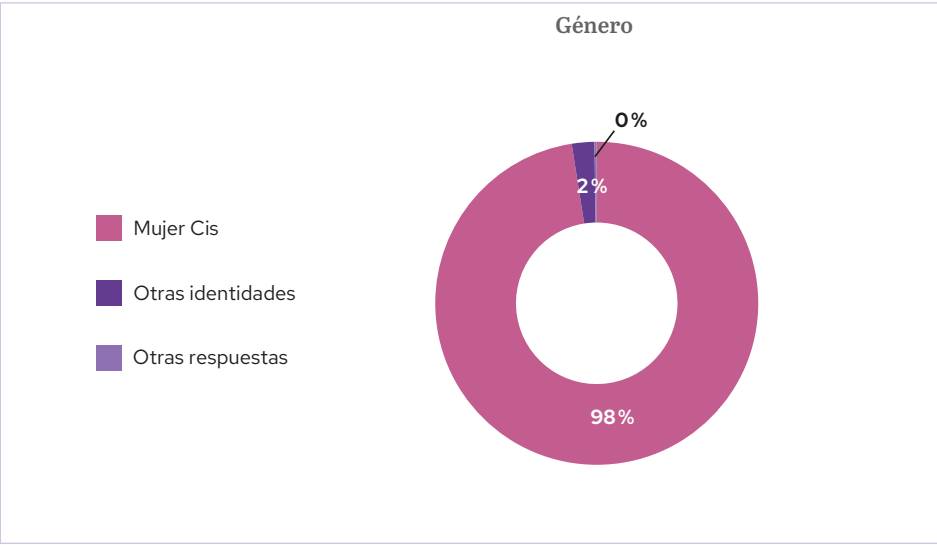


Tabla 17. Distribución por identificación de género de las participantes

	Género
Mujer Cis	864
Otras identidades	20
Otras respuestas	2
Total general	886

Gráfico 24. Distribución por orientación sexual de las participantes

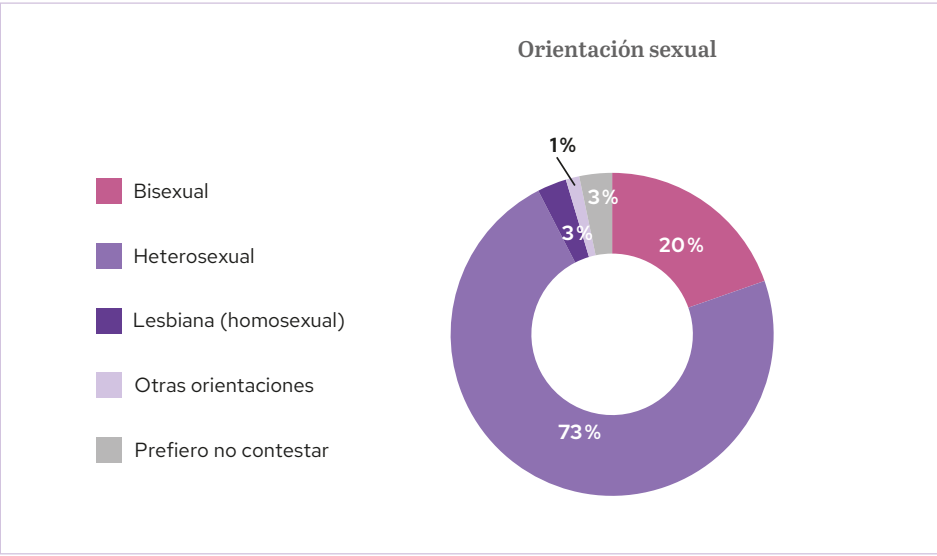


Tabla 18. Distribución por orientación sexual de las participantes

Orientación sexual	
Bisexual	174
Heterosexual	645
Lesbiana (homosexual)	26
Otras orientaciones	12
Prefiero no contestar	29
Total general	886

Gráfico 25. Distribución por nacionalidad de las participantes

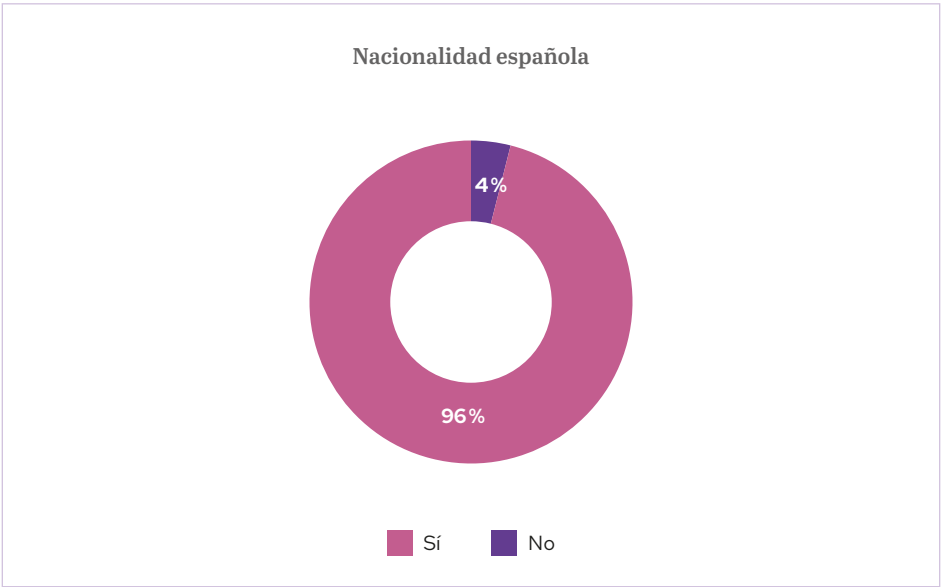


Tabla 19. Distribución por nacionalidad de las participantes

¿Tienes nacionalidad española?	
No	35
Sí	851
Total general	886

Gráfico 26. Distribución por nacionalidad de los progenitores de las participantes

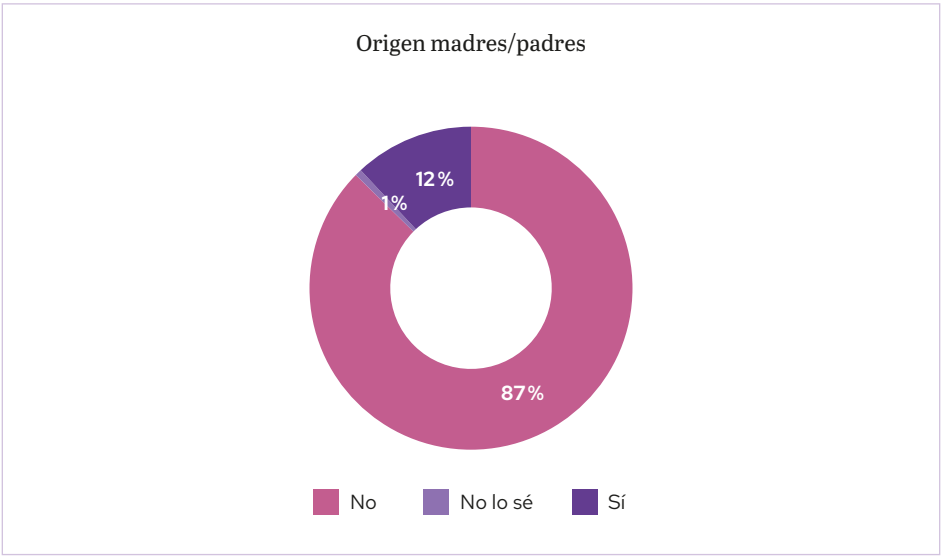
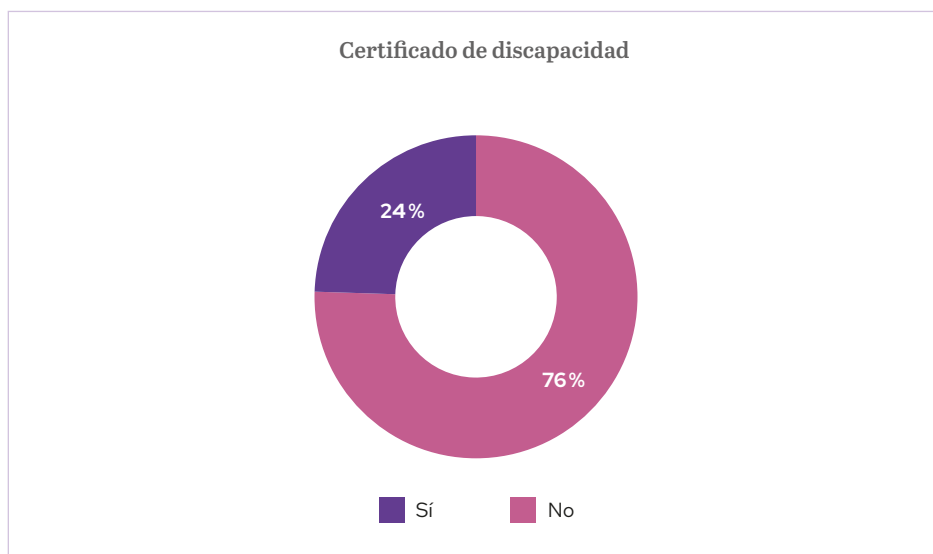


Tabla 20. Distribución por nacionalidad de los progenitores de las participantes

	¿Alguno de tus padres o madres nació fuera de España?
No	774
No lo sé	6
Sí	106
Total general	886

Gráfico 27. Distribución según certificado de discapacidad de las participantes**Tabla 21.** Distribución según certificado de discapacidad de las participantes

¿Dispones de certificado de discapacidad con grado igual o superior al 33 %?	
No	669
Sí	217
Total general	886

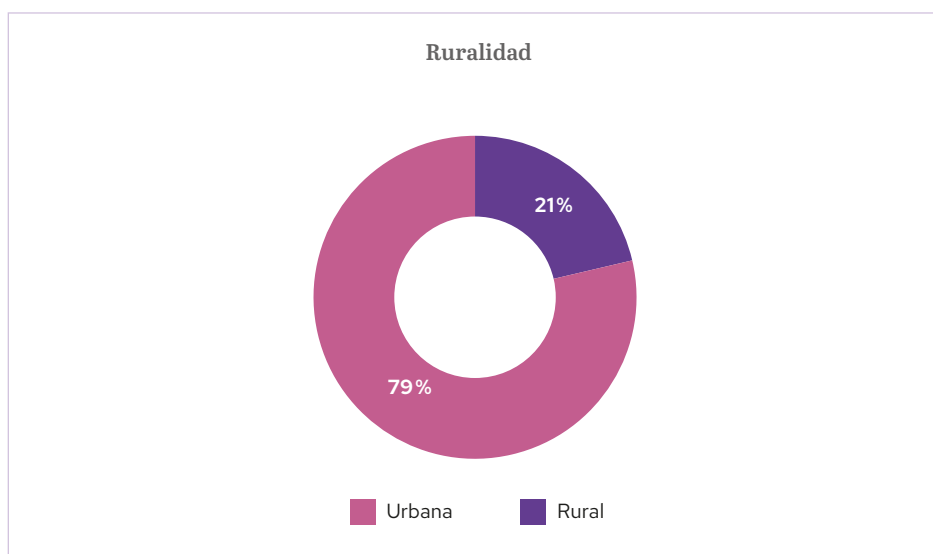
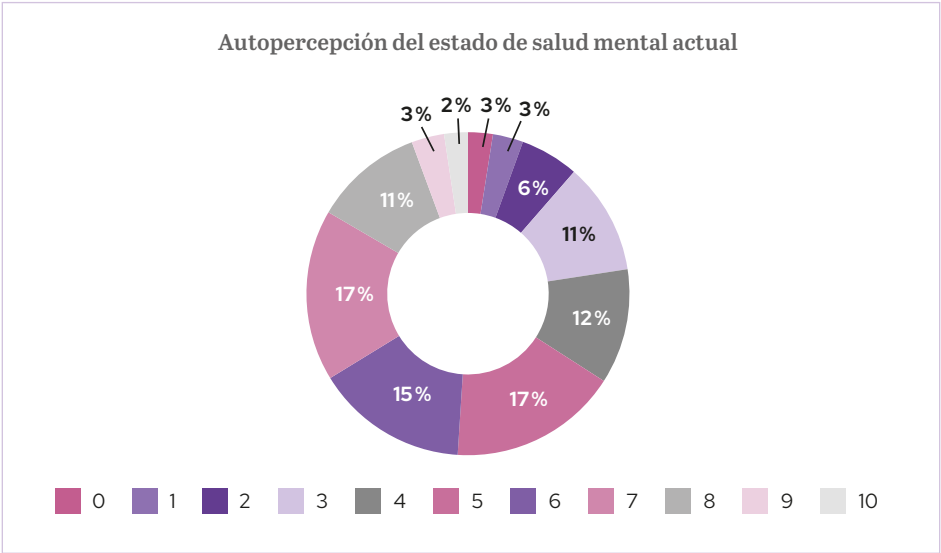
Gráfico 28. Distribución por área urbana o rural de las participantes

Tabla 22. Distribución por área urbana o rural de las participantes

¿Vives en área urbana o rural?	
Rural	189
Urbana	697
Total general	886

Gráfico 29. Autopercepción del estado de la salud mental de las participantes.



Siendo 0 muy mal estado de salud mental y 10 muy buen estado.

Gráfico 30. Presencia de diagnóstico de las participantes

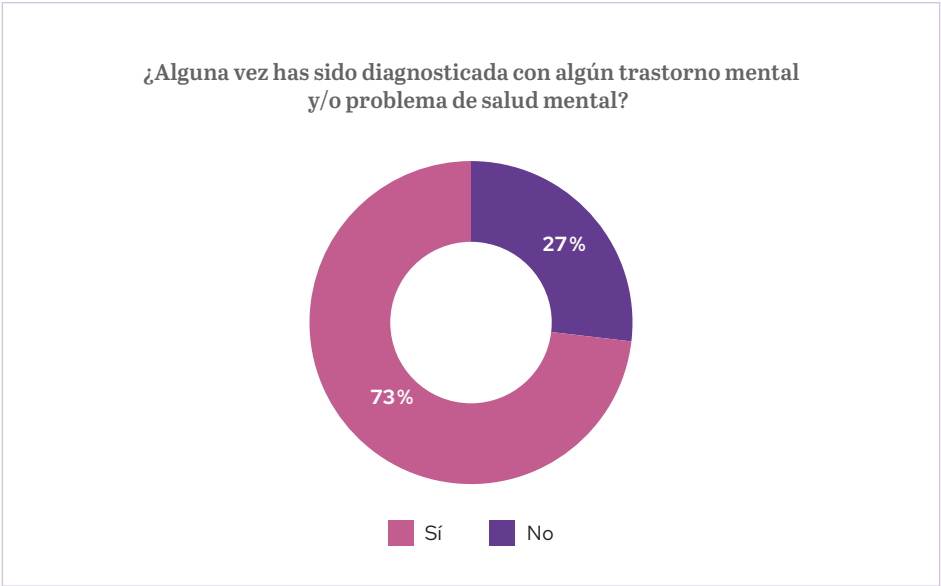


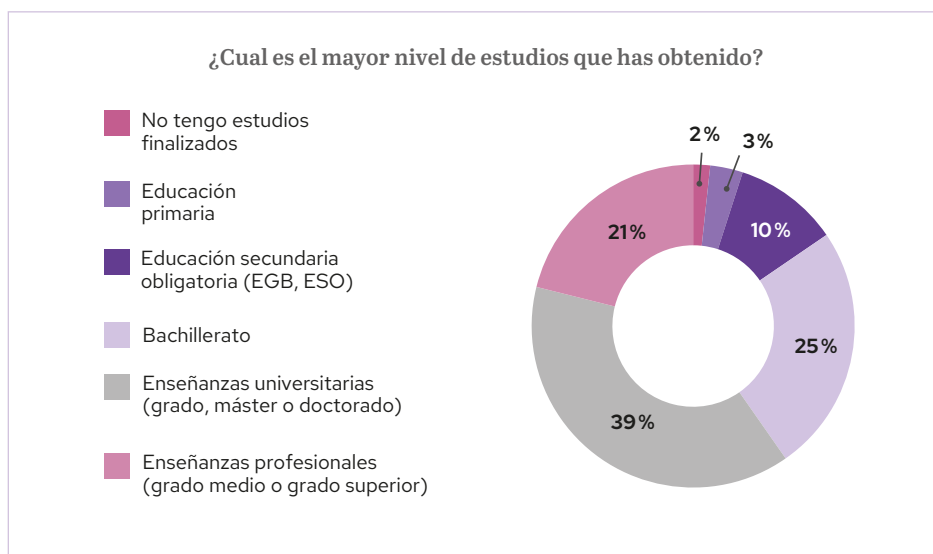
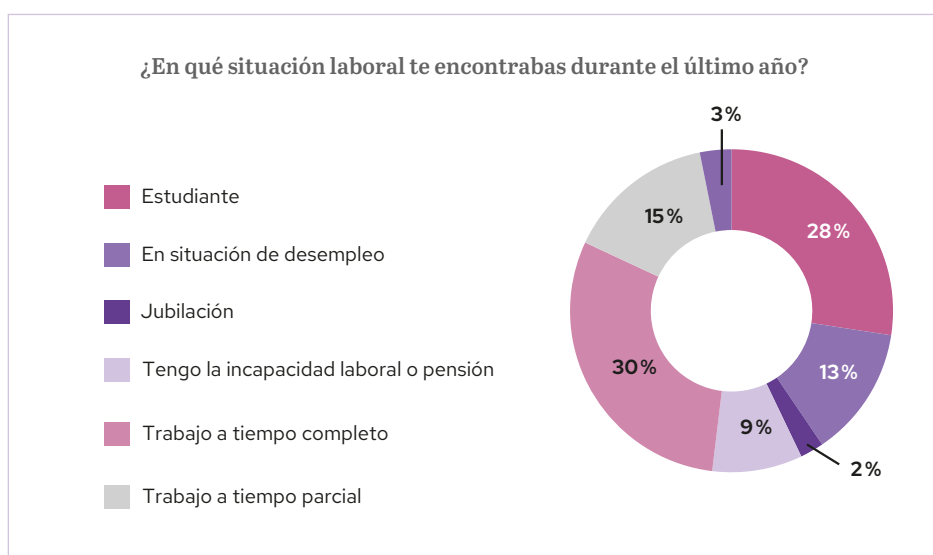
Gráfico 31. Distribución según nivel de estudios de las participantes**Gráfico 32.** Distribución según situación laboral de las participantes

Gráfico 33. Distribución según número de personas que aportan un ingreso económico en el hogar o unidad de convivencia

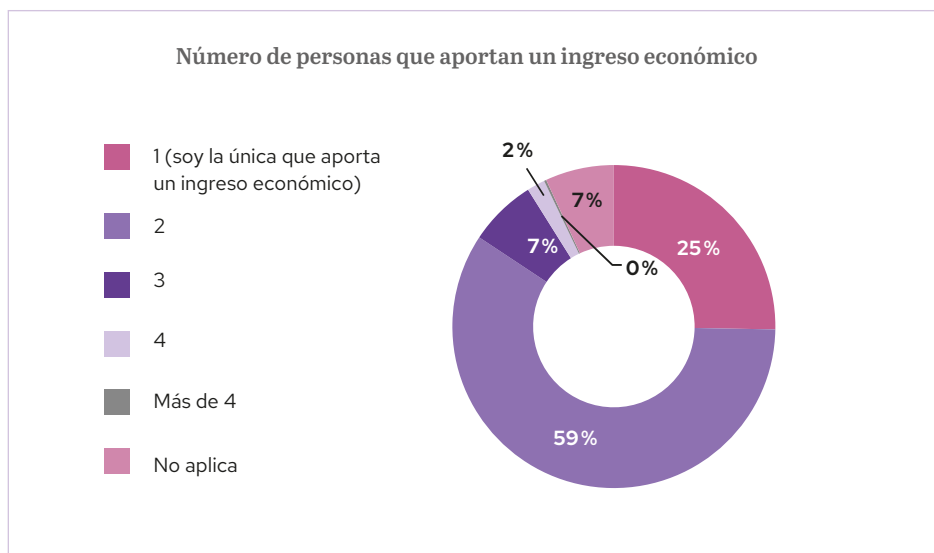
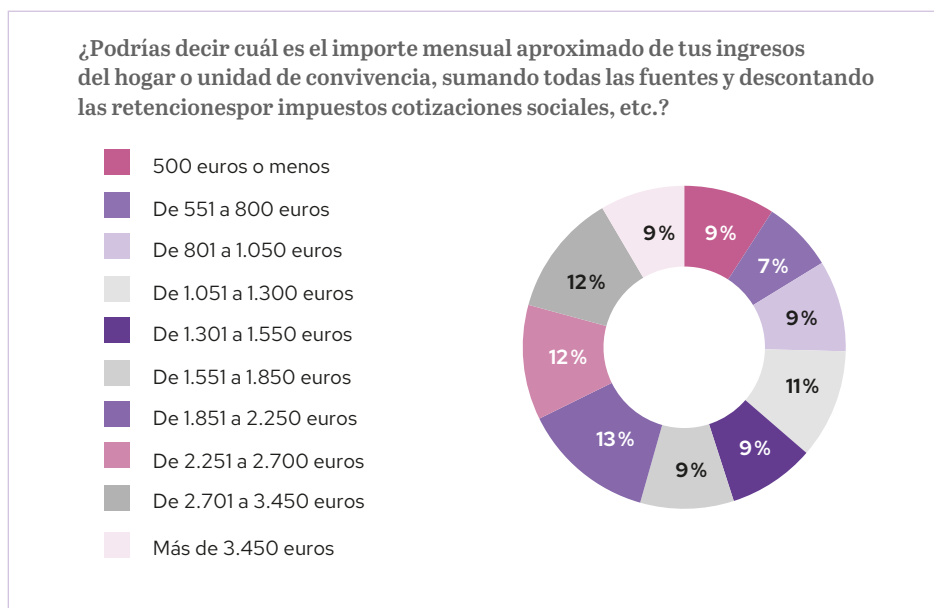


Gráfico 34. Distribución según situación socioeconómica de las participantes



Familiares

Gráfico 35. Distribución por género de los y las familiares participantes

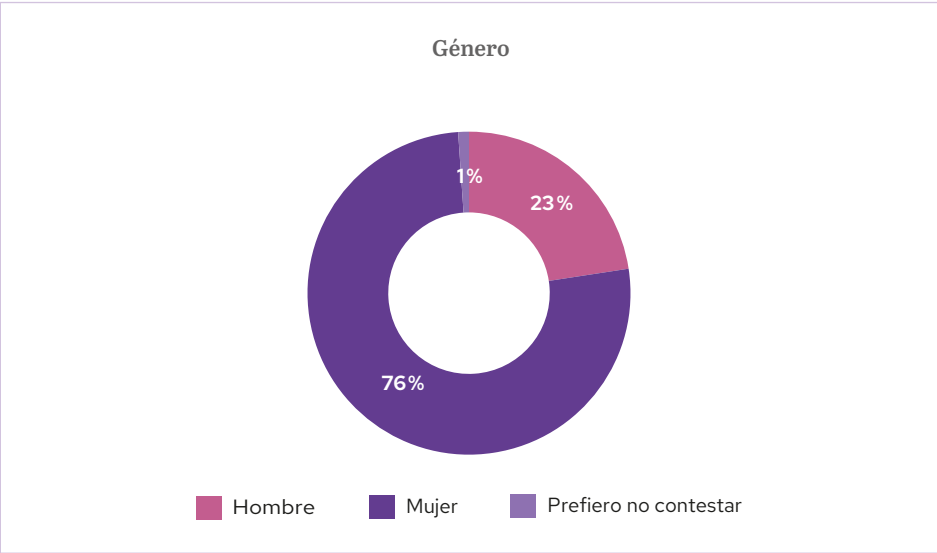


Tabla 23. Distribución por género de los y las familiares participantes

¿Cuál es tu género?	
Hombre	21
Mujer	71
Prefiero no contestar	1
Total general	93

Gráfico 36 .Distribución por edad de los familiares participantes

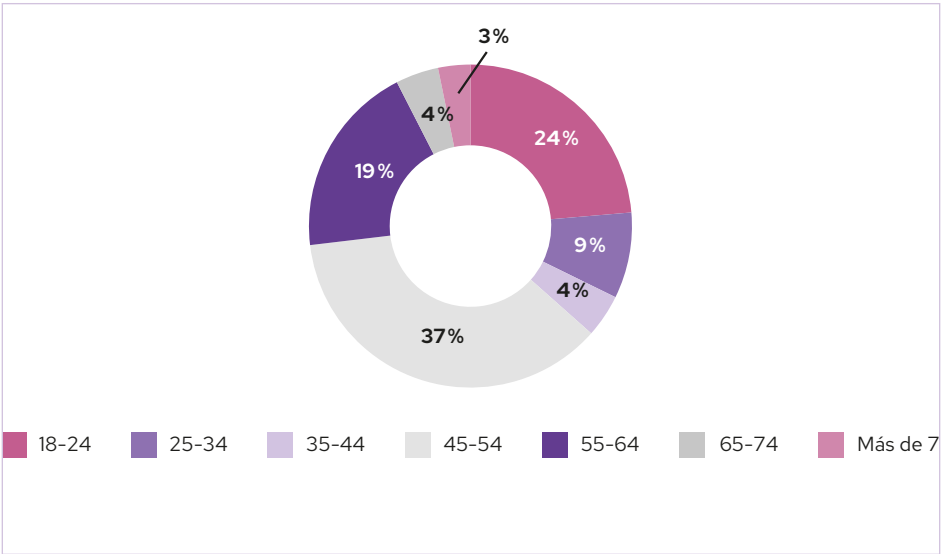
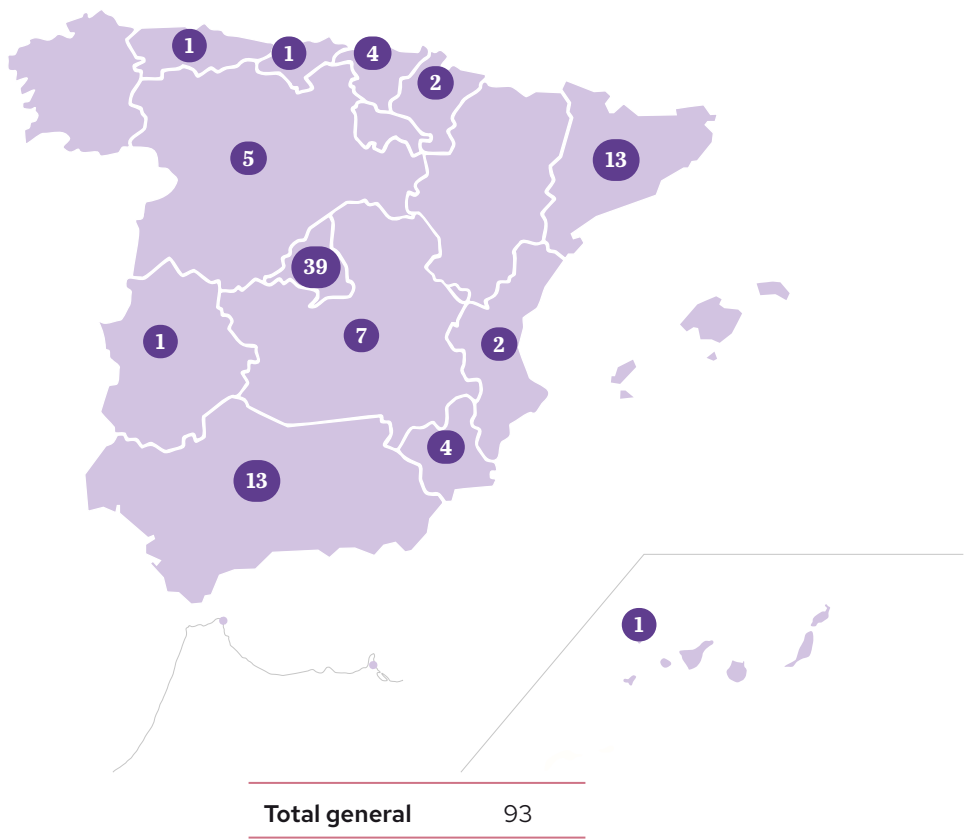


Tabla 24. Distribución por edad de los familiares participantes

¿Qué edad tienes?	
18-24	21
25-34	8
35-44	4
45-54	34
55-64	18
65-74	4
Más de 75	3
Total general	92

Figura 6. Distribución por provincias de los y las familiares participantes



Profesionales

Tabla 25. Distribución por género de los y las profesionales participantes

	¿Cuál es tu género?
Hombre	18
Mujer	224
Persona no binaria	2
Prefiero no contestar	1
Total general	245

Figura 7. Distribución por provincias de los y las profesionales participantes

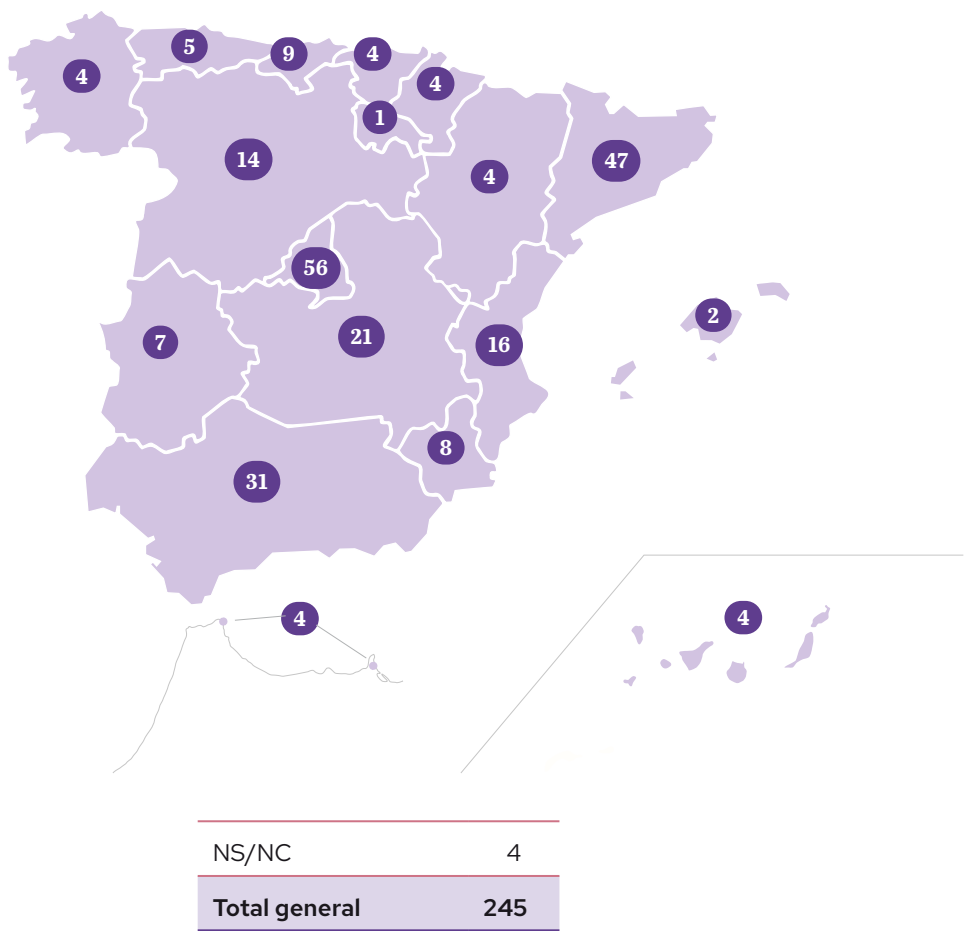


Gráfico 37. Distribución por zona de trabajo principal de los y las profesionales participantes

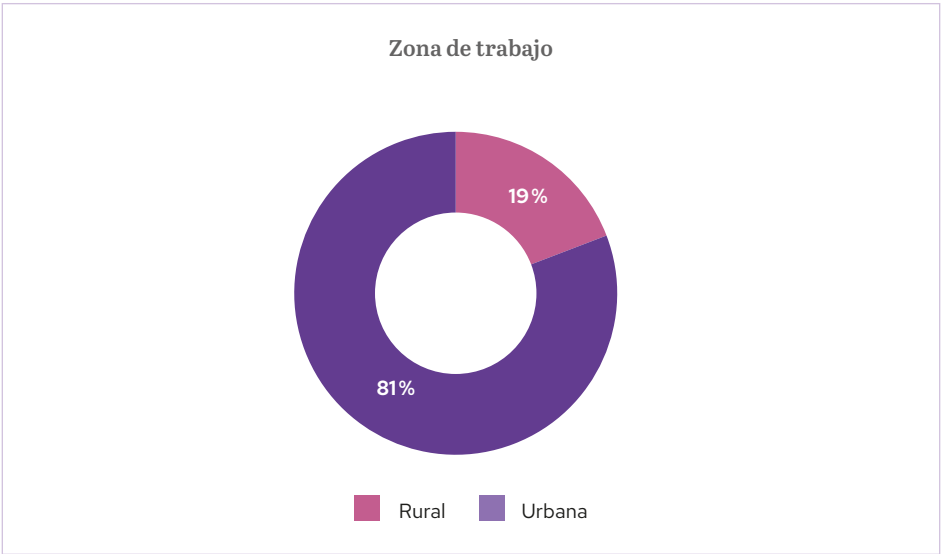


Tabla 26. Distribución por zona de trabajo principal de los y las profesionales participantes

Zona de trabajo principal	
Rural	47
Urbana	198
Total general	245

Tabla 27. Distribución por ámbito profesional de los y las profesionales participantes

Profesión	
Profesional del ámbito educativo	10
Profesional de Servicios Sociales	5
Profesional del ámbito de la inserción laboral	23
Profesional del ámbito de la salud	22
Profesional del ámbito de la salud mental	163
Profesional del ámbito de las violencias machistas	13
Otros profesionales	9
Total general	245

Gráfico 38. Distribución por ámbito profesional de los y las profesionales participantes

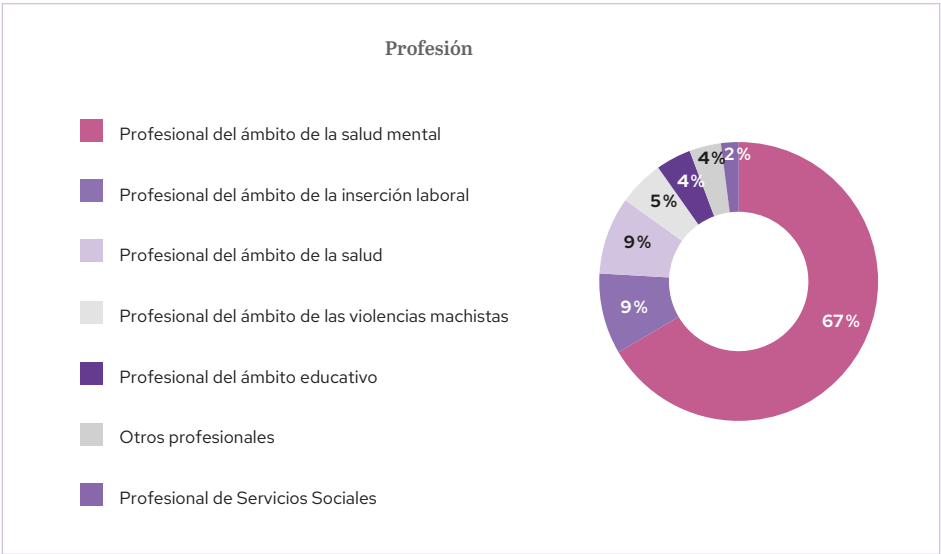


Gráfico 39. Distribución por ámbito profesional público o privado de los y las profesionales participantes

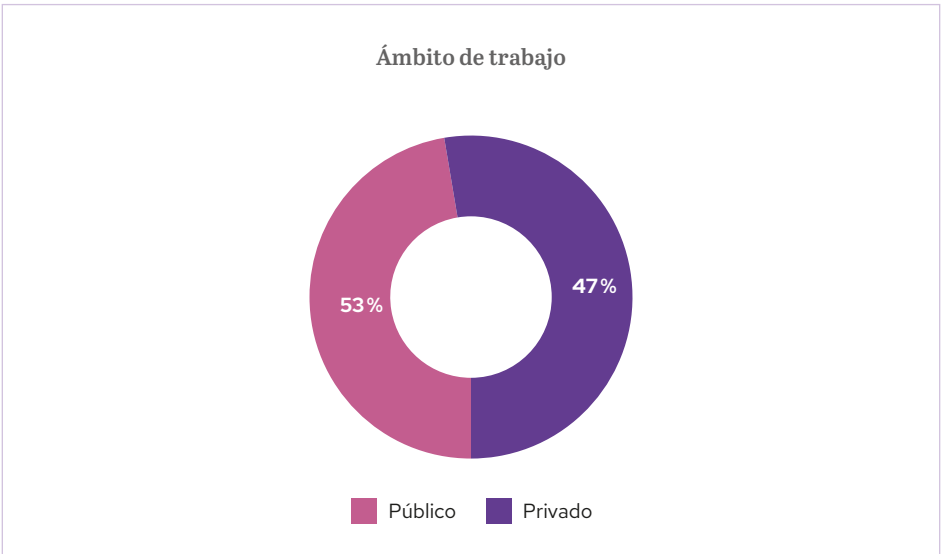


Tabla 28. Distribución por ámbito profesional público o privado de los y las profesionales participantes

Ámbito de trabajo	
Privado	116
Público	129
Total general	245

Niñas/adolescentes con problemas de salud mental

Gráfico 40. Distribución por edad de las niñas y adolescentes participantes

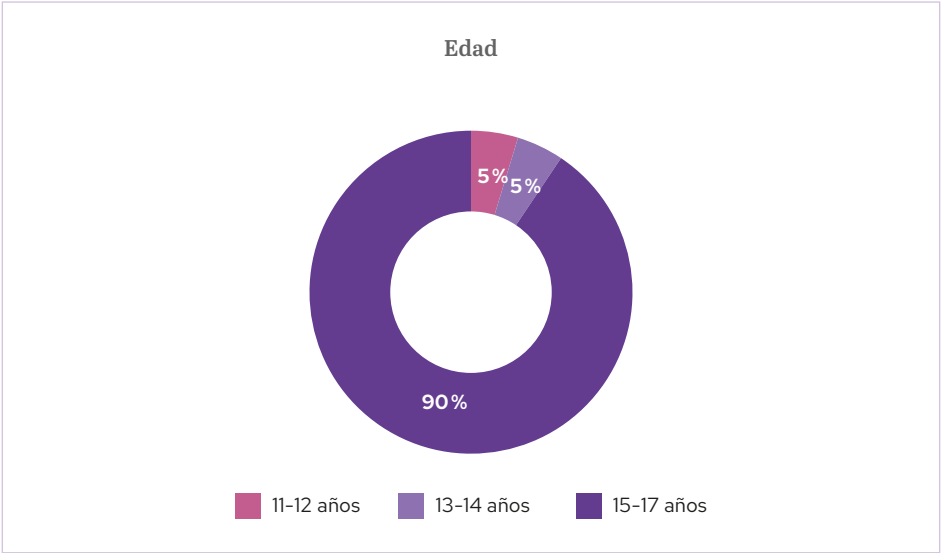


Tabla 29. Distribución por edad de las niñas y adolescentes participantes

¿Qué edad tienes?	
11-12 años	4
13-14 años	4
15-17 años	77
Total general	85

Gráfico 41. Distribución por nacionalidad española de las niñas y adolescentes participantes

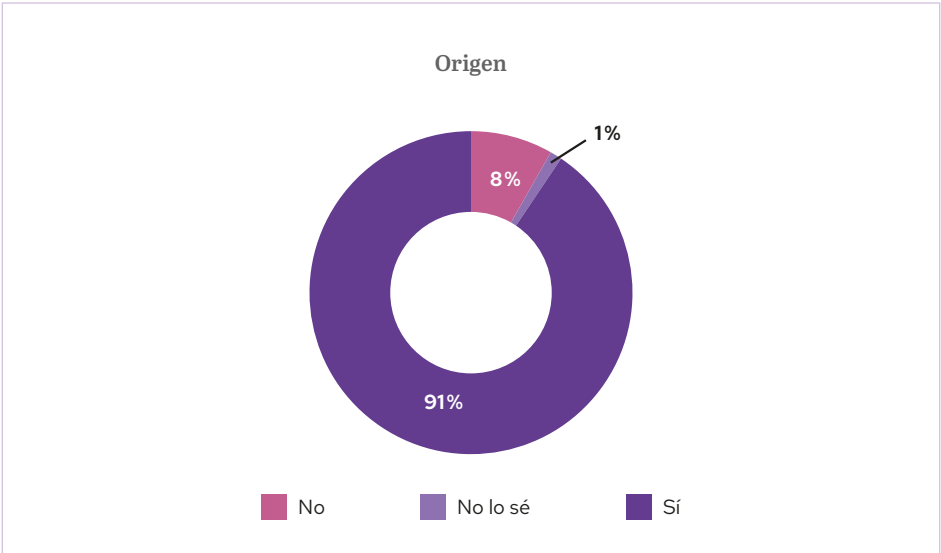


Tabla 30. Distribución por nacionalidad española de las niñas y adolescentes participantes

¿Naciste en España?	
No	7
No lo sé	1
Sí	77
Total general	85

Gráfico 42. Distribución por nacionalidad de los progenitores de las niñas y adolescentes participantes

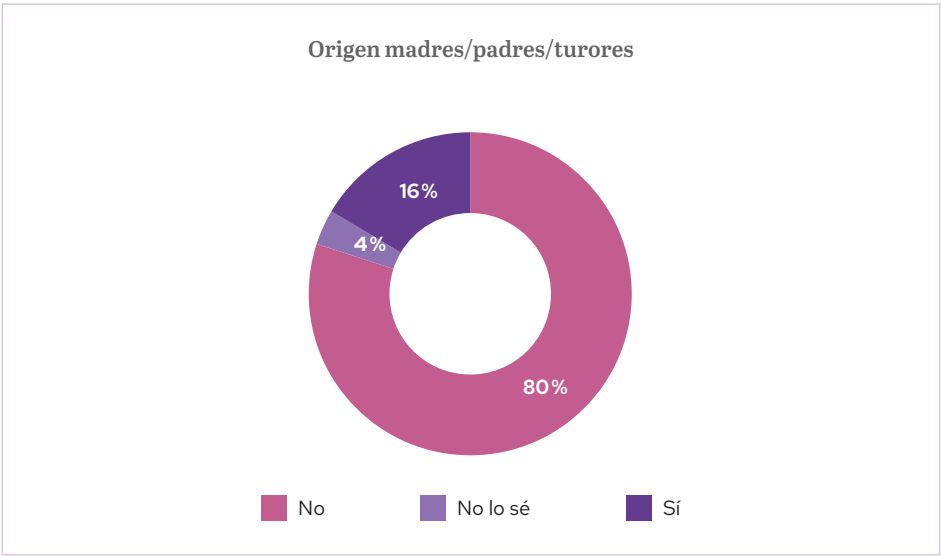


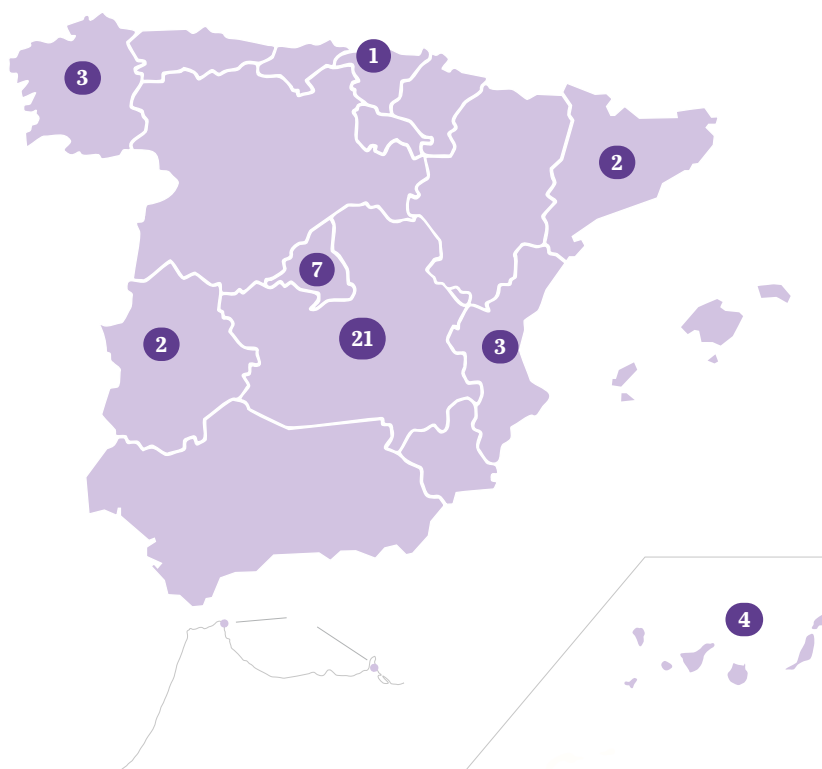
Tabla 31. Distribución por nacionalidad de los progenitores de las niñas y adolescentes participantes

¿Alguno/a de tus padres/madres o tutores/as legales nació fuera de España?	
No	68
No lo sé	3
Sí	14
Total general	85

Familiares de infancia y adolescencia

Figura 8. Distribución por provincia de los y las familiares de las niñas y adolescentes participantes

¿En qué provincia resides habitualmente?	
Total general	23



Profesionales de infancia y adolescencia

Gráfico 43. Distribución por género de los y las profesionales de infancia y adolescencia

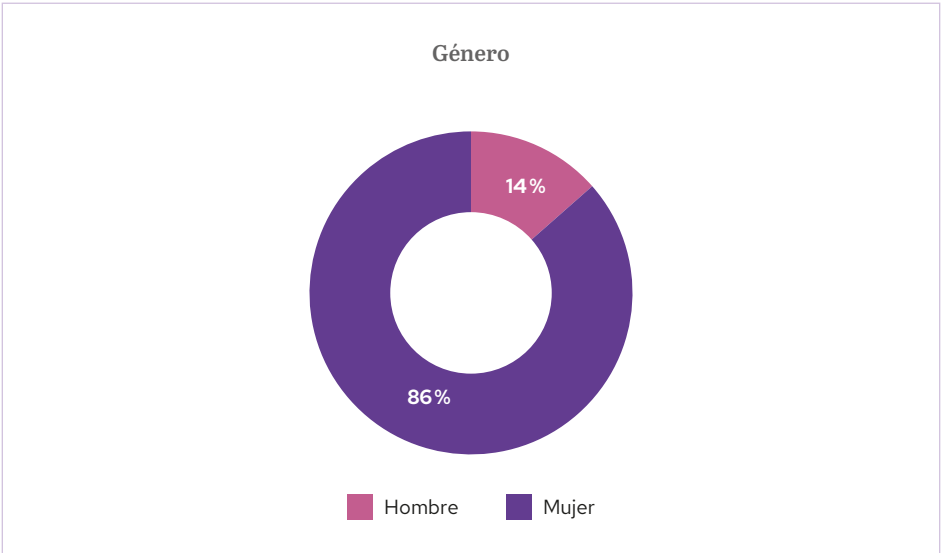


Tabla 32. Distribución por género de los y las profesionales de infancia y adolescencia

¿Cuál es tu género?	
Hombre	10
Mujer	64
Total general	74

Figura 9. Distribución por provincia de los y las profesionales de infancia y adolescencia

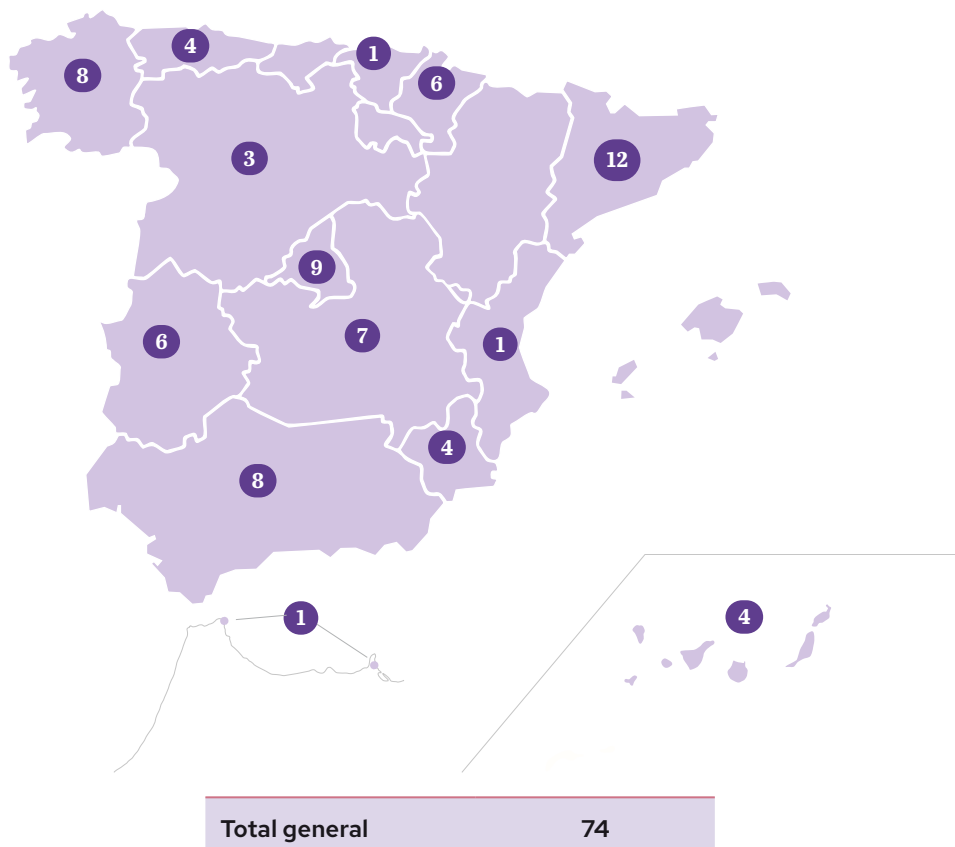


Gráfico 44. Distribución por género de los y las profesionales de infancia y adolescencia

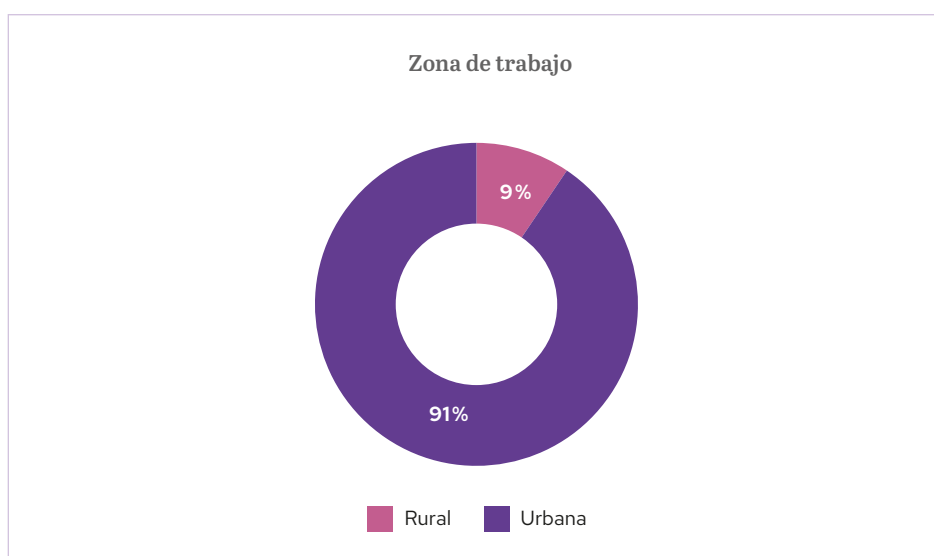


Tabla 33. Distribución por zona de trabajo principal de los y las profesionales de infancia y adolescencia

Zona de trabajo principal	
Rural	7
Urbana	67
Total general	74

Gráfico 45. Distribución por ámbito de trabajo de los y las profesionales de infancia y adolescencia

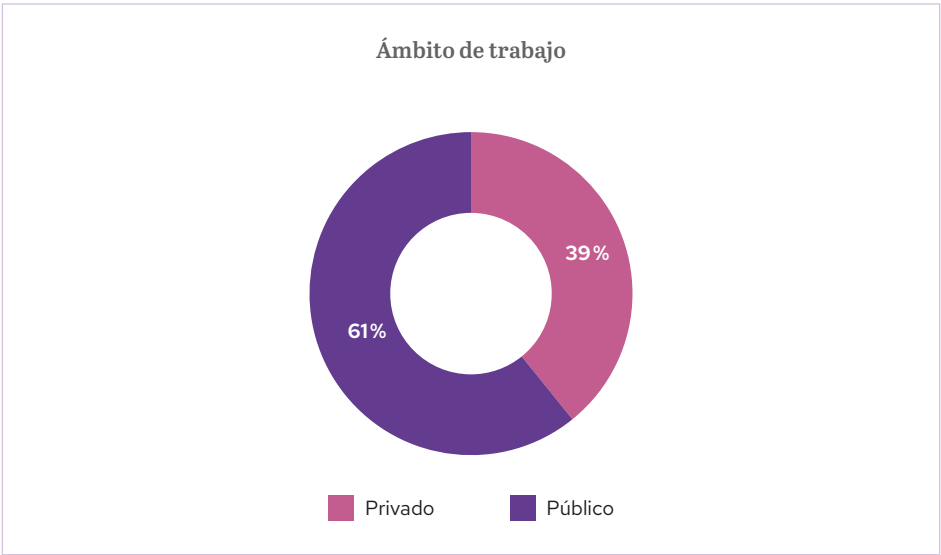


Tabla 34. Distribución por ámbito de trabajo de los y las profesionales de infancia y adolescencia

Ámbito de trabajo	
Privado	29
Público	45
Total general	74

Tabla 35. Distribución por tipología de trabajo de los y las profesionales de infancia y adolescencia

	Profesión
Profesional del ámbito de la salud mental	163
Profesional del ámbito de la inserción laboral	23
Profesional del ámbito de la salud	22
Profesional del ámbito de las violencias machistas	13
Profesional del ámbito educativo	10
Profesional de Servicios Sociales	5
Otros profesionales	9
Total general	245

Gráfico 46. Distribución por ámbito de trabajo de los y las profesionales de infancia y adolescencia

