

ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y SU ACCESO AL EMPLEO

Con el apoyo de:



INFORME DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Índice

PRESENTACIÓN.....	3
1. HIPÓTESIS INICIALES DEL ESTUDIO Y METODOLOGÍA DESARROLLADA.....	6
2. MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA	12
3. RESULTADOS OBTENIDOS	14
3.1. PERFIL DE LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, EN COMPARACIÓN CON LOS HOMBRES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y CON OTRAS MUJERES.....	14
3.2. RESULTADOS EN CALIDAD DE VIDA SEGÚN VARIABLES DE PERFIL DE LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	37
3.3. RESULTADOS COMPARATIVOS EN CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL CON RESPECTO A LOS HOMBRES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y CON RESPECTO A OTRAS MUJERES	47
4. CONCLUSIONES	51
5. PROPUESTAS	67
ANEXO: FUENTES Y REFERENCIAS	72
ANEXO: ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS.....	73

Presentación

ASCASAM (Salud Mental Cantabria) lleva más de 30 años trabajando por mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias en desarrollo de su misión: *“Promover, colaborar y adoptar cualquier tipo de medidas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias, la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo en Cantabria”*.

Para ello la Asociación ha desplegado distintos servicios y programas desde los que atiende a un importante número de personas con problemas de salud mental, luchando contra el estigma y la discriminación que afecta a este colectivo de manera negativa en todos los aspectos de la vida, con consecuencias importantes en términos de proyecto vital, condicionando notoriamente su calidad de vida, y la de sus familias.

Servicios y programas de ASCASAM ¹	Personas atendidas
Centro de Rehabilitación Psicosocial de Colindres	50
Centro de Rehabilitación Psicosocial de Reinosa	21
Centro de Rehabilitación Psicosocial de Santander	46
Centro Ocupacional	24
Estructuras Residenciales	31
Programa de promoción de la salud mental y prevención de la exclusión (S.O.A.)	213
Programas de promoción de la autonomía personal	27
Programas de acompañamiento integral y atención domiciliaria	90
Programa de apoyo y descanso para familiares cuidadores de personas con discapacidad	78
Integración laboral – Proyecto Inicia	245
Programa atención psicológica covid-19	84
TOTAL PERSONAS ATENDIDAS	909

Casi el 40% de las personas a quienes atiende ASCASAM son mujeres con problemas de salud mental, con respecto a quienes venimos constandingo que:

- **Interseccionan, como mínimo, tres factores de discriminación (género, discapacidad y enfermedad)** que las sitúan como colectivo especialmente vulnerable por el riesgo al

¹ Nota: No se han tenido en cuenta 213 personas de las intervenciones del SOA ya que estos datos solo se recaban si la persona atendida es la persona con problemas de salud mental. Tampoco se tiene en cuenta las 78 familias que participan en el Programa de apoyo y descanso para familiares cuidadores de personas con discapacidad. Y por último, no se ha tenido en cuenta para estos datos el programa de atención psicológica covid-19 ni el Proyecto Inicia.

rechazo, aislamiento y exclusión social, con un **particular impacto negativo en su Calidad de Vida y en Inclusión Laboral.**

- **Se enfrentan a dificultades y barreras específicas, con características diferenciales** con respecto a **otras mujeres** (también otras mujeres con discapacidad) y con respecto a los **hombres con problemas de salud mental**, en base a estereotipos, prejuicios y roles sociales que merman su capacidad de participar y contribuir activamente en la comunidad.
- 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, les sitúa en roles tradicionalmente vinculados al género femenino**, restándoles oportunidades para su pleno desarrollo y negándoles respuestas específicas desde los distintos sistemas de apoyo y protección social (salud, servicios sociales, empleo, educación, etc.) que tengan en cuenta esta realidad.
- En concreto, **en el ámbito del empleo**, se estima que un 87% de las personas con trastornos de salud mental graves están en situación de paro o baja laboral, a pesar de que el empleo es un factor fundamental en la recuperación y normalización de las personas con trastorno mental,² observándose **dificultades añadidas** en el acceso al empleo de estas mujeres.

Tomando como base otros estudios y referencias (entre otras, la “Investigación sobre la calidad de vida de las mujeres con enfermedad mental. Supportingwomen” (Avifes, 2019)³ o el estudio “Mujer y salud mental” (Federación Salud Mental Castilla y León, 2018)⁴, ASCASAM se ha planteado la necesidad de profundizar en el conocimiento de la realidad y situación de las mujeres con problemas de salud mental en Cantabria a través del presente estudio dirigido a:

- Identificar y caracterizar la realidad, necesidades diferenciales y factores que inciden en la Calidad de Vida e Inclusión Laboral de las mujeres con problemas de salud mental en Cantabria.
- Plantear propuestas para mejorar el sistema de respuesta para estas mujeres:
 - Tanto a nivel interno (ASCASAM): modelo de apoyo, servicios, programas y líneas de actuación.
 - Como en relación con otros agentes clave involucrados en la atención o desarrollo de oportunidades para este colectivo: servicios sociales, salud, políticas de igualdad, empleo, otras entidades, tejido empresarial, etc.

² <https://www.feafesempleo.org/nosotros.php>

³ https://avifes.org/wp-content/uploads/2021/01/AVIFES_supportingwomen.pdf

⁴ https://saludmentalcyL.org/wp-content/uploads/2018/11/Estudio-Mujer-y-Salud-Mental_Fed.SM_.CyL_2018-1.pdf

Este documento recoge los resultados del estudio realizado, desarrollando los siguientes contenidos:

- 1: Hipótesis iniciales del estudio y metodología desarrollada
- 2: Resultados obtenidos
- 3: Conclusiones
- 4: Propuestas

1. Hipótesis iniciales del estudio y metodología desarrollada

Las hipótesis de partida de este estudio han sido las siguientes:

- 1) **El impacto de la triple discriminación que sufren las mujeres con problemas de salud mental (mujer, discapacidad y estigma relacionado con el problema de salud mental), comporta diferencias** tanto a nivel global, como en alguna de las dimensiones de calidad de vida, respecto a otras mujeres con otras discapacidades, así como con respecto a otras mujeres sin discapacidad, y con respecto a los hombres con problemas de salud mental.
- 2) **La calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental se ve afectada por su perfil y vivencias, vinculado a la sintomatología, las características, la trayectoria de la enfermedad y el estigma social.** Existen diferencias en la percepción de calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental en función de distintas variables de su perfil relacionados con su historia y vivencias (edad, estado civil, núcleo de convivencia, si tienen o no hijos/as, desarrollo laboral, etc.), con una particular afectación de las dimensiones de bienestar emocional, bienestar físico y bienestar material.
- 3) **La participación social de las mujeres con problemas de salud mental está particularmente limitada,** estando también afectadas sus dimensiones de inclusión social y relaciones interpersonales.
- 4) **Las mujeres con problemas de salud mental tienen más dificultades para acceder a los recursos especializados del ámbito de la salud mental** y, en general, para pedir ayuda o acceder al sistema de respuesta.
- 5) **Las mujeres con problemas de salud mental son una población más vulnerable a sufrir violencia de género.** Además, cuando ésta ocurre, tienen mayores dificultades para identificar estas situaciones, así como en su credibilidad, recibiendo peores respuestas del sistema de protección.
- 6) **Las mujeres con problemas de salud mental tienen menores oportunidades de acceso al empleo que otras mujeres sin discapacidad.** Además, con carácter general, solo acceden a puestos de trabajo de escasa cualificación y en ámbitos muy determinados (limpieza, en particular).
- 7) **En muchos casos han tenido un recorrido truncado en el ámbito formativo.** Se produce además un déficit en apoyos y adaptaciones para que estas mujeres más jóvenes tengan posibilidades reales de desarrollo laboral. Con formaciones específicas muy concretas y conectadas con ámbitos en los que puedan tener oportunidades laborales reales.

El estudio ha contado con la participación de más de 230 personas, tanto en actuaciones de recogida de información cuantitativa, como cualitativa:

- 87 mujeres con problemas de salud mental usuarias de servicios y programas, o vinculadas a ASCASAM.
- 55 hombres con problemas de salud mental usuarios de servicios y programas de ASCASAM.
- 27 mujeres con otras discapacidades, vinculadas a otras entidades de CERMI CANTABRIA: Aspace Cantabria, AMICA y FESCAN.
- 48 mujeres sin discapacidad.
- 12 profesionales de ASCASAM.
- Personas expertas o de referencia a la atención a estas mujeres o en el impulso de políticas y respuestas en los ámbitos de salud, servicios sociales, empleo e igualdad.

Se ha llevado a cabo con la siguiente metodología combinada (cuantitativa y cualitativa), entre los meses de julio 2020 y abril 2021:

1. COMUNICACIÓN INTERNA, PROGRAMACIÓN Y PREPARACIÓN DE HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Constitución del Equipo Guía (coordinación de actuaciones) y del Equipo de contraste (contraste del contenido de las distintas herramientas y documentos generados). - Formulación de las hipótesis de partida del estudio. - Preparación y desarrollo de la comunicación interna sobre el proyecto. - Preparación y desarrollo de la comunicación para involucrar la participación de otras entidades que atienden a mujeres con problemas de salud mental en Cantabria, servicios sociales de base, centros de salud mental, recursos de apoyo al empleo, etc. - Diseño, maquetación e impresión de un Flyer informativo sobre el proyecto para su difusión en los centros de salud mental entre las mujeres con problemas de salud mental, para motivar su participación en el estudio. - Diseño de las herramientas de recogida de información y organización de los servicios y programas de ASCASAM para recopilar: <ul style="list-style-type: none"> - Información sobre el perfil de las personas. - Escala GENCAT de calidad de vida. - Concreción de la muestra y metodología sobre la que desarrollar la recopilación de información: <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres con problemas de salud mental vinculadas a ASCASAM. - Hombres con problemas de salud mental vinculados a ASCASAM. - Otras mujeres con problemas de salud mental en Cantabria (vinculadas a otras entidades, así como a los servicios de salud, servicios sociales o recursos de apoyo al empleo). - Otras mujeres con discapacidad (a través de Cerme Cantabria). - Otras mujeres sin discapacidad. - Programación de actuaciones para la recogida y volcado de la información. - Programación y desarrollo de actuaciones de comunicación.
2.
<ul style="list-style-type: none"> - Recogida y volcado de la información por parte del equipo de ASCASAM en relación con la muestra de personas vinculadas a la Asociación: - Recogida y volcado de la información relativa a otras mujeres.

3. EXPLOTACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA Y PLANTEAMIENTO DE CONCLUSIONES Y HERRAMIENTAS PARA LA PARTICIPACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Explotación de la información. - Identificación de las primeras conclusiones para provocar la reflexión compartida sobre el análisis de la situación y propuestas a plantear. - Diseño de herramientas para el desarrollo de grupos de participación internos (con mujeres y hombres vinculadas a ASCASAM y equipo profesional). - Identificación de agentes externos a los que entrevistar y diseño de guiones de entrevistas.
4. GRUPOS DE PARTICIPACIÓN, ENTREVISTAS A AGENTES EXTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> - Dinamización de reuniones con los grupos de participación. - Realización de entrevistas a agentes externos
5. INFORME DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS
<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del informe de resultados, conclusiones y propuestas

En concreto, se ha cruzado información recogida en dos herramientas sobre el perfil y situación de las personas participantes, y sobre sus resultados de calidad de vida:

- 1) **CUESTIONARIO SOBRE EL PERFIL DE LAS PERSONAS:** para recoger información sobre los siguientes campos:
 - a. Información general sobre la persona:
 - i. Entidad social (ASCASAM, AMICA, ASPACE, FESCAN u otras) a la que, en su caso, está vinculada la persona y año de vinculación a la entidad (en su caso).
 - ii. Sexo, edad y municipio de residencia
 - b. Servicios o programas de su entidad de referencia (en su caso) de los que la persona es usuaria.
 - c. Grado de discapacidad, dependencia y modificación de la capacidad (en su caso)
 - d. Diagnóstico y seguimiento del problema de salud mental (en su caso): diagnóstico principal, años desde el diagnóstico, otros diagnósticos y enfermedades, servicios sanitarios utilizados, ingresos a lo largo de su vida, frecuencia de las consultas...
 - e. Apoyo del que dispone de familiares o de otras personas significativas de su entorno.
 - f. Caracterización del núcleo de convivencia: con quién vive, dónde vive, si tiene hijos/as, si convive con menores a su cargo o con personas en situación de dependencia.
 - g. Situación económica
 - h. Servicios sociales de los que es usuaria y prestaciones o pensiones de las que es beneficiaria.

- i. Nivel de estudios y motivo por el que no ha podido terminar los estudios que se había propuesto (en su caso).
- j. Relación con la actividad laboral, experiencia laboral previa (tipo de empleo, modalidad de contrato, tipo de actividad, nivel de cualificación desarrollado, información sobre el problema de salud mental (en su caso).
- k. Situación de violencia: o violencia por parte de la pareja o personas con quienes ha convivido, violencia, maltrato o acoso en algún servicio, centro o recurso en el que ha estado...
- l. Rol de cuidado que, en su caso, desarrolla. Dedicación que supone y renunciaciones que implica en su vida personal y participación social.
- m. Discriminación en el acceso a recursos.

2) ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA

https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2018/11/escala_gencat.pdf

Se trata de un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003).

Se ha seleccionado esta escala por ser un instrumento riguroso, aplicable a distintas personas y colectivos, con un importante nivel de utilización y reconocimiento a nivel estatal e internacional.

En lo que respecta a las puntuaciones, se han considerado las puntuaciones estándar recogidas en el “Baremo para la muestra general”.

La escala mide la situación de las personas en relación con las 8 dimensiones de calidad de vida, considerando los siguientes elementos de observación en cada una de ellas:

Bienestar emocional (BE): hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.

Relaciones interpersonales (RI): relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.

Bienestar Material (BM): tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (pensión, ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

Desarrollo personal (DP): se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/Capacidades, Acceso a nuevas tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).

Bienestar físico (BF): tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.

Autodeterminación (AU): decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y preferencias personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.

Inclusión social (IS): ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.

Derechos (DE): ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

La muestra de personas que han aportado información cuantitativa en ambas herramientas ha sido la siguiente:

86 MUJERES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL:			55 HOMBRES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL:		
FRANJA EDAD	MUJER	%sobre total mujeres	FRANJA EDAD	HOMBRE	%sobre total hombres
Hasta 35	9	10,5%	Hasta 35	4	7,3%
36-49	32	37,2%	36-49	27	49,1%
50-64	38	44,2%	50-64	20	36,4%
65 o +	7	8,1%	65 o +	4	7,3%
TOTAL	86	100,0%	TOTAL	55	100,0%
28 MUJERES CON OTRAS DISCAPACIDADES (*)			48 MUJERES SIN DISCAPACIDAD		
FRANJA EDAD	MUJER	%sobre total mujeres	FRANJA EDAD	MUJER	%sobre total mujeres
36-49	13	46,4%	36-49	15	31,3%
50 o +	9	32,1%	50 o +	3	6,3%
Hasta 35	6	21,4%	Hasta 35	18	37,5%
TOTAL	28	100,0%	Ns/Nc	12	25,0%
			TOTAL	48	100,0%

(*) La mayoría son personas con discapacidad física o con discapacidad física y otras discapacidades.

Por último, se han realizado las siguientes actuaciones para recabar información cualitativa:

- Reunión con mujeres usuarias de servicios de ASCASAM.
- Reunión con mujeres usuarias de programas de ASCASAM.
- Reunión con profesionales de ASCASAM.
- Entrevistas o reuniones con personas expertas o de referencia a la atención a estas mujeres o en el impulso de políticas y respuestas en los ámbitos de salud, servicios sociales, empleo e igualdad:
 - Álvaro Lavín Muriente. Concejal de Familia, Servicios Sociales, Igualdad y Autonomía Personal del Ayuntamiento de Santander.
 - Jesús Ángel Artal Simón, psiquiatra responsable de la Unidad de Salud Mental de Santander.
 - Luis Gaité, médico responsable de la evaluación de programas del Servicio (USM Santander)
 - Ana De Santiago, psiquiatra jefa de sección (USM Santander)
 - Elsa Gómez Ruiz, psicóloga y terapeuta ocupacional del Servicio (USM Santander)
 - M^a Jesús Ruiz Ruiz, trabajadora social. Servicio Social de Base.
 - Sergio Lavid Castillo. Prospección laboral. AMICA.

2. Marco normativo de referencia

La **Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** reconoce en su Art. 6 que *“las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación”* y obliga a las Administraciones Públicas a adoptar *“medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”*. En concreto deberán tomar *“medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención”*. Y ello en todos los ámbitos, también en materia de empleo, de acuerdo con lo que recoge su Art. 27, para garantizar su derecho a *“tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad”*.

En este sentido, el **Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social** también obliga a las Administraciones Públicas a proteger *“de forma especialmente intensa los derechos de las personas con discapacidad en materia de igualdad entre mujeres y hombres, salud, empleo, protección social, educación, tutela judicial efectiva, movilidad, comunicación, información y acceso a la cultura, al deporte, al ocio así como de participación en los asuntos públicos, en los términos previstos en este Título y demás normativa que sea de aplicación”* (Art. 7.3.). Asimismo les obliga a proteger *“de manera singularmente intensa a aquellas personas o grupo de personas especialmente vulnerables a la discriminación múltiple como las niñas, niños y mujeres con discapacidad, mayores con discapacidad, mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género, personas con pluridiscapacidad u otras personas con discapacidad integrantes de minorías”*. (Art. 7.4.). Por ello también los poderes públicos están obligados a adoptar medidas de acción positiva en beneficio de aquellas personas con discapacidad susceptibles de ser objeto de un mayor grado de discriminación, incluida la discriminación múltiple, o de un menor grado de igualdad de oportunidades, como son las mujeres, los niños y niñas, quienes precisan de mayor apoyo para el ejercicio de su autonomía o para la toma libre de decisiones y las que padecen una más acusada exclusión social, así como las personas con discapacidad que viven habitualmente en el medio rural (Art. 67).

En el ámbito de Cantabria, la **Ley 9/2018, de 21 de diciembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad** en su Art. 10 obliga a la Administración Autonómica, con el objeto de garantizar la igualdad de oportunidades y la no discriminación de las personas con discapacidad, a adoptar en todos los ámbitos (también el empleo), medidas contra la discriminación directa, indirecta y por asociación. Además establece que *“en las medidas que se adopten se tendrá especial consideración a la situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres y niñas con discapacidad que puedan encontrarse en situaciones de mayor discriminación o violencia”* (Art. 10.3.).

Asimismo y, en concreto, en el ámbito del empleo, el Art. 17.1. de la Ley 9/2018 establece que *“el Gobierno de Cantabria, en el ámbito de sus competencias, velará por el cumplimiento de la igualdad de oportunidades y de trato de las personas con discapacidad en el empleo, en la formación y promoción profesionales y en las condiciones de trabajo. A tales efectos, llevará a cabo políticas de formación profesional y de empleo, y adoptará medidas de acción positiva destinadas a impulsar su acceso al mercado laboral, teniendo en cuenta la situación específica de las mujeres”*.

Por otro lado, dentro de la normativa que constituye el marco para el desarrollo de este estudio, también hay que tener en cuenta la **Ley de Cantabria 2/2019, de 7 de marzo, para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres**. En concreto:

- Artículo 54 (Atención a mujeres con especiales dificultades de inserción laboral). Prevé que las políticas activas de empleo y planes de empleo atenderán a las mujeres con especiales dificultades de inserción laboral por confluir en ellas varias causas de discriminación o situaciones de mayor vulnerabilidad social; favoreciendo la inserción, entre otras, de las mujeres con discapacidad. Asimismo, fomentará la formación profesional para el empleo y la incorporación de las mujeres al trabajo por cuenta propia o ajena, y el acceso a las nuevas tecnologías, especialmente de aquellas de mayor edad y de las mujeres especialmente vulnerables.
- En su Art. 114 (Salud mental) establece que el sistema sanitario público cántabro pondrá en marcha las medidas necesarias para integrar la perspectiva de género en los servicios de salud mental. Asimismo realizará intervenciones en Atención Primaria dirigidas a ofrecer apoyo a quienes cuidan de personas con discapacidad o enfermedades crónicas discapacitantes, con el fin de prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del papel de cuidador o cuidadora.
- En su Art. 116 (Mujeres con discapacidad) obliga a las Administraciones públicas de Cantabria a desarrollar acciones positivas específicas para las mujeres con discapacidad para asegurar su inclusión y acceso en igualdad a todos los ámbitos de la vida. Entre esas acciones específicas se encuentran:
 - o *Medidas de apoyo para su acceso al empleo y a unas condiciones de trabajo compatibles con sus características específicas.*
 - o *Mejoras en el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva y a los servicios de planificación familiar y reproducción.*
 - o *Información accesible y adecuada a sus necesidades especiales, sobre las medidas y recursos existentes para evitar su exclusión social.*
 - o *Desarrollar medidas de apoyo para la independencia, la promoción de la autonomía personal así como el acceso a la vivienda.*
 - o *Medidas de acceso a la educación y formación profesional.*
 - o *Velar porque los medios de comunicación no difundan de ellas imágenes estereotipadas.*

3. Resultados obtenidos

3.1. PERFIL DE LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, EN COMPARACIÓN CON LOS HOMBRES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y CON OTRAS MUJERES

Se expone a continuación el perfil de las mujeres con problemas de salud mental que han participado en este estudio, puesto en relación con el de los hombres con problemas de salud mental - para establecer resultados comparativos según sexo -, y con el de otras mujeres (mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad).

Las mujeres con problemas de salud mental que han participado en este estudio (141) son, en su mayoría, mujeres vinculadas a ASCASAM. Seis de ellas también están vinculadas o son usuarias de servicios de otras entidades como AMICA, Padre Menni, y F. Acorde. Solo una de las mujeres no está vinculada a estas entidades, habiendo tenido conocimiento del estudio a través de la difusión del mismo desde las Unidades de Salud Mental o por redes sociales.

Por su parte, son 55 los hombres con problemas de salud mental participantes en este estudio, todos ellos usuarios de servicios de ASCASAM. Dos de ellos también utilizan servicios de otras entidades como AMICA y F. Acorde.

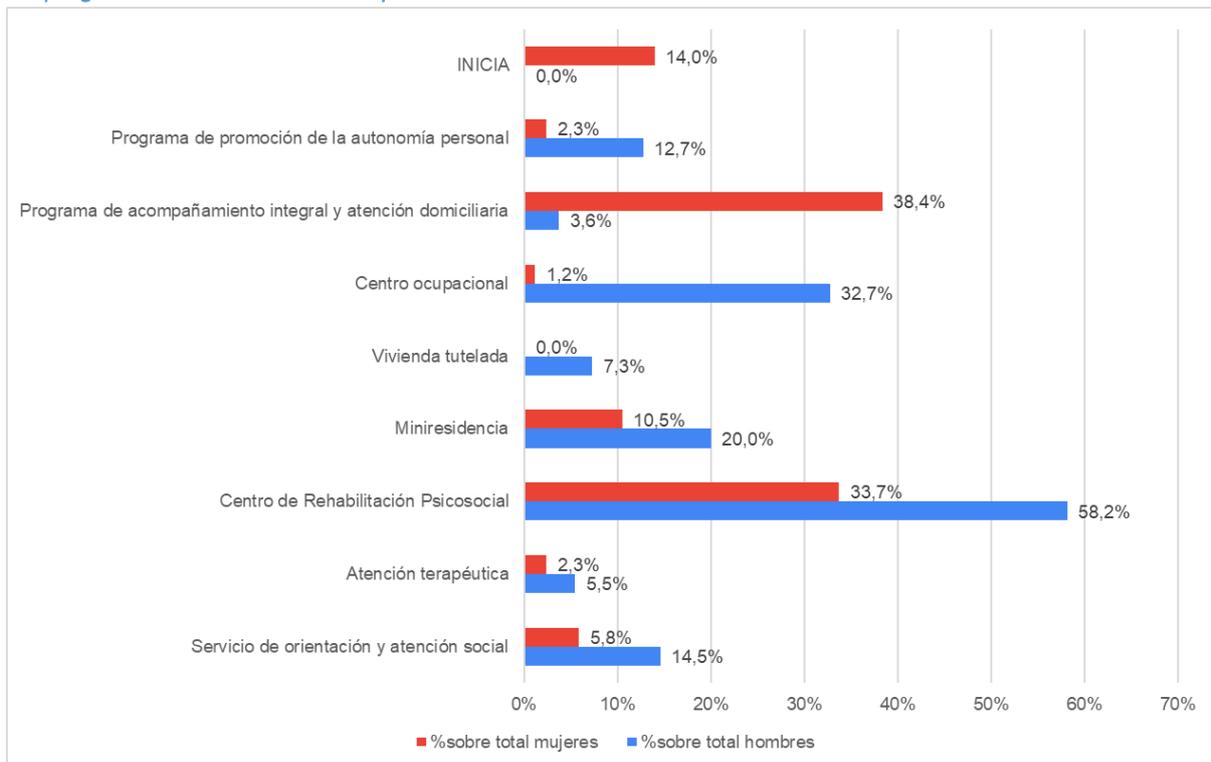
La mayoría de las mujeres (54,7%) se ha vinculado a ASCASAM en los últimos 5 años y el 10,5% hace entre 6 y 10 años. Solo el 17,4% de ellas lleva más de 10 años vinculada a la entidad. Por el contrario, la mitad de los hombres con problemas de salud mental que también ha participado en este estudio (50,9%) lleva vinculado a ASCASAM más de 10 años, siendo solo el 14,5% el porcentaje de quienes lo han hecho en los últimos 5 años.

Gráficos 1 – Muestra de personas (mujeres y hombres) con problemas de salud mental que han participado en este estudio, según años de vinculación a ASCASAM.



En cuanto a los servicios de ASCASAM que utilizan, el estudio ha contado con la participación de mujeres con problemas de salud mental usuarias de servicios muy diversos, con mayor o menor autonomía. Así, el 38,4% de las mujeres es usuaria del programa de acompañamiento integral y atención domiciliaria y el 14,0% del programa INICIA de orientación y acompañamiento socio-laboral. Entre los hombres, solo el 2,3% son usuarios del programa de acompañamiento integral y atención domiciliaria. En su caso, se ha contado con una mayor participación de usuarios de centro de rehabilitación psicosocial (58,2%, frente al 33,7% de las mujeres) y de centro ocupacional (32,7%, frente al 1,2% de las mujeres).

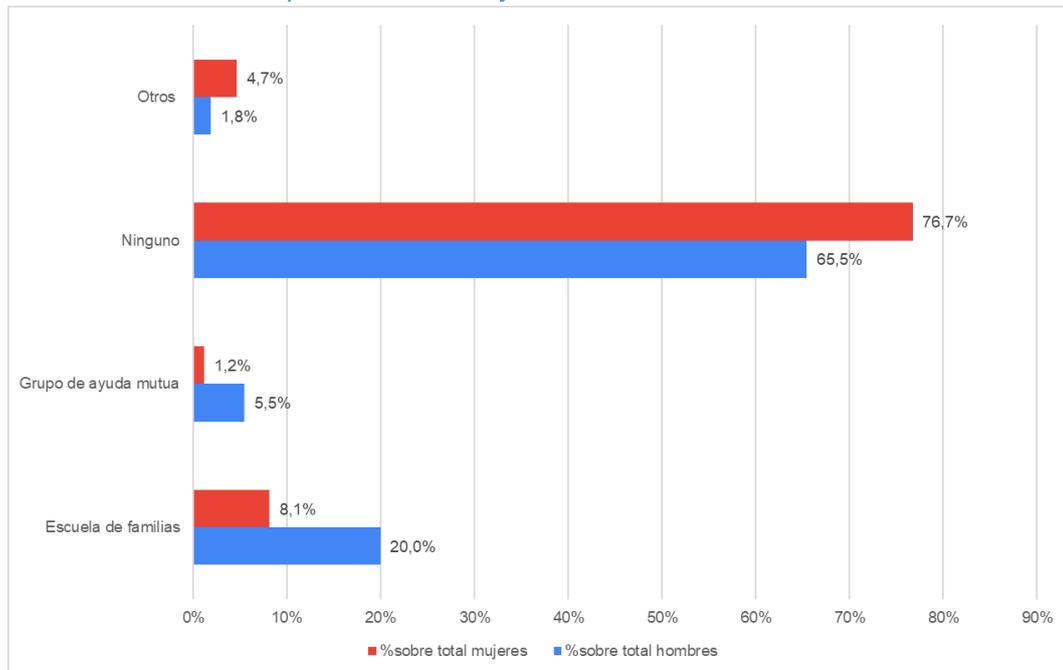
Gráfico 2 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según servicios y programas de ASCASAM de los que son usuarias.



En lo que se refiere a los servicios y programas de los que son usuarias las familias de estas personas, se observa que es más frecuente la participación de familiares de los hombres con problemas de salud mental que la de las familias de las mujeres con problemas de salud mental. Así, el porcentaje de mujeres cuyas familias no utiliza ninguno de estos servicios alcanza el 76,7%, frente al 65,5% de los hombres. Por el contrario, el 20% de las familias de los hombres participa en la escuela de familias, frente al 8,1% de las familias de las mujeres. Asimismo, el 5,5% de las familias de los hombres participa en grupos de ayuda mutua, frente al 1,2% de las familias de las mujeres.

Por otro lado, también se observa que entre las familias que participan en grupos de familias la mayoría son mujeres. De nuevo el rol de cuidadora, que también se da entre los familiares de las personas con problemas de salud mental.

Gráfico 3 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según servicios y programas de ASCASAM de los que son usuarias sus familias.

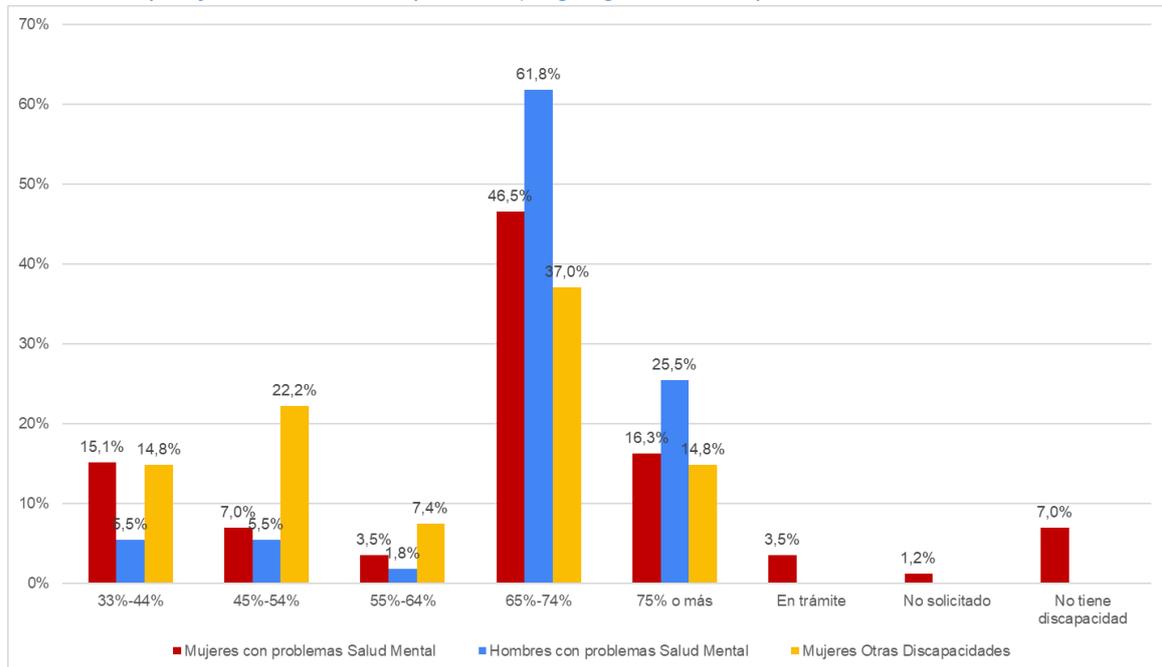


La mayoría de las personas con problemas de salud mental tiene un alto grado de discapacidad, si bien entre las mujeres se ha contado con un perfil más diverso, combinando la participación de perfiles con distintos niveles de autonomía. Así el 62,8% de las mujeres tiene un grado de discapacidad reconocido del 65% o más. En el caso de los hombres, son el 87,3% quienes presentan grados de discapacidad el 65% o más y solo el 12,7% presentan un grado de discapacidad más ligero (entre el 33% y el 64%). El 25,6% de las mujeres presentan grado de discapacidad entre el 33% y el 64%). También entre las mujeres de la muestra se ha contado con mujeres que no tienen reconocida discapacidad.

Por otro lado, entre las mujeres con otras discapacidades, el 51,9% tiene reconocido el 65% o más de discapacidad, el 7,4% entre el 55% y el 64%, el 22,2% entre el 45% y el 54% y el 14,8% entre el 33% y el 44%.

El porcentaje de discapacidad, al margen de posibilitar el acceso a otros recursos, proporciona el derecho a una prestación económica a partir del 65%, siendo por tanto menos las mujeres con problemas de salud mental, que los hombres, quienes pueden acceder a las mismas.

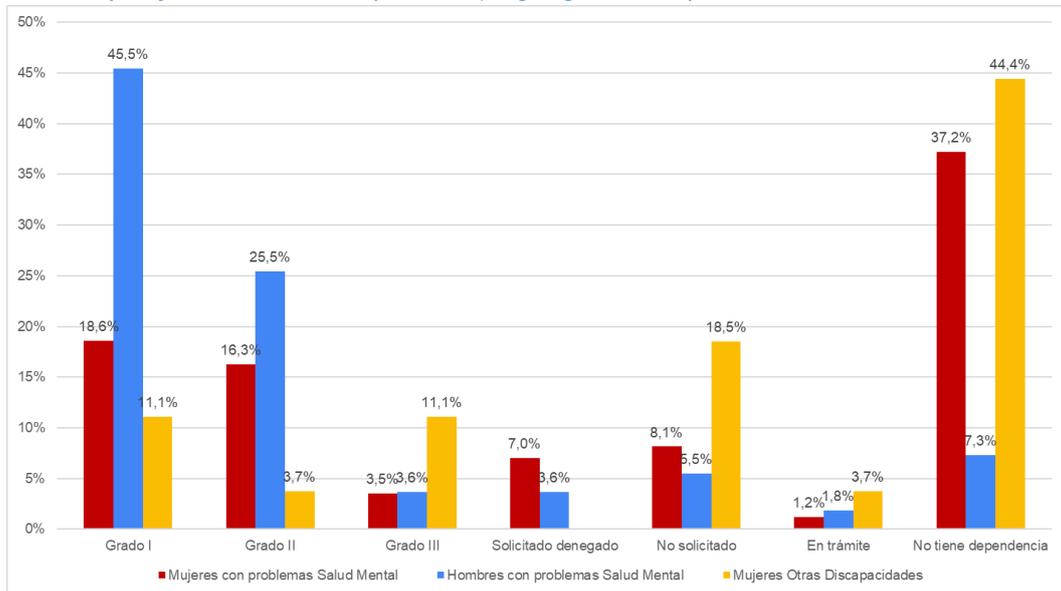
Gráfico 4 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental y mujeres con otras discapacidades) según grado de discapacidad.



Si se considera el grado de dependencia reconocido, el porcentaje de mujeres con problemas de salud mental con algún grado (I, II o III reconocido) solo alcanza el 38,4%, frente al 74,5% de los hombres con problemas de salud mental. Entre las mujeres con otras discapacidades se sitúa en el 25,9%.

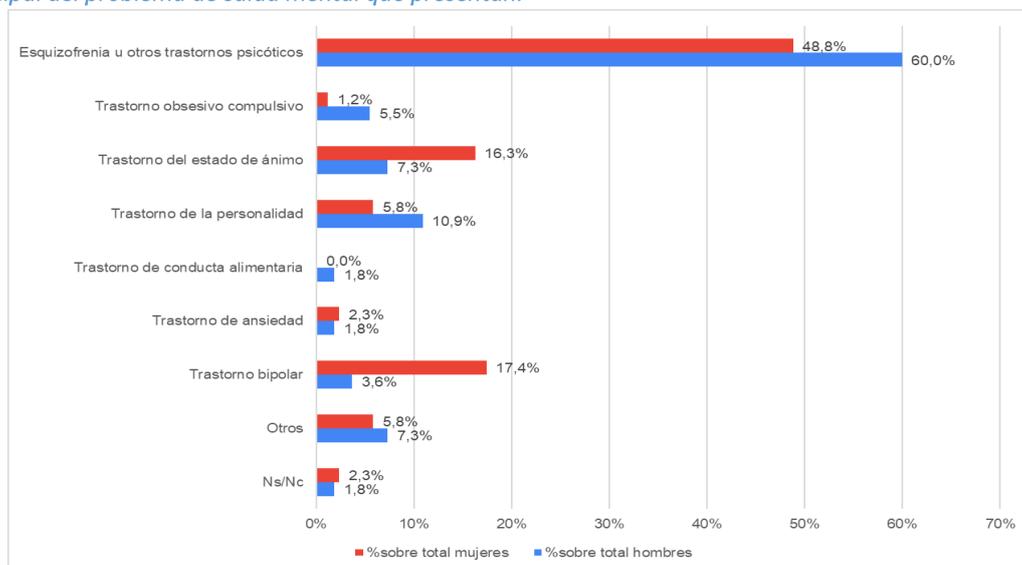
Teniendo en cuenta que para acceder a los servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) es necesario tener reconocido algún grado de dependencia, muchas mujeres (con problemas de salud mental o con otras discapacidades) quedan fuera de la posibilidad de acceder a los mismos: así para acceder a centros de atención diurna, servicio de ayuda a domicilio o teleasistencia, entre otros, se requiere grado I; si no tienen un grado II no pueden acceder a recurso residencial.

Gráfico 5 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental y mujeres con otras discapacidades) según grado de dependencia.



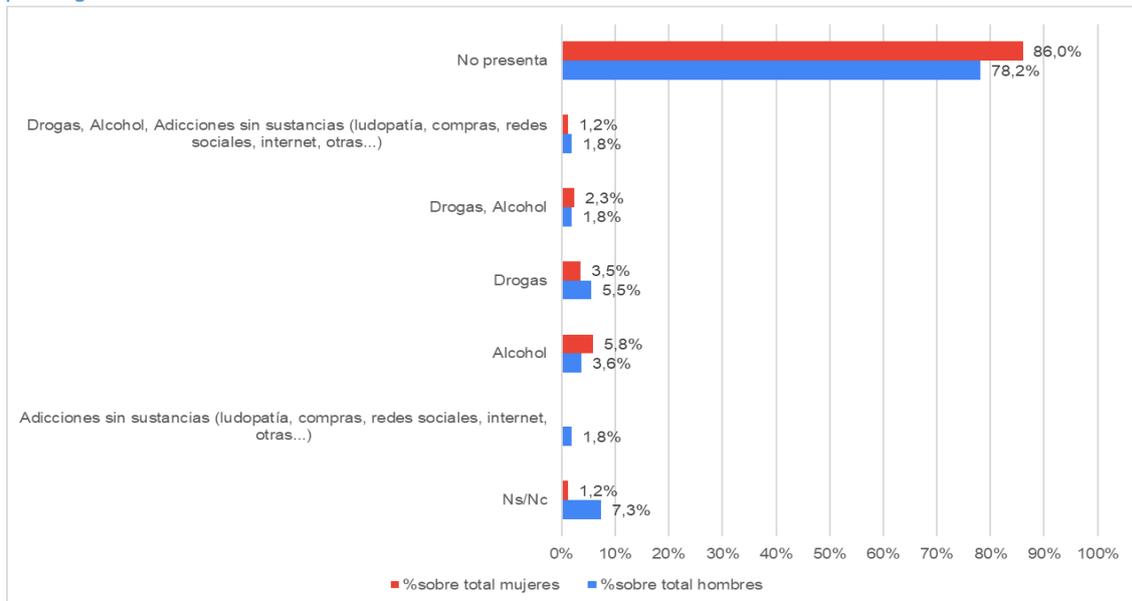
En lo que respecta al diagnóstico principal del problema de salud mental, la mayoría de las personas con problemas de salud mental que ha participado en este estudio tiene esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (el 60,0% de los hombres y el 48,8% de las mujeres). También en este caso el perfil de las mujeres es también más diverso que el de los hombres, siendo más frecuentes otros trastornos: el 17,4% presenta trastorno bipolar (frente al 3,6% de los hombres) y el 16,3% trastorno del estado de ánimo (frente al 7,3% de los hombres). Por el contrario, el trastorno de la personalidad es más frecuente entre los hombres (10,9%) frente al 5,8% de las mujeres. En cualquier caso, se trata de personas con perfiles de necesidad muy diversos, dada la sintomatología diferente de cada uno de estos diagnósticos.

Gráfico 6 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según diagnóstico principal del problema de salud mental que presentan.



Por otro lado, entre las mujeres es menos frecuente que en los hombres la concurrencia de patología dual: el 86,0% de las mujeres de la muestra no presenta patología dual. Este porcentaje es del 78,2% en el caso de los hombres.

Gráfico 7 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según si presentan patología dual.



Los hombres han sido diagnosticados mucho antes que las mujeres. Así, el 30,9% de los hombres lo fue antes de los 20 años (frente al 14,0% de las mujeres). Por el contrario, solo el 12,7% de los hombres han sido diagnosticados con edades superiores a los 40 años, frente al 23,3% de las mujeres, entre quienes es más habitual que se produzca el diagnóstico del problema de salud mental en estas edades más maduras. La mayoría de personas (tanto mujeres como hombres) fueron diagnosticadas entre los 20 y los 39 años. Edades en las que, en muchos casos, como consecuencia de la enfermedad, se frustran los recorridos y las opciones de desarrollo de estas personas en todos los ámbitos (formación, desarrollo laboral, relaciones de amistad, relaciones sociales, relaciones afectivas, proyectos de emancipación, etc.).

En este mismo sentido se observa que más de la mitad de los hombres (54,5%) lleva 20 o más años en tratamiento por su problema de salud mental, frente al 38,4% de las mujeres. Por el contrario, el 27,9% de ellas lleva menos de 10 años en tratamiento, frente al 18,2% de los hombres.

Gráfico 8 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según edad en que se diagnosticó el problema de salud mental.

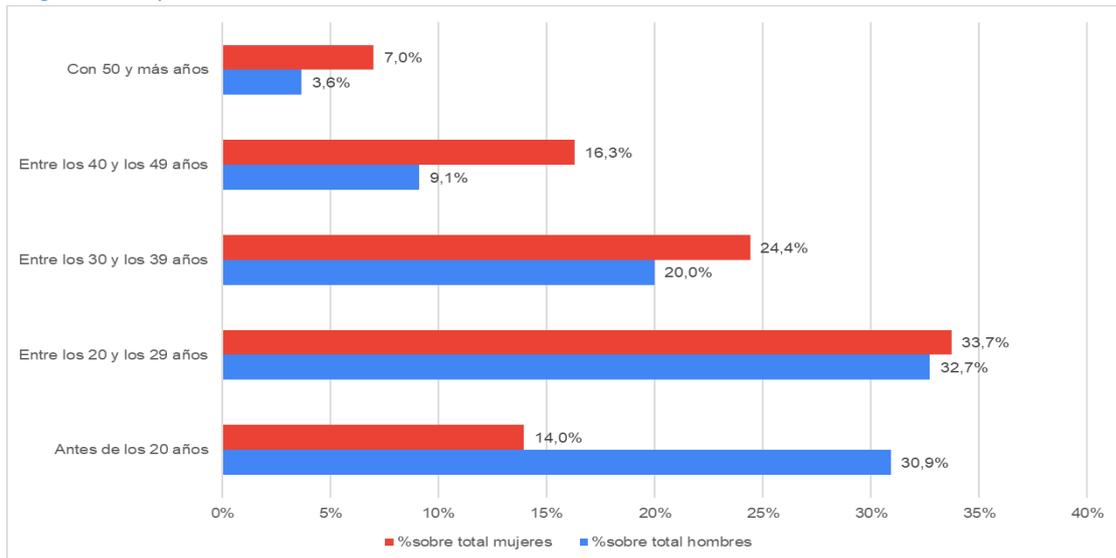
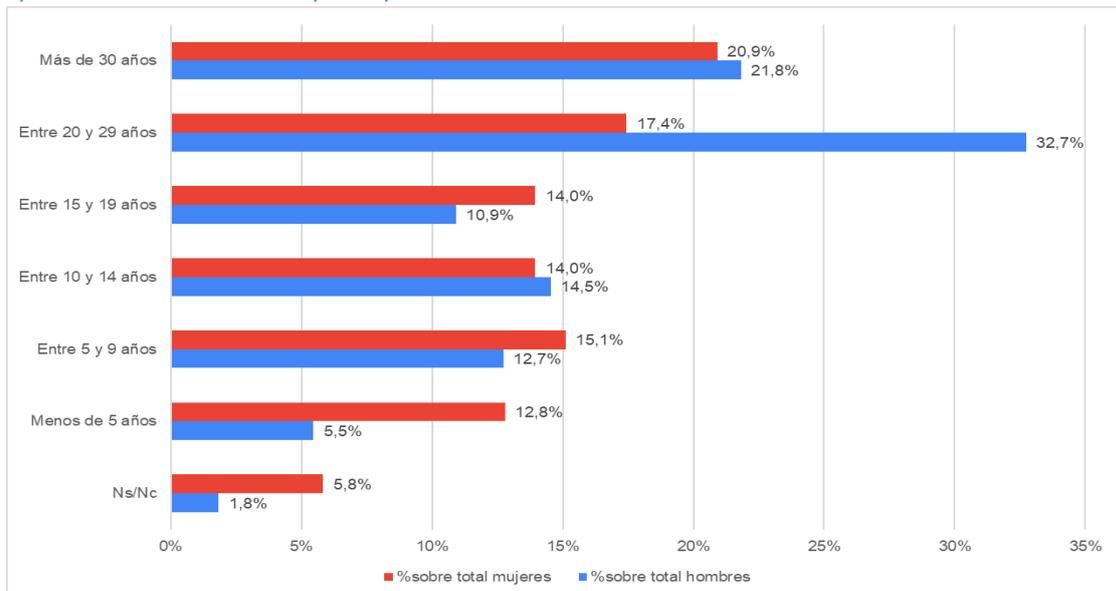


Gráfico 9 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según años aproximados en tratamiento por su problema de salud mental.

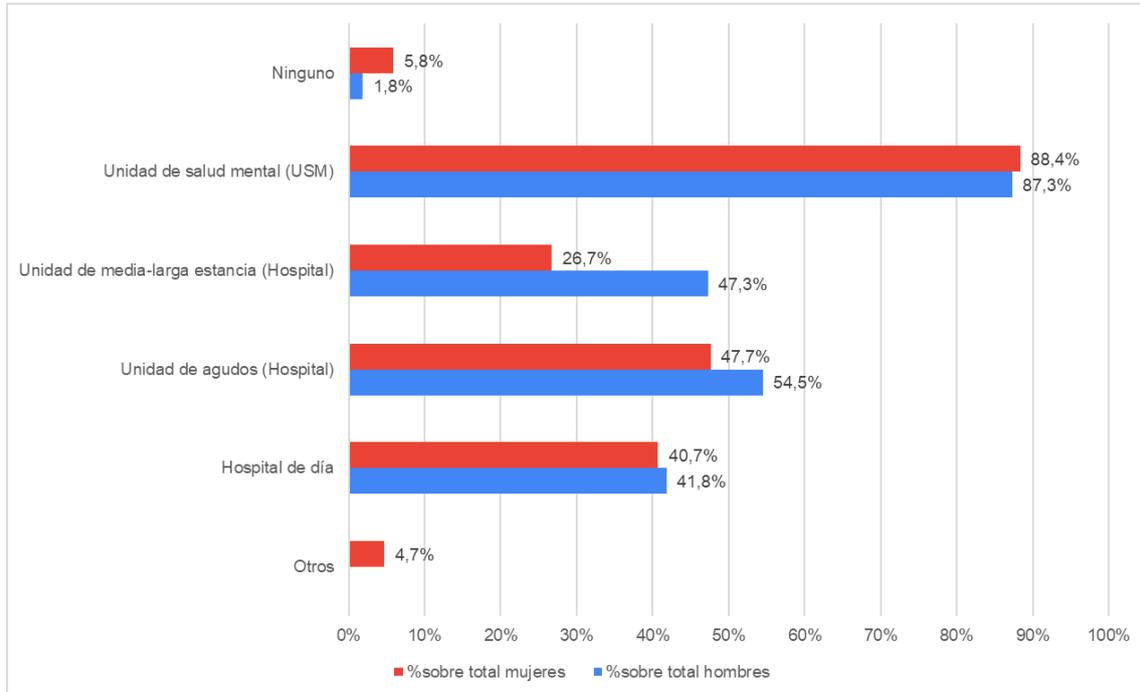


Relacionado con esta cuestión, también se observa que los hombres han utilizado con mayor frecuencia que las mujeres recursos hospitalarios del Sistema de Salud para la atención de su problema de salud mental (unidad de media-larga estancia, unidad de agudos u hospital de día) que las mujeres: el 54,5% de los hombres ha utilizado la unidad de agudos (frente al 47,7% de las mujeres), el 47,3% de los hombres ha utilizado unidad hospitalaria de media-larga estancia (frente al 26,7% de las mujeres). La gran mayoría de las personas utiliza la unidad de salud mental (USM): el 88,4% de las mujeres y el 87,3% de los hombres.

Como otros recursos sanitarios utilizados también se alude al centro de salud, centro para la rehabilitación por adicciones, centro de planificación familiar, programa de primeros episodios

(PAFIP) o urgencias en momentos de crisis (descompensaciones, intentos autolíticos u otras situaciones similares).

Gráfico 10 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según servicios sanitarios que utiliza o ha utilizado.



En este mismo sentido, los datos aportados para este estudio desde el Sistema de Salud por las Unidades de Salud Mental⁵ ponen de relieve un mayor porcentaje de mujeres que de hombres atendidos en las Unidades de Salud Mental en los programas de adultos (63,4% de mujeres frente al 36,6% de hombres). Por el contrario, en programas de atención a población infanto-juvenil hay más hombres atendidos (53,9%) que mujeres (46,1%), lo que también refuerza la hipótesis del acceso de las mujeres al sistema de respuesta en edades más tardías que los hombres.

Tabla 9 bis –Asistencia en las Unidades de Salud Mental entre Enero 2016 y diciembre 2020.

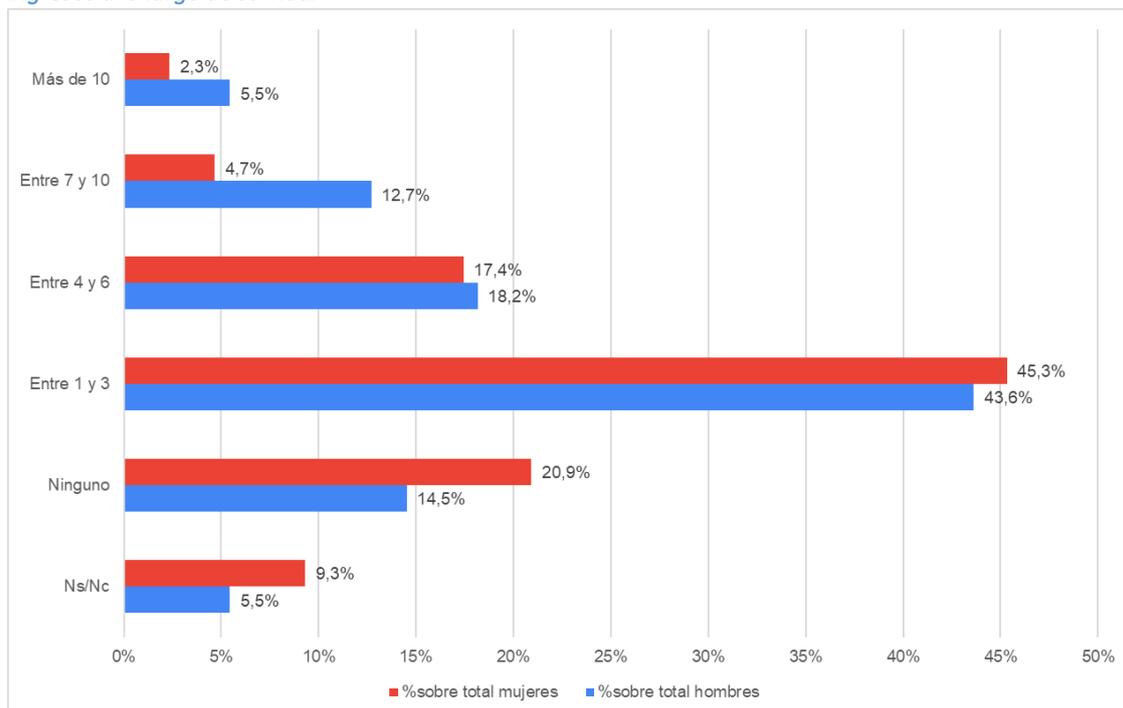
Adultos:	Nº	%
HOMBRES	7.092	36,6%
MUJERES	12.260	63,4%
Infanto-Juvenil:		
HOMBRES	2.796	53,9%
MUJERES	2.394	46,1%

Nota: Las cifras son de las personas vistas por primera vez en cualquiera de los centros asistenciales, no del número de veces que puedan haber acudido a consulta.

⁵ Fuente: Información aportada por la Unidad de Evaluación. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".

Por otro lado, también los hombres han tenido más ingresos hospitalarios para el tratamiento de su problema de salud mental que las mujeres: el 18,2% de los hombres ha tenido 7 o más ingresos a lo largo de su vida, frente al 7,0% de las mujeres. Por el contrario, el 20,9% de las mujeres no ha tenido ninguno, siendo este porcentaje del 14,5% en el caso de los hombres. En ambos casos, la mayoría ha tenido entre 1 y 3 ingresos (el 45,3% de las mujeres y el 43,6% de los hombres).

Gráfico 11 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según número de ingresos a lo largo de su vida.



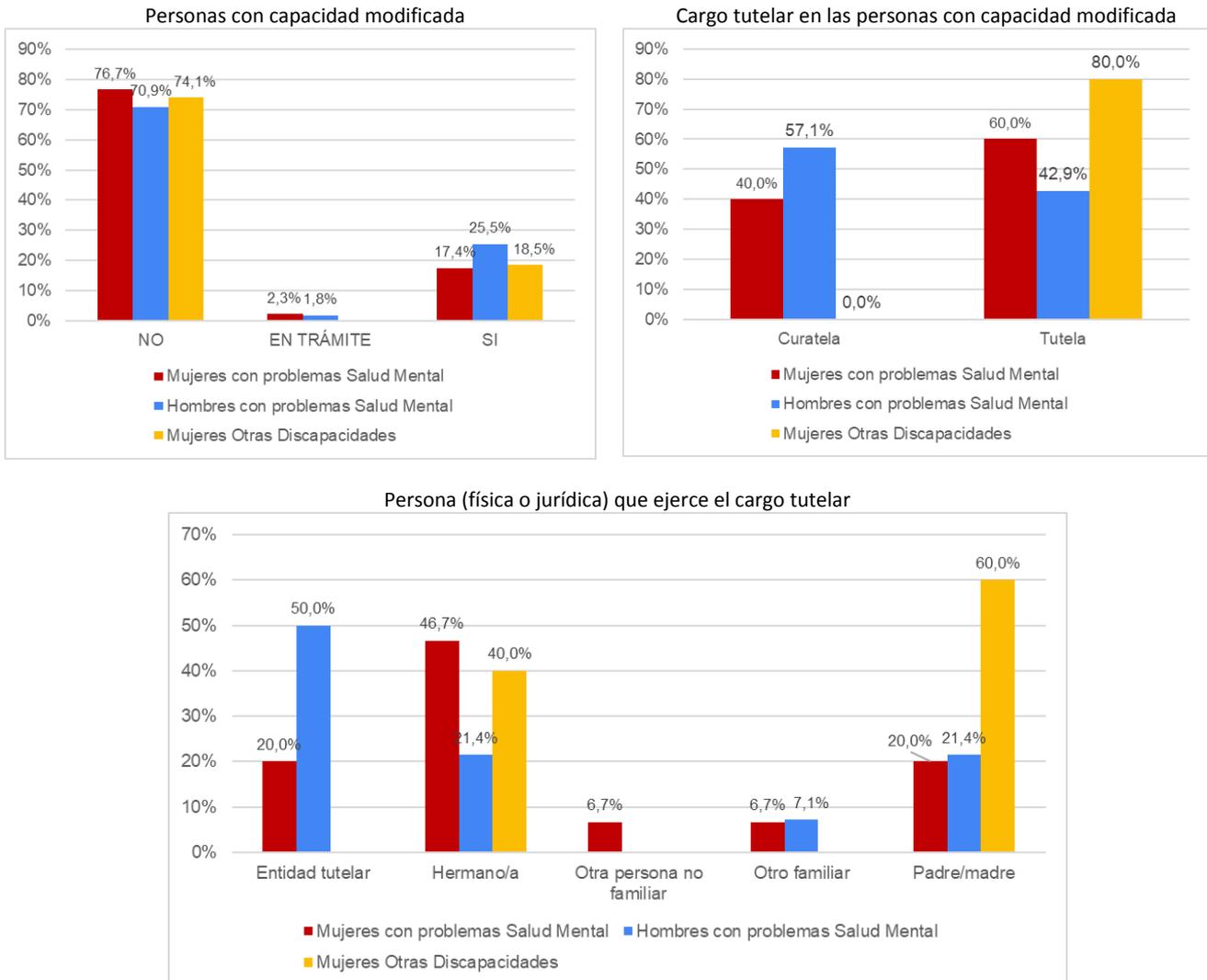
En lo que respecta a su autogobierno, la mayoría de las personas con problemas de salud mental no tiene modificada su capacidad jurídica: el 76,7% de las mujeres y el 70,9% de los hombres. El 25,5% de los hombres y el 17,4% de las mujeres sí que la tienen modificada. Asimismo, entre las mujeres con otras discapacidades, solo el 18,5% tiene modificada su capacidad.

Entre quienes la tienen modificada, las mujeres presentan en más casos una protección jurídica a través de la figura de la tutela que de curatela (el 60,0% de las mujeres tiene tutela y el 40,0% curatela), estando sometidas, por tanto, a más limitaciones en su autogobierno. En el caso de los hombres es al contrario: el 57,1% tiene curatela y el 42,9% tutela. Entre las mujeres con otras discapacidades cuya capacidad está modificada, el 80,0% también está sujeta a tutela.

En cuanto a la persona (física o jurídica) que ejerce el cargo tutelar, también se observan diferencias significativas entre mujeres y hombres con problemas de salud mental: en el caso de los hombres es más habitual la asunción del cargo tutelar por entidades tutelares (así sucede en el 50,0% de los casos). Solo el 20,0% de las mujeres está en esta situación. Por el contrario, entre las mujeres la asunción del cargo tutelar es asumida con mayor frecuencia por

el ámbito familiar, sobre todo por hermanos/as: el 46,7% de las mujeres con su capacidad modificada está sujeta a la tutela o curatela de hermanos/as. A diferencia de ellas, este porcentaje solo es del 21,4% en los hombres. En las mujeres con otras discapacidades con su capacidad modificada, la mayoría de la tutela la ejercen familiares: el 60,0% padres/madres, y 40,0% hermanos/as.

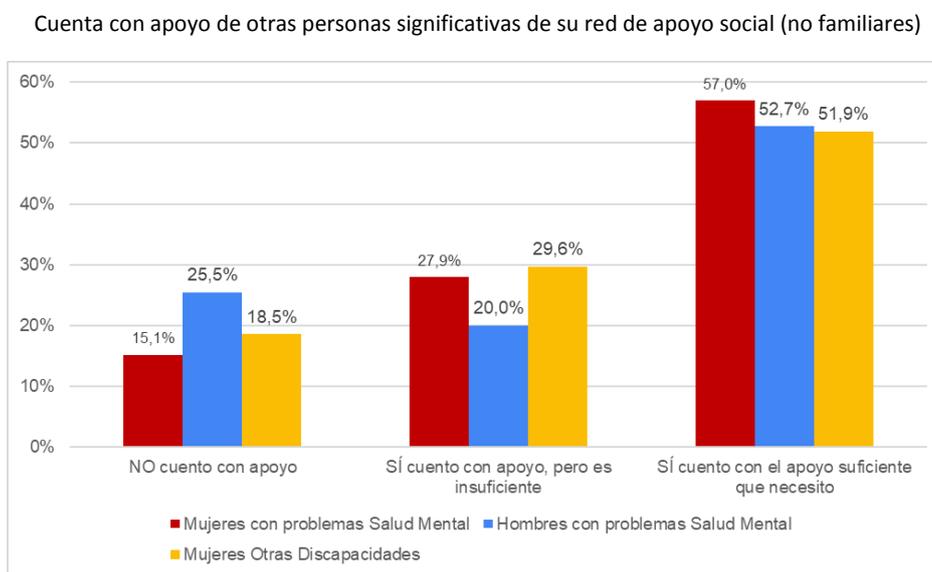
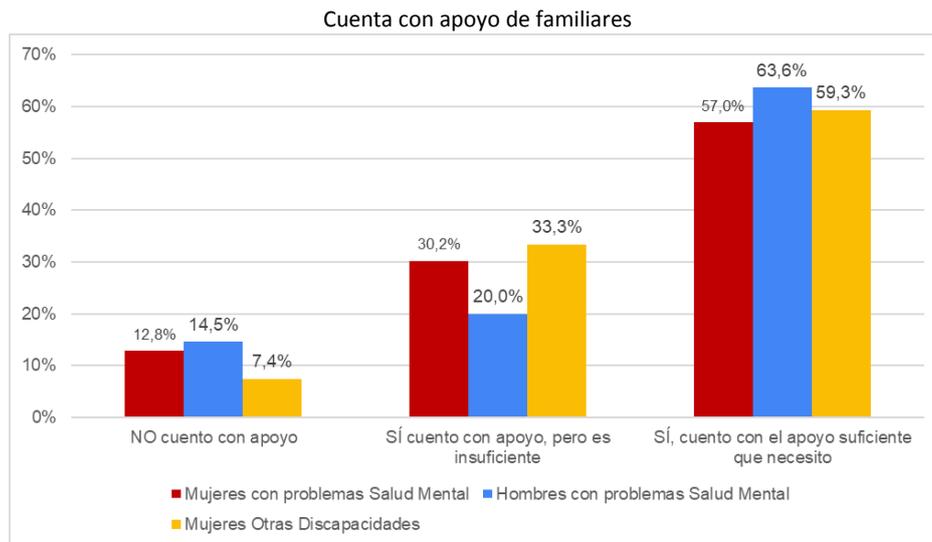
Gráficos 12 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental y mujeres con otras discapacidades) según modificación de la capacidad, cargo tutelar y persona que lo ejerce.



La mayoría de las personas con problemas de salud mental dice contar con el apoyo familiar que considera que necesita: el 63,6% de los hombres y el 57% de las mujeres así lo manifiesta. También el 59,3% de las mujeres con otras discapacidades. En el caso de las mujeres es más habitual que este apoyo no se valore suficiente: así lo manifiesta el 30,2% de las mujeres con problemas de salud mental y el 33,3% de las mujeres con otras discapacidades, frente al 20% de los hombres con problemas de salud mental.

En lo que respecta a contar con el apoyo de su red social, el 57% de las mujeres con problemas de salud mental, el 51,9% de las mujeres con otras discapacidades y el 52,7% de los hombres consideran que disponen de este apoyo. Prácticamente la otra mitad de personas no cuenta con este apoyo, o el apoyo del que dispone es insuficiente.

Gráficos 13 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental y mujeres con otras discapacidades) según red de apoyo de la que disponen.



La mayoría de las mujeres con problemas de salud mental vive, o bien con sus padres/madres (23,3%), o bien sola en su domicilio, pensión, etc. (22,1%). El 17,4% vive con su pareja o con su pareja e hijos/as, y el 9,3% vive con sus hijos/as. El 10,5% vive con hermanos/as.

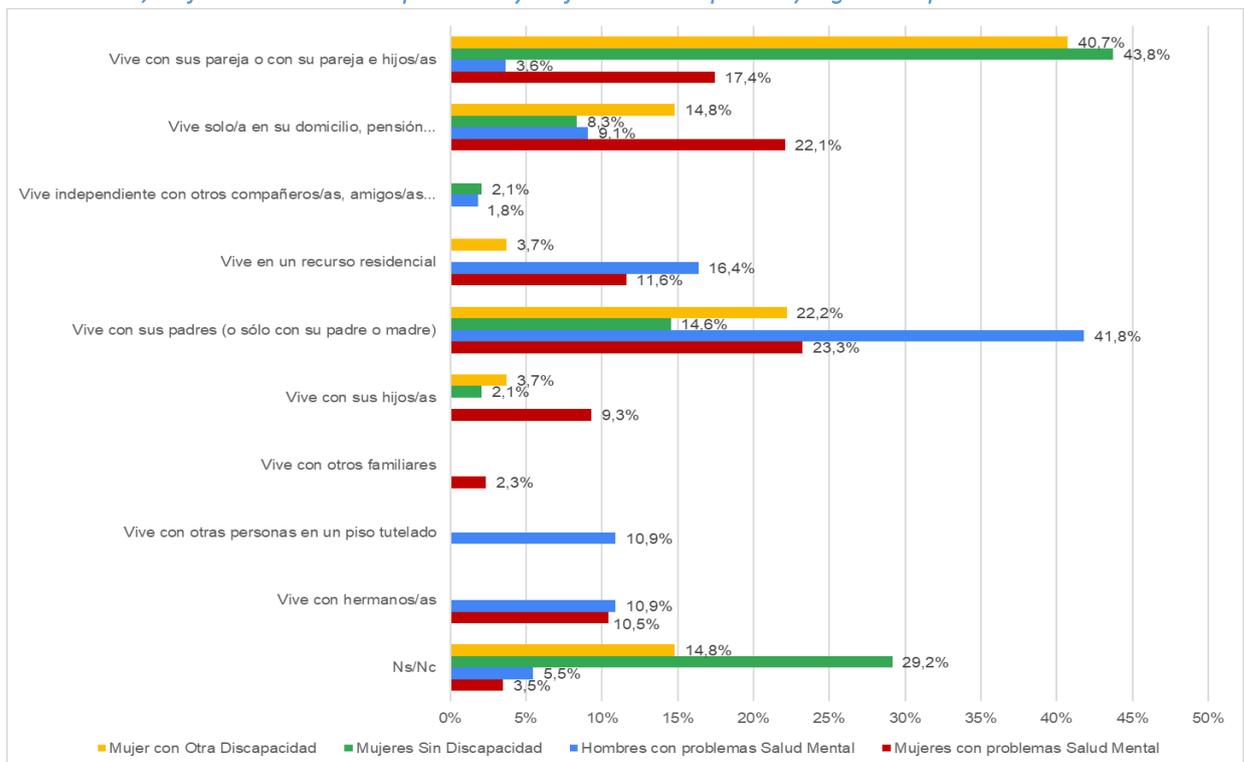
En comparación con los otros grupos se observa que:

- Los hombres con problemas de salud mental siguen viviendo con mayor frecuencia con sus padres/madres (41,8%) y en recursos residenciales o piso tutelado. El 10,9% vive con hermanos/as.
- Entre las mujeres con otras discapacidades y las mujeres sin discapacidad la opción más habitual es la de vivir con su pareja, con su pareja e hijos/as: el 40,7% de las mujeres con otras discapacidades y el 43,8% de las mujeres sin discapacidad.

Gráfico 14 – Mujeres con problemas de salud mental según con quién viven.

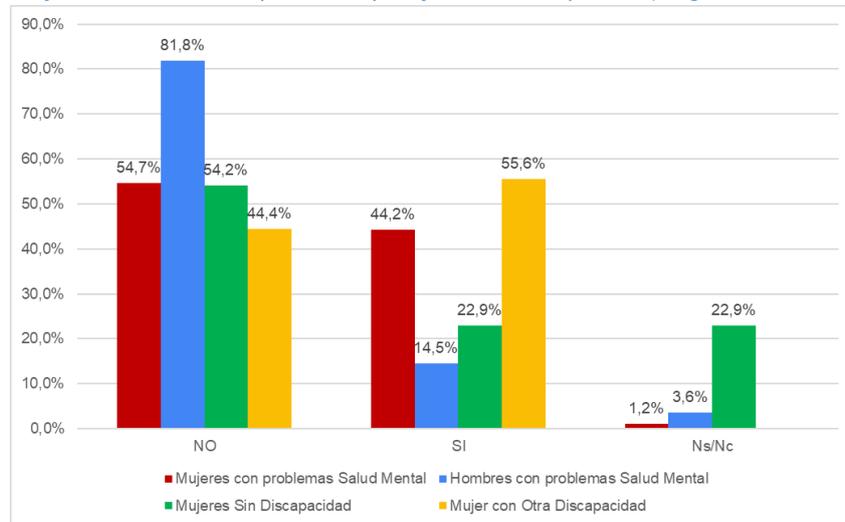


Gráfico 15 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según con quién viven.



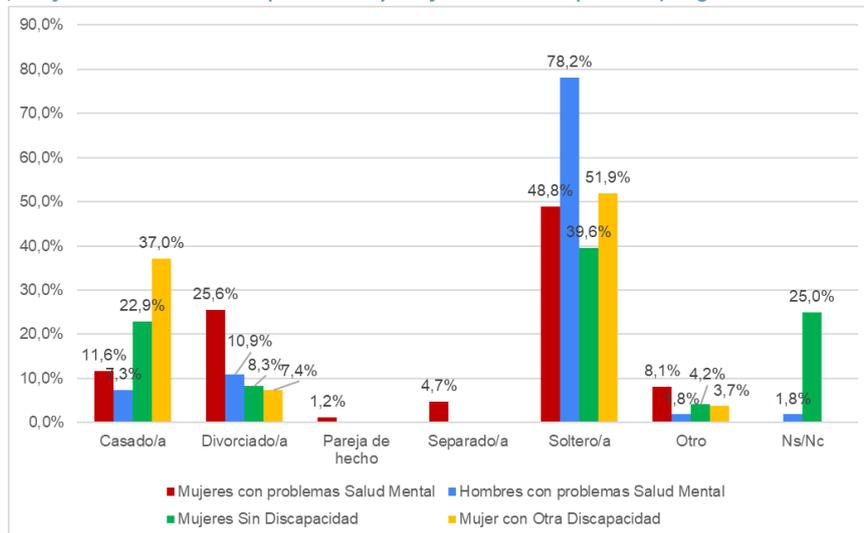
El 44,2% de las mujeres con problemas de salud mental tiene hijos/as (frente al 14,5% de los hombres con problemas de salud mental). Entre las mujeres con otras discapacidades este porcentaje se eleva al 55,6%.

Gráfico 16 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según si tienen hijos/as.



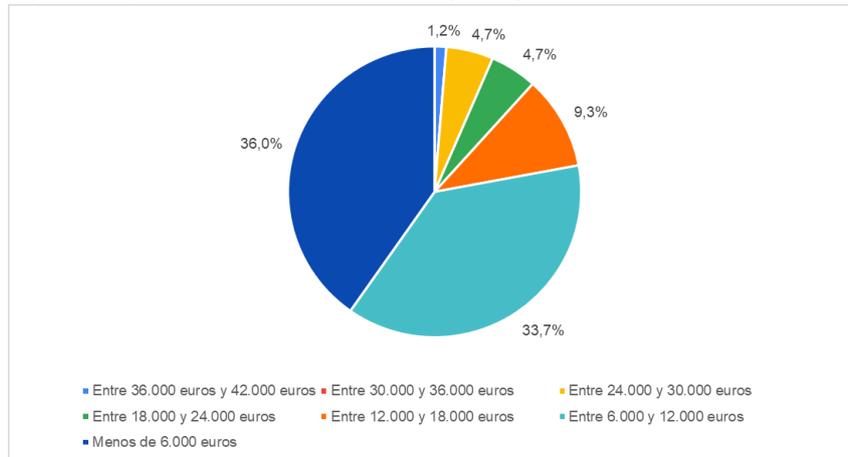
El 48,8% de las mujeres con problemas de salud mental está soltera (frente al 78,2% de los hombres), siendo más habitual que con respecto a los demás grupos haber tenido otros recorridos en este aspecto, con más experiencias y situaciones de ruptura afectiva: el 11,6% está casada, el 25,6% divorciada, el 4,7% separada. Entre las mujeres sin discapacidad, el 39,6% está soltera y el 22,9% casada. Entre las mujeres con otras discapacidades, el 51,9% está soltera y el 37,0% casada.

Gráfico 17 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según su estado civil.



En cuanto a la situación económica, el 69,8% de las mujeres con problemas de salud mental cuenta con ingresos anuales de hasta 12.000,00 € (el 36% menos de 6.000,00 € anuales y el 33,7% entre 6.000,00 € y 12.000,00 €).

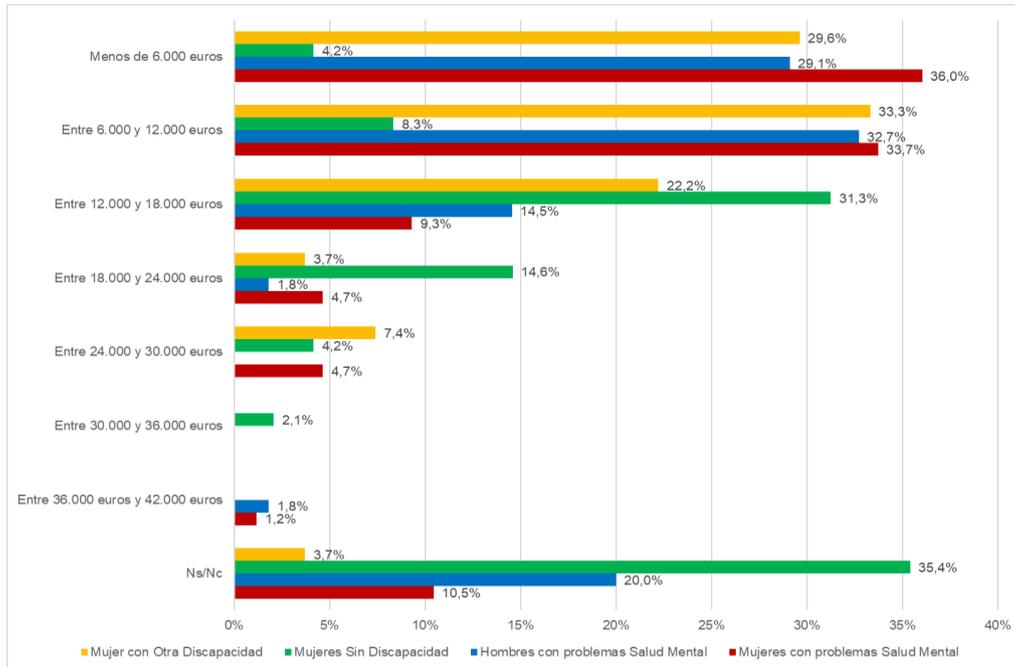
Gráfico 18 – Mujeres con problemas de salud mental según ingresos económicos anuales.



En comparación con los otros grupos, se observa que:

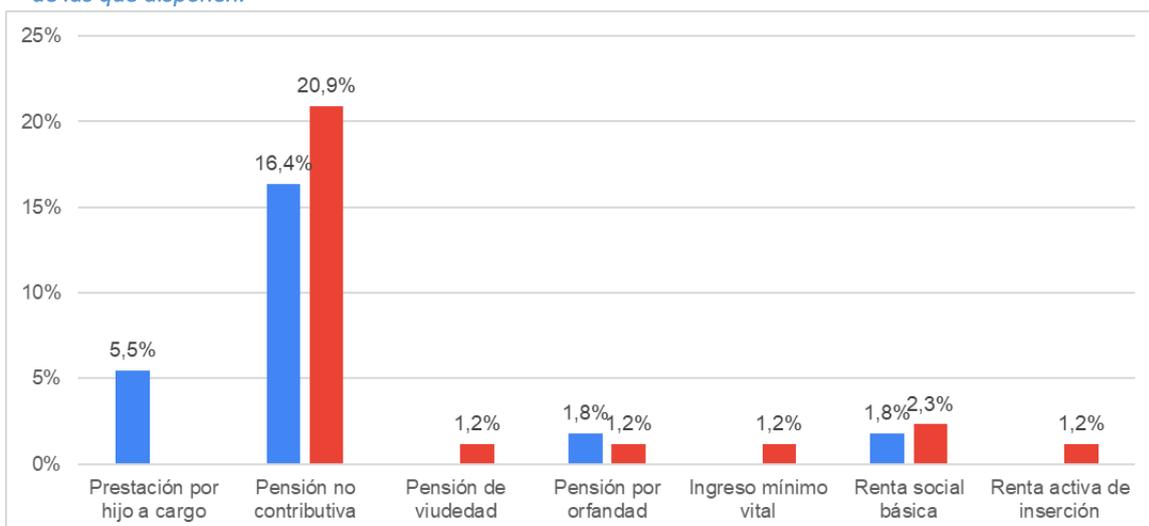
- El porcentaje de hombres con problemas de salud mental cuenta con ingresos anuales inferiores a los 12.000,00 € es ligeramente inferior que el de las mujeres: 61,8%, estando también por debajo de ellas el de quienes cuenta con ingresos anuales inferiores a los 6.000,00 € (29,1%).
- El porcentaje de mujeres con otras discapacidades con ingresos anuales inferiores a los 12.000,00 € también es ligeramente inferior que el de las mujeres (61,8%) estando también por debajo el de quienes tienen ingresos inferiores a los 6.000,00 € (29,1%).
- El porcentaje de mujeres sin discapacidad con ingresos inferiores a los 12.000,00 € solo es del 12,5% (aunque hay un alto porcentaje de mujeres que no han aportado esta información). El grupo más numeroso en este perfil se sitúa con ingresos anuales de entre 12.000,00€ y 18.000,00 € (31,3%).

Gráfico 19 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según ingresos económicos anuales.



El 20,9% de las mujeres con problemas de salud mental cuenta con pensión no contributiva (PNC) (frente al 16,4% de los hombres). El 5,5% de los hombres cobra una prestación por hijo a cargo (ninguna mujer de la muestra dispone de esta prestación). Esto puede estar relacionado con el hecho de que, al vivir con sus padres/madres, no cumple los requisitos económicos para acceder a la PNC y por ello tienen la prestación por hijo a cargo y las mujeres al vivir solas si cumplen el requisito para acceder a PNC.

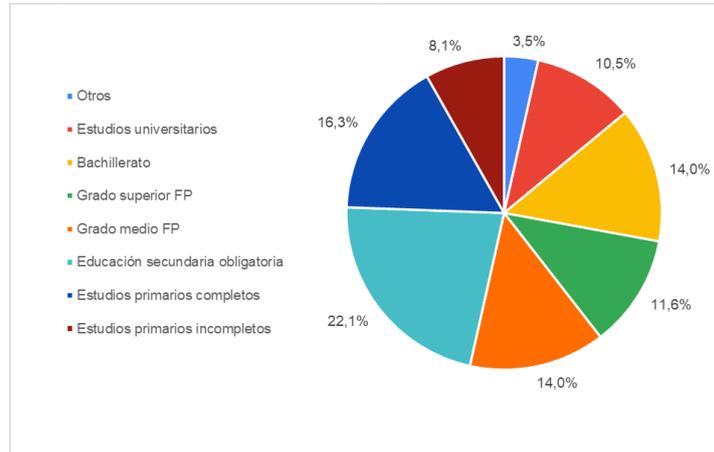
Gráfico 20–Mujeres y hombres con problemas de salud mental según pensiones o prestaciones económicas de las que disponen.



En lo que respecta al nivel de estudios, el 24,4% cuenta con estudios primarios (completos el 16,3% e incompletos el 8,1%); el 22,1% tiene la educación secundaria obligatoria. El 25,6% ha

realizado estudios de FP (grado medio el 14% y grado superior el 11,6%). El 14% ha realizado bachillerato y el 10,5% estudios universitarios.

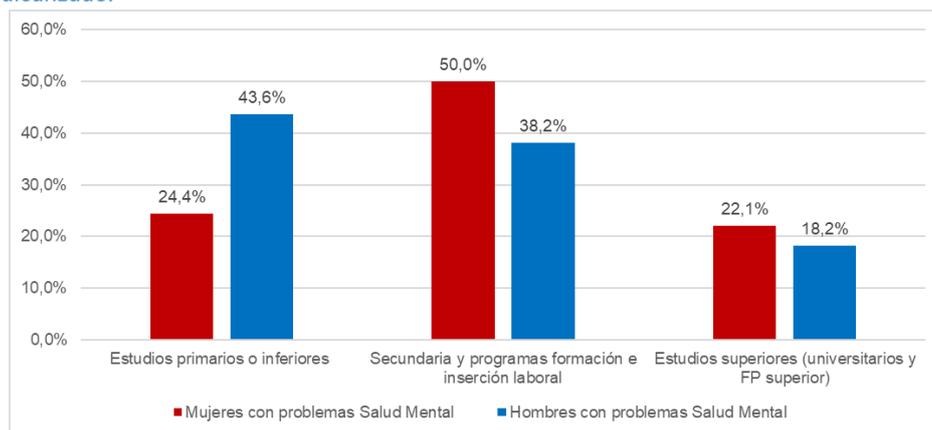
Gráfico 21 –Mujeres con problemas de salud mental según nivel de estudios alcanzado



Comparativamente con los hombres con problemas de salud mental se observa que las mujeres con esta misma problemática tienen mejor nivel formativo:

- El porcentaje de hombres con problemas de salud mental con estudios primarios o inferiores (43,6%) duplica al de las mujeres (24,4%).
- Además el 50% de ellas tiene estudios secundarios (frente al 38,2% de los hombres).
- El 22,1% de ellas tiene estudios superiores (universitarios y formación profesional superior), frente al 18,2% de los hombres.

Gráfico 22 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según nivel de estudios alcanzado.

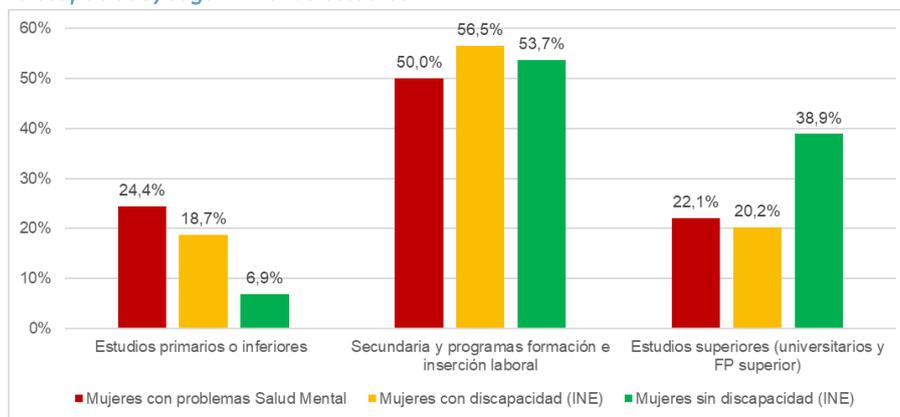


En relación con otras mujeres – con y sin discapacidad- (en este caso, teniendo en cuenta los datos que aporta el Instituto Nacional de Estadística (ámbito estatal)⁶ se observa que:

⁶ Fuente: Instituto Nacional de Estadística. El empleo de las personas con discapacidad. Datos 2019. Resultados estatales (no se dispone de datos desagregados por CCAA). Según la metodología de esta operación estadística, los niveles formativos se corresponden con la Clasificación Nacional de Educación (CNED-2000), con estas categorías: 1. Analfabetos (código 80 de la CNED-2000) 2. Estudios primarios o inferiores (códigos 11-12) 3. Enseñanza secundaria, programas de formación e inserción laboral (códigos 21-41) 4. Estudios superiores y doctorado (códigos 51-61).

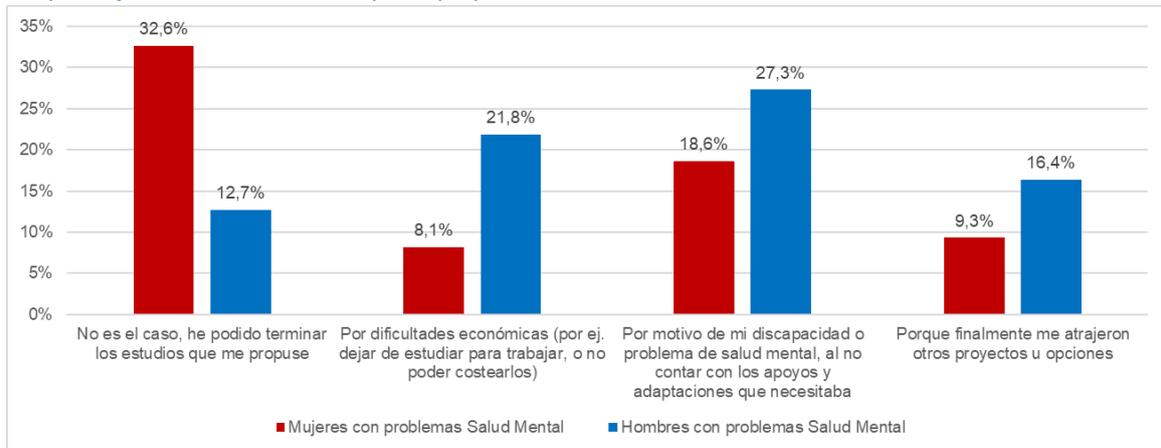
- Las mujeres con problemas de salud mental presentan un nivel de formación inferior al de otras mujeres sin discapacidad: solo el 22,1% de las primeras ha alcanzado estudios superiores, frente al 38,9% de las mujeres sin discapacidad, siendo el 24,4% quienes solo cuentan con estudios primarios o inferiores, frente al 6,9% de las mujeres sin discapacidad.
- Las mujeres con discapacidad presentan niveles educativos ligeramente más altos que las mujeres con problemas de salud mental. Así, el porcentaje de las mujeres con problemas de salud mental (24,4%) supera al de las mujeres con discapacidad (18,7%). También son más las mujeres con discapacidad (56,5%) con estudios secundarios (50,0% en el caso de las mujeres con problemas de salud mental).

Gráfico 23 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, mujeres con discapacidad y mujeres sin discapacidad) según nivel de estudios.



En cuanto a los motivos por los que no pudieron finalizar los estudios que se propusieron, el 18,6% de las mujeres con problemas de salud mental alude a las limitaciones de su discapacidad o problema de salud mental, al no contar con los apoyos y adaptaciones que necesitaba. El 9,3% porque finalmente le atrajeron otros proyectos u opciones, y el 8,1% por dificultades económicas. El 32,6% manifiesta que ha podido terminar los estudios que se propuso.

Gráfico 24 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según motivos por los que no finalizaron los estudios que se propusieron.



En cuanto a la relación con la actividad laboral, se observa que el 32,6% de las mujeres con problemas de salud mental se encuentra en desempleo y el 29,1% sin actividad ni búsqueda de empleo. Solo el 4,7% se encuentra en búsqueda activa de empleo y el 4,7% formándose con este propósito. El 18,6% tiene incapacidad laboral absoluta y el 1,2% total. El 8,1% trabaja en empresa ordinaria, el 2,3% por su cuenta y el 1,2% en centro especial de empleo.

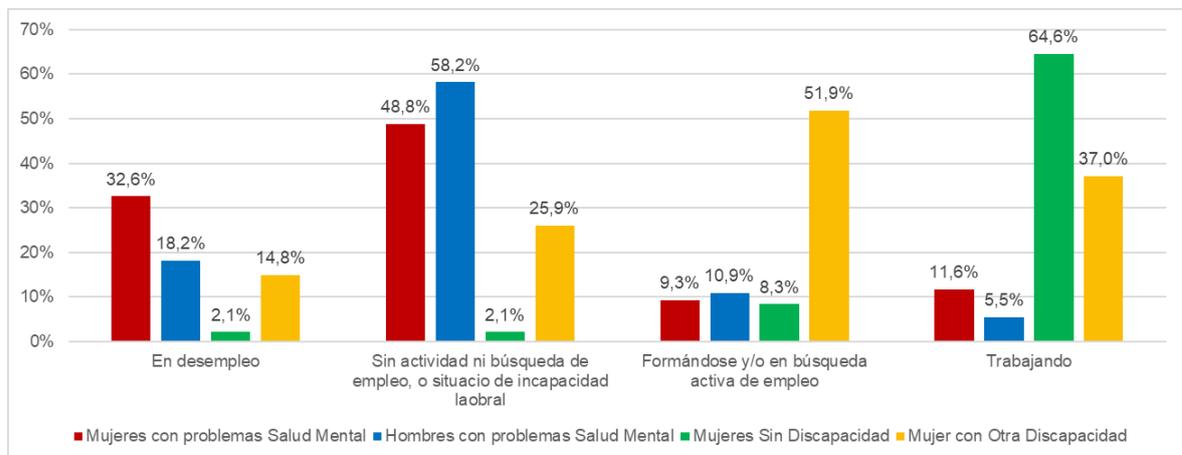
En relación con otros grupos, se observa que:

- El porcentaje de mujeres con problemas de salud mental en desempleo (32,6%) supera al de los demás grupos (18,2% de los hombres, 2,1% de mujeres sin discapacidad y 14,8% de mujeres con otra discapacidad).
- El porcentaje de personas con problemas de salud mental (hombres y mujeres) sin actividad o en situaciones de incapacidad laboral se sitúa entre el 58,2% y el 48,8% respectivamente, muy por encima de los otros grupos (25,9% en las mujeres con otras discapacidades y 2,1% en las mujeres sin discapacidad).
- Solo el 11,6% de mujeres con problemas de salud mental trabaja, frente al 64,6% de las mujeres sin discapacidad y el 37% de las mujeres con otras discapacidades.

Gráfico 25–Mujeres con problemas de salud mental según relación actual con la actividad laboral



Gráfico 26 –Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según relación con la actividad laboral.



La mayoría de las personas con problemas de salud mental (frente a los otros grupos) cuenta con experiencia laboral previa: el 89,5% de las mujeres y el 83,6% de los hombres. Entre quienes han trabajado, la mayoría lo ha hecho en modalidad de empleo ordinario. Entre las mujeres se observa con mayor frecuencia opciones de empleo autónomo (9,1% frente al 2,2% de los hombres), empleo en negocio familiar (14,3% frente al 10,9%) o empleo público (7,8% frente al 4,3%). Entre las mujeres también se observan otras opciones de trabajo, que tienen que ver con el cuidado de menores o limpieza de hogares, sin formalización de la relación laboral.

Gráfico 27– Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según si tienen experiencia laboral previa.

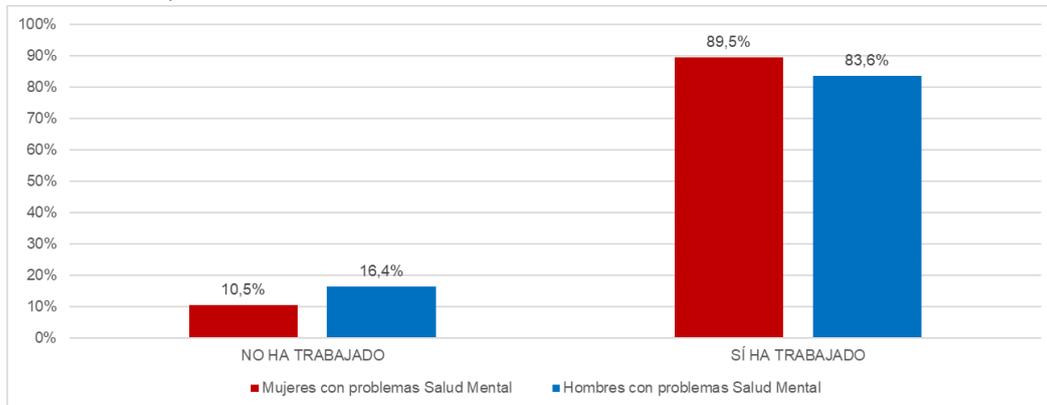
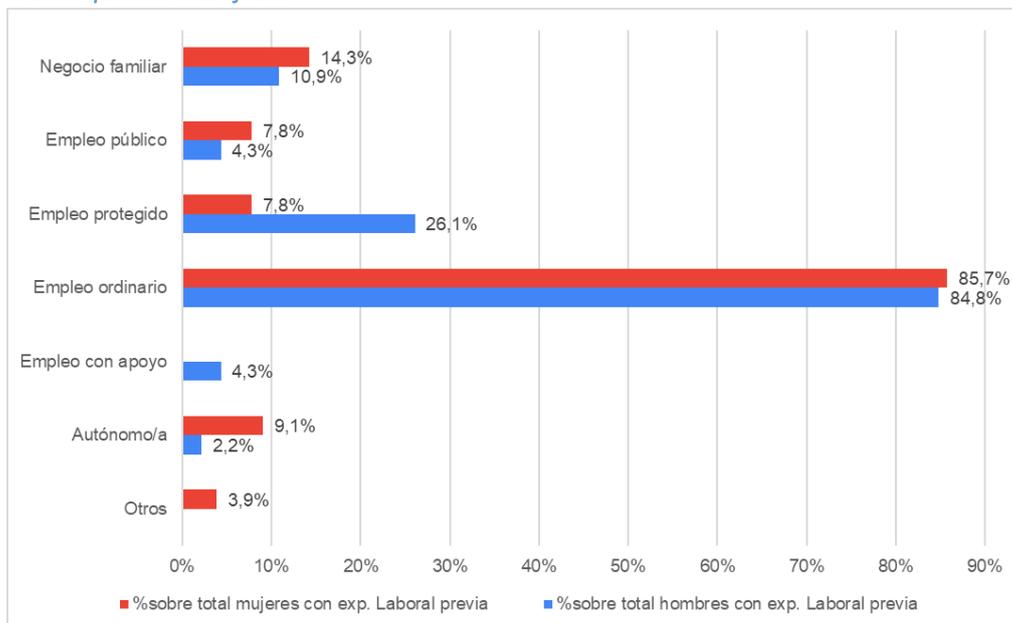
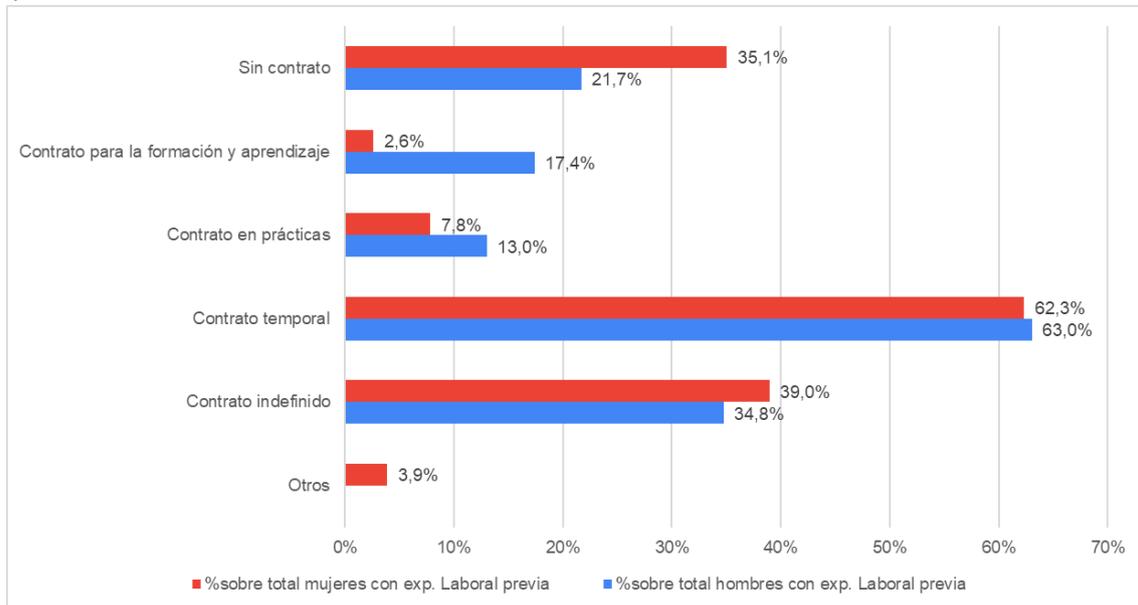


Gráfico 28 – Comparación entre mujeres y hombres con problemas de salud mental según modalidad de empleo en la que han trabajado.



Por otro lado, según el tipo de contrato, la mayoría ha trabajado con contratos temporales (el 63% de los hombres y el 62,3% de las mujeres). El 39% de las mujeres ha trabajado con contrato indefinido, y también lo ha hecho el 34,8% de los hombres. Es significativo que el 35,1% de las mujeres ha trabajado sin contrato (frente al 21,7% de los hombres).

Gráfico 29 – Comparación entre mujeres y hombres con problemas de salud mental según tipo de contrato que han tenido.



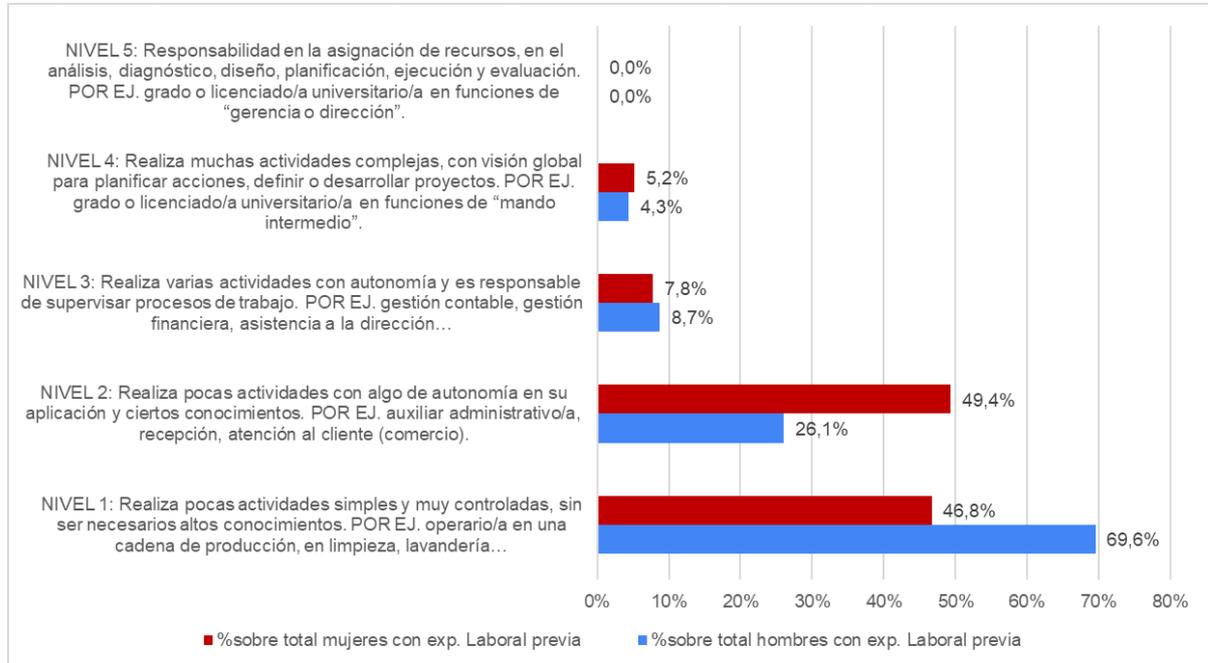
Las oportunidades de empleo de las mujeres con problemas de salud mental están sesgadas hacia empleos tradicionalmente vinculados al rol femenino. Así, la 40,3% de aquellas que han trabajado, lo han hecho en hostelería y turismo, y el 37,7% en limpieza, lavandería y asistencia doméstica. Por el contrario, los hombres han trabajado mayoritariamente en edificación y obra civil (32,6%) y también en hostelería y turismo, aunque en menor porcentaje que las mujeres (28,3%). El 21,7% ha trabajado en fabricación mecánica.

Tabla 30 – Comparación entre mujeres y hombres con problemas de salud mental según tipo de actividad en la que han trabajado (Familias profesionales del INCUAL).

Tipo de actividad (basado en familias profesionales INCUAL) en las que ha trabajado/trabaja	% sobre total hombres con exp. Laboral previa	% sobre total mujeres con exp. Laboral previa
Actividades físicas y deportivas		1,3%
Administración y gestión	4,3%	16,9%
Comercio y marketing	15,2%	15,6%
Hostelería y turismo	28,3%	40,3%
Imagen y sonido	2,2%	
Industrias alimentarias	2,2%	
Servicios socioculturales y a la comunidad	2,2%	5,2%
Textil, confección y piel	8,7%	5,2%
Imagen personal		2,6%
Limpieza, lavandería, asistencia doméstica	6,5%	37,7%
Informática y comunicaciones	2,2%	1,3%
Agraria	17,4%	2,6%
Marítimo-pesquera	4,3%	
Artes y artesanías	4,3%	
Artes gráficas	2,2%	1,3%
Servicios sociales	2,2%	3,9%
Sanidad		7,8%
Edificación y obra civil	32,6%	1,3%
Fabricación mecánica	21,7%	
Madera, mueble y corcho	6,5%	
Electricidad y electrónica, Informática y comunicaciones	10,9%	1,3%
Transporte y mantenimiento de vehículos	4,3%	1,3%
Instalación y mantenimiento	10,9%	
Industrias alimentarias	8,7%	11,7%

La mayoría de las personas ha trabajado en puestos de escaso nivel de cualificación, a pesar de su nivel formativo.

Gráfico 31 – Comparación entre mujeres y hombres con problemas de salud mental según nivel de cualificación que ha desarrollado (Según Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales)



En relación con la violencia, con carácter general las mujeres con discapacidad presentan mayor riesgo a sufrir situaciones de violencia. En concreto los resultados de este estudio ponen de relieve que:

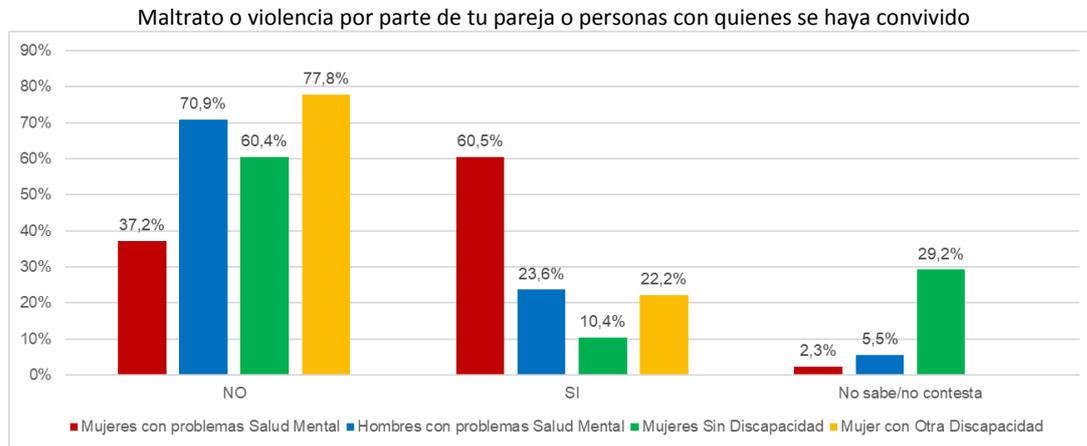
- Las mujeres con problemas de salud mental son más vulnerables que los hombres con esta misma problemática a situaciones de maltrato. Así, el 60,5% de las mujeres dice haber sufrido en alguna ocasión algún tipo de maltrato o violencia por parte de tu pareja o personas con quienes ha convivido, frente al 23,6% de los hombres. El tipo de maltrato más habitual entre las mujeres es el psicológico (86,5%), seguido del físico (69,2%), sexual (26,9%) y económico (21,2%). Entre los hombres que han sufrido maltrato es más frecuente el psicológico, físico y económico.

En cuanto al maltrato institucional (maltrato, violencia o acoso en algún servicio, centro o recurso en el que han estado), también son más las mujeres quienes lo han sufrido: el 36,0% de ellas, frente al 16,4% de los hombres. En este caso, los tipos de maltrato más frecuentes han sido el psicológico (45,2%) y el acoso o bullying (45,2%).

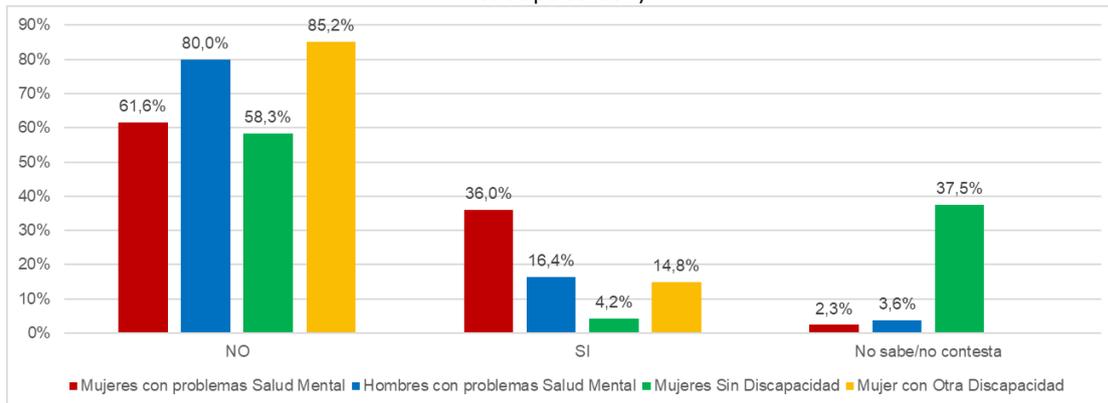
- También las mujeres con problemas de salud mental son más vulnerables que otras mujeres, tanto a sufrir violencia machista o por parte de personas con quienes hayan convivido (el 60,5% de ellas, frente al 22,2% de las mujeres con otras discapacidades y el 10,4% de las mujeres sin discapacidad).

Asimismo, son más vulnerables a la violencia institucional en otros servicios, centros o recursos (servicios sociales, educativos, etc.): el 36% de ellas, frente al 14,8% de las mujeres con otras discapacidades y el 4,2% de las mujeres sin discapacidad).

Gráficos 32- Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según si han sufrido violencia.



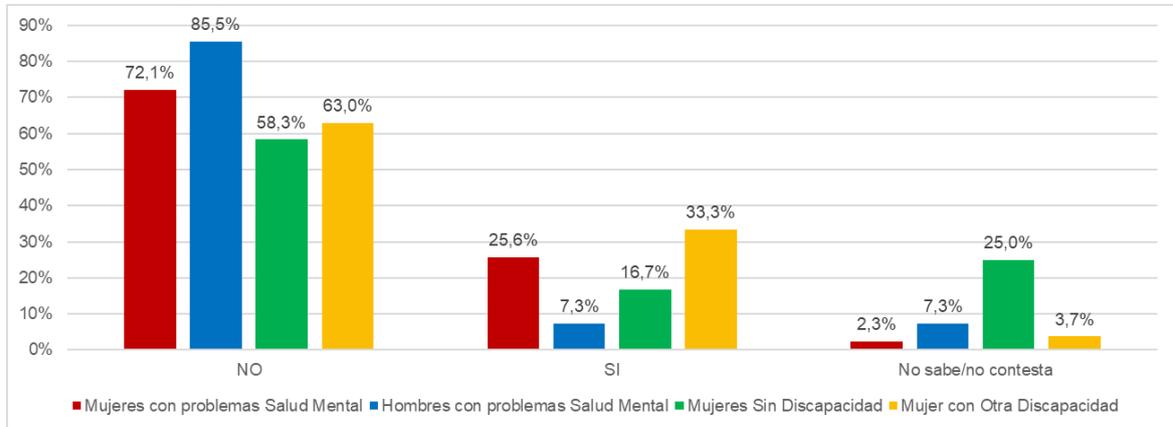
Maltrato, violencia o acoso en algún servicio, centro o recurso en el que ha estado (por parte de profesionales, otras personas...)



Con respecto a si ejercen como cuidadoras de algún familiar, se observa que tanto las mujeres con otras discapacidades (33,3%) como las mujeres con problemas de salud mental (25,6%) ejercen con mayor frecuencia que los hombres con problemas de salud mental (7,3%) y las mujeres sin discapacidad (16,7%) este rol o tarea.

Además, la mitad de las mujeres con problemas de salud mental manifiesta que ha tenido que dejar de acudir a los recursos que necesita por tener que atender estas tareas de cuidado.

Gráfico 33 - Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según si ejercen como cuidador/a de algún familiar



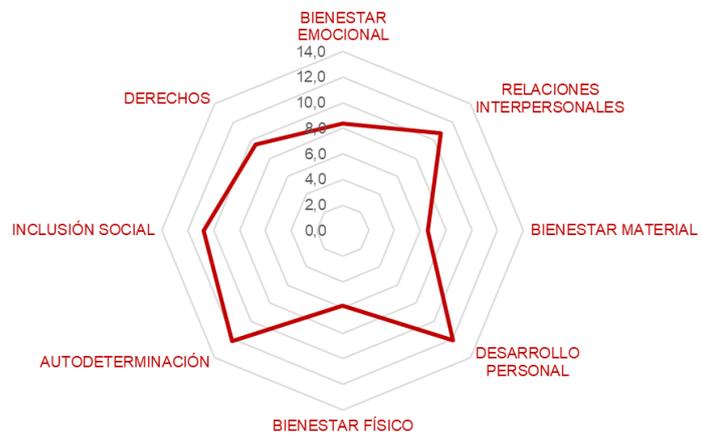
3.2. RESULTADOS EN CALIDAD DE VIDA SEGÚN VARIABLES DE PERFIL DE LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Las mujeres con problemas de salud mental que han participado en este estudio presentan un resultado medio de las puntuaciones estándar de la Escala GENCAT de 9,5 en las dimensiones de calidad de vida. Esto les sitúa en un percentil de entre 37 y 50 en los resultados de esta escala (Baremo para la muestra general). Esto quiere decir que solo entre el 37%-50% de estas personas superan en resultados de calidad de vida a otras personas.

Las dimensiones con peores resultados son las de Bienestar Físico, Bienestar Material, Bienestar Emocional y Derechos. Las dimensiones con mejores resultados son Autodeterminación y Desarrollo Personal.

Tabla y gráfico 34 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental (puntuación estándar Escala GENCAT)

BIENESTAR EMOCIONAL (BE)	8,4
RELACIONES INTERPERSONALES (RI)	10,7
BIENESTAR MATERIAL (BM)	6,6
DESARROLLO PERSONAL (DP)	12,1
BIENESTAR FÍSICO (BF)	5,8
AUTODETERMINACIÓN (AU)	12,2
INCLUSIÓN SOCIAL (IS)	10,8
DERECHOS (DR)	9,5
MEDIA	9,5

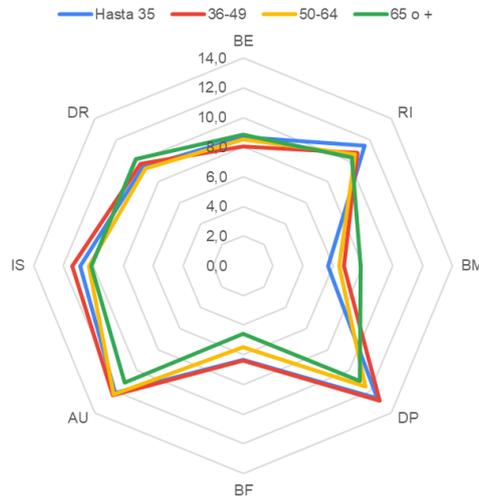


Según la edad, se observa que las mujeres con peores resultados son las que cuentan con 50 y más años, en especial por su particular deterioro en salud (bienestar físico). De hecho, entre las mujeres con 65 y más años se observan mejores resultados en bienestar emocional, bienestar material y derechos, con respecto a los otros grupos de edad.

Por otro lado, las mujeres más jóvenes (hasta 35 años) presentan mejores resultados en relaciones interpersonales, y las que cuentan entre 36 y 49 años, en desarrollo personal y autodeterminación.

Tabla y gráfico 35 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según edad.

Franja edad	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
Hasta 35	8,7	11,4	5,7	12,7	6,3	12,1	10,9	9,4	9,7
36-49	8,0	10,8	6,7	12,9	6,4	12,3	11,4	9,7	9,8
50-64	8,5	10,6	6,4	11,5	5,5	12,2	10,3	9,3	9,3
65 o +	8,9	10,3	7,9	11,0	4,6	11,1	10,1	10,1	9,3

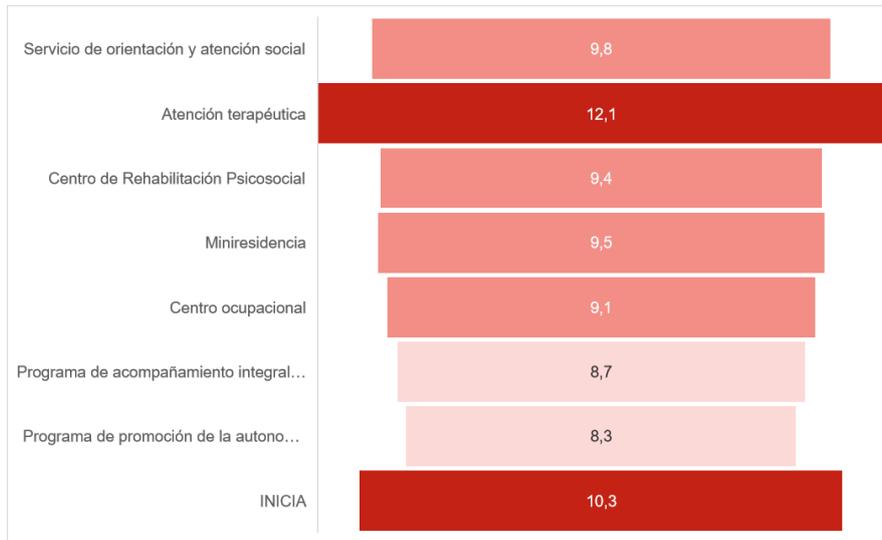


Según los servicios y programas de ASCASAM de los que son usuarias, las mujeres usuarias de atención terapéutica son quienes mejores resultados presentan seguidas de las usuarias de Programa INICIA, todas ellas con altos resultados en Desarrollo Personal, Autodeterminación, Inclusión Social, Relaciones Interpersonales y Bienestar Emocional.

Por el contrario los peores resultados se observan entre las mujeres usuarias del programa de promoción de la autonomía personal y del programa de acompañamiento integral y atención domiciliaria. En ambos casos, con resultados muy bajos en las dimensiones de bienestar físico, bienestar material y bienestar emocional.

Tabla y gráfico 36 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según servicios o programas de ASCASAM de los que son usuarias.

Servicios ASCASAM	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
Servicio de orientación y atención social	8,6	10,8	5,6	13,4	6,0	12,6	12,0	9,2	9,8
Atención terapéutica	11,5	12,5	10,5	14,0	9,0	13,5	13,5	12,0	12,1
Centro de Rehabilitación Psicosocial	9,3	10,7	7,1	11,5	6,9	11,2	10,1	8,4	9,4
Miniresidencia	9,1	10,3	7,0	12,3	8,2	10,3	10,9	8,0	9,5
Centro ocupacional	9,0	11,0	5,0	13,0	6,0	10,0	10,0	9,0	9,1
Programa de acompañamiento integral y atención domiciliaria	6,6	9,5	5,5	11,5	3,8	12,8	9,8	9,9	8,7
Programa de promoción de la autonomía personal	7,0	9,5	3,5	11,0	4,5	11,5	10,0	9,5	8,3
INICIA	8,8	12,3	5,8	13,6	6,5	13,1	11,9	10,4	10,3

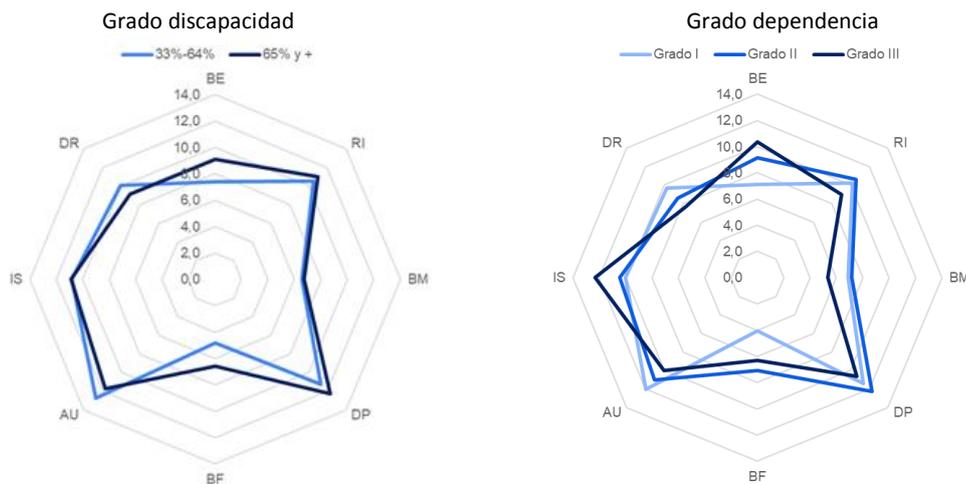


Según grado de discapacidad y grado de dependencia, las mujeres con menos grado de discapacidad (33%-64%) y dependencia (grado I) presentan mejores resultados en Autodeterminación y en Derechos que las mujeres con mayor grado de discapacidad o de dependencia. Por el contrario, tienen peores resultados en bienestar físico, bienestar emocional y bienestar material.

Tablas y gráficos 37 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según grado de discapacidad y grado de dependencia reconocidos.

Grado discapacidad	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
33%-64%	7,4	10,5	6,5	11,3	4,8	12,7	10,8	10,1	9,3
65% y +	9,1	11,0	6,7	12,3	6,6	11,7	10,9	9,1	9,7

Grado dependencia	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
Grado I	7,1	10,2	6,9	11,4	4,1	12,0	10,0	9,7	8,9
Grado II	9,1	10,6	7,1	12,3	7,1	11,0	10,4	8,6	9,5
Grado III	10,3	9,0	5,3	10,7	6,3	10,0	12,3	7,7	9,0

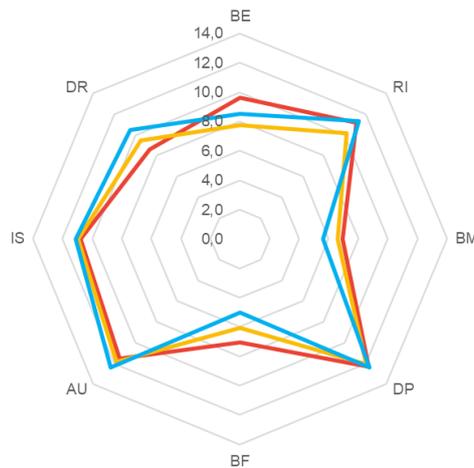


Según el diagnóstico principal de su problema de salud mental se observa que las mujeres con esquizofrenia tienen mejores resultados en bienestar emocional y en bienestar físico que aquellas con otros trastornos. Las mujeres con trastorno bipolar presentan mejores resultados en autodeterminación, derechos, relaciones interpersonales e inclusión social.

Tabla y gráfico 38 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según diagnóstico principal.

Diagnóstico	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos	9,6	11,2	6,9	12,3	7,1	11,5	10,8	8,6	9,7
Otros trastornos	7,8	10,2	6,6	12,1	6,1	11,8	10,9	9,5	9,4
Trastorno bipolar	8,5	11,4	5,6	12,4	5,0	12,4	11,1	10,5	9,6

— Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos — Otros trastornos — Trastorno bipolar



Según los años que llevan en tratamiento por su problema de salud mental, se observan mejores resultados medios en las mujeres con menos años de trayectoria en su enfermedad, siendo más altos sus resultados en las dimensiones de relaciones interpersonales, inclusión social, autodeterminación y desarrollo personal. Conforme aumentan los años en la evolución de la enfermedad, estas dimensiones se muestran cada vez más afectadas, con peores resultados.

Tabla y gráfico 39 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según años de tratamiento de su problema de salud mental.

Años de tratamiento	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
Menos de 5 años	9,0	12,6	6,7	12,6	6,4	13,0	11,7	9,7	10,2
Entre 5 y 9 años	8,5	10,6	5,4	11,1	5,8	11,6	9,9	8,8	9,0
Entre 10 y 14 años	7,7	10,4	5,8	12,5	6,0	12,1	10,8	9,3	9,3
Entre 15 y 19 años	8,5	10,8	7,2	12,7	5,7	12,7	11,3	10,3	9,9
Entre 20 y 29 años	8,8	9,9	7,8	12,3	7,5	11,5	10,3	9,3	9,7
Más de 30 años	8,3	11,0	6,9	12,0	4,3	12,3	10,8	9,4	9,4

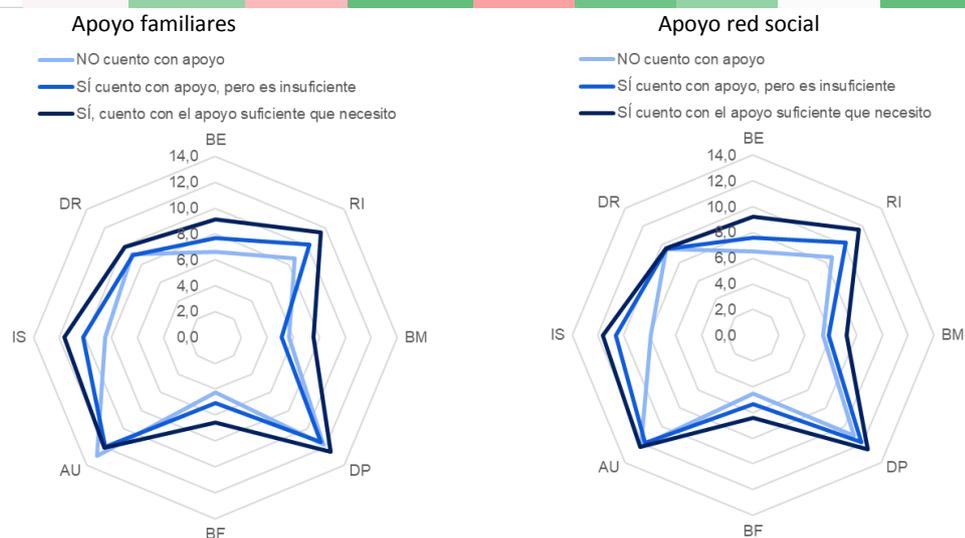


Disponer de red de apoyo familiar y social impacta de forma positiva en la calidad de vida a las mujeres con problemas de salud mental. Así, aquellas que disponen de estos apoyos presentan mejores resultados globales en su calidad de vida. Se observa, no obstante que quienes no cuentan con apoyo familiar tienen resultados más altos en autodeterminación, al haber tenido que desarrollar aprendizajes y estrategias para desarrollar una vida autónoma sin contar con estos soportes.

Tablas y gráficos 40 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según red de apoyo familiar y social con la que cuentan.

Apoyo familiares	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
NO cuento con apoyo	6,6	8,6	5,6	11,7	4,3	12,9	8,5	9,1	8,4
Sí cuento con apoyo, pero es insuficiente	7,7	10,2	5,1	11,5	5,1	12,0	10,2	9,0	8,8
Sí, cuento con el apoyo suficiente que necesito	9,1	11,5	7,6	12,5	6,6	12,1	11,6	9,9	10,1

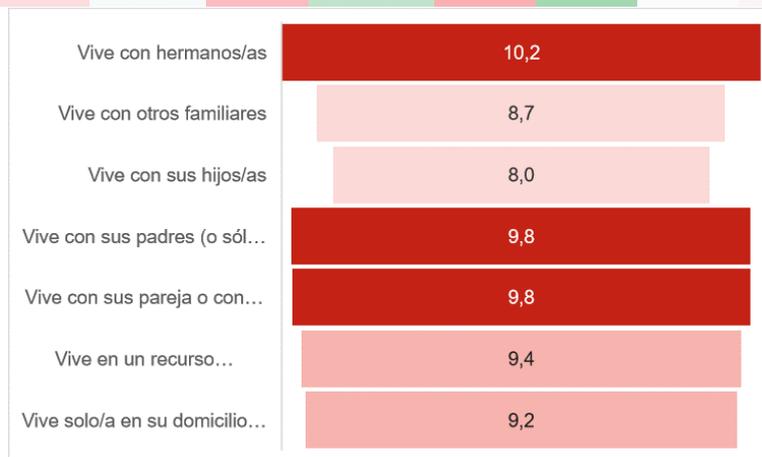
Apoyo red social	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
NO cuento con apoyo	6,5	8,6	5,4	11,0	4,5	12,2	7,9	9,5	8,2
Sí cuento con apoyo, pero es insuficiente	7,6	10,2	5,9	11,8	5,4	11,8	10,6	9,5	9,1
Sí cuento con el apoyo suficiente que necesito	9,2	11,6	7,2	12,6	6,4	12,3	11,6	9,5	10,1



En función de con quién viven, se observa que puntúan con mejores resultados en calidad de vida aquellas que viven con sus hermanos/as, padres/madres y con pareja o pareja e hijos/as.

Tabla y gráfico 41 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según con quién viven.

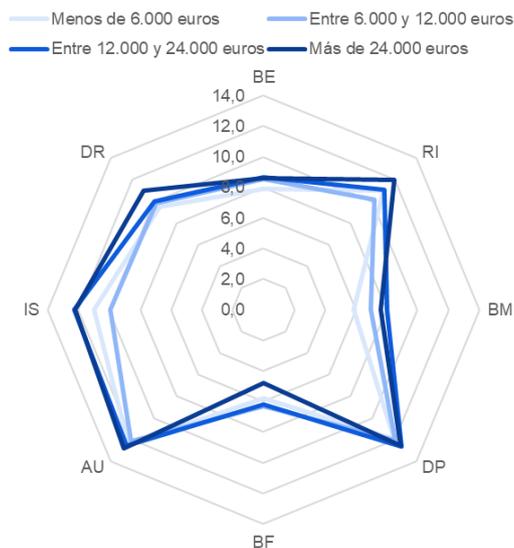
Con quién vive	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
Vive con hermanos/as	11,2	11,4	7,7	11,2	7,1	11,8	11,4	9,7	10,2
Vive con otros familiares	5,5	11,5	4,0	11,5	1,0	13,5	11,5	11,0	8,7
Vive con sus hijos/as	5,8	8,5	3,0	11,5	4,4	13,6	8,3	9,3	8,0
Vive con sus padres (o sólo con su padre o madre)	8,5	10,2	7,7	12,9	6,3	12,2	11,4	9,2	9,8
Vive con sus pareja o con su pareja e hijos/as	7,5	11,9	7,7	12,3	4,7	12,1	11,6	10,4	9,8
Vive en un recurso residencial	9,1	10,7	6,4	12,5	7,7	10,5	10,4	7,7	9,4
Vive solo/a en su domicilio, pensión...	8,2	10,3	6,2	11,5	5,4	12,2	10,1	9,7	9,2



Conforme incrementa el nivel de ingresos económicos también aumentan los resultados de calidad de vida. En especial, en dimensiones como inclusión social, derechos, desarrollo personal o bienestar emocional.

Tabla y gráfico 42 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según ingresos económicos anuales.

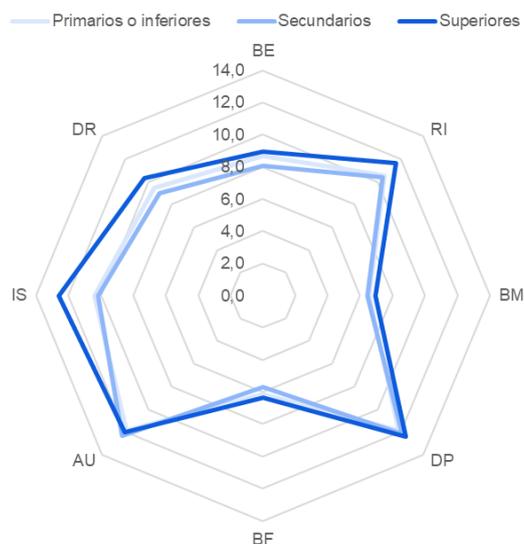
Ingresos económicos	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
Menos de 6.000 euros	7,9	11,0	5,9	12,0	5,8	12,4	11,0	9,5	9,4
Entre 6.000 y 12.000 euros	8,5	10,2	7,0	12,1	6,3	12,2	9,9	9,8	9,5
Entre 12.000 y 24.000 euros	8,7	11,1	8,0	12,7	6,2	12,6	12,3	10,0	10,2
Más de 24.000 euros	8,6	12,0	7,6	12,6	4,8	12,8	12,2	11,0	10,2



Según nivel de estudios, se observa que las mujeres con problemas de salud mental que cuentan con estudios superiores (universitarios o FP superior) tienen mejores resultados. En especial en inclusión social, relaciones interpersonales y derechos. También aumenta el resultado en la dimensión de desarrollo personal conforme aumenta el nivel de estudios alcanzados.

Tabla y gráfico 43 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según nivel estudios.

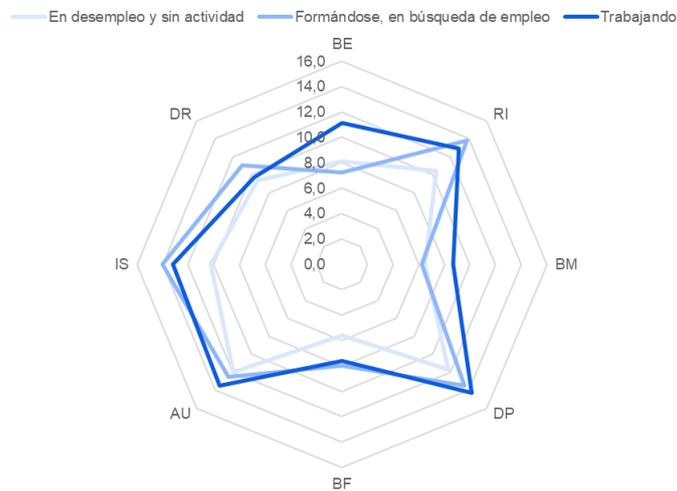
Nivel estudios	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
Primarios o inferiores	8,7	10,6	6,6	11,9	6,1	11,9	10,4	9,5	9,4
Secundarios	8,0	10,4	6,4	12,2	5,7	12,3	10,2	9,0	9,3
Superiores	8,9	11,6	6,9	12,4	6,4	12,1	12,6	10,3	10,2



Según su relación actual con la actividad laboral, se observa que aquellas mujeres que están trabajando en la actualidad presentan resultados más altos en calidad de vida. En particular en bienestar emocional, desarrollo personal, bienestar material y autodeterminación. Aquellas que están en procesos de formación y búsqueda activa de empleo destacan por tener mejores resultados en relaciones interpersonales e inclusión social.

Tabla y gráfico 44 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según relación actual con la actividad laboral.

Relación con la actividad laboral	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
En desempleo y sin actividad	8,1	10,4	6,5	11,8	5,6	12,0	10,2	9,4	9,2
Formándose, en búsqueda de empleo	7,3	13,8	6,3	13,5	8,0	12,5	14,0	11,0	10,8
Trabajando	11,1	12,9	8,7	14,3	7,6	13,5	13,2	9,7	11,4



Las mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja o de otras personas con quienes han convivido presentan peores resultados en calidad de vida, en especial, en las dimensiones de bienestar material, bienestar físico y derechos. Por el contrario, tienen mejores resultados en desarrollo personal y en autodeterminación.

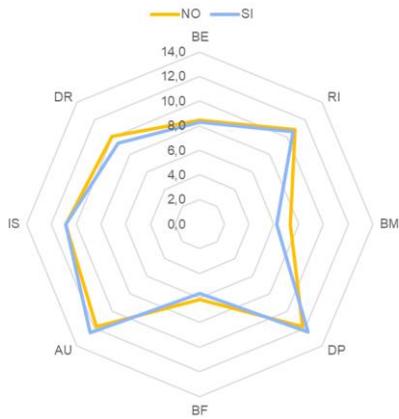
Por otro lado, aquellas que han sufrido maltrato, violencia o acoso en algún servicio, centro o recurso en el que ha estado (por parte de profesionales, otras personas...) presentan resultados significativamente más bajos que aquellas que no han sufrido esta situación. Se observa una especial afectación de su bienestar emocional, bienestar material, bienestar físico, relaciones interpersonales, e inclusión social.

Tablas y gráficos 45 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según si han sufrido situaciones de maltrato.

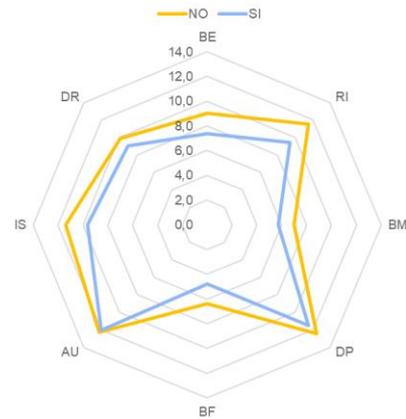
Maltrato pareja o personas con las que ha convivido	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
NO	8,4	10,9	7,3	11,8	6,1	11,8	10,8	10,1	9,6
SI	8,3	10,6	6,2	12,4	5,7	12,5	10,8	9,3	9,5

Maltrato en instituciones, servicios (ss, educación...)	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
NO	9,0	11,5	7,0	12,5	6,4	12,3	11,4	9,9	10,0
SI	7,4	9,4	5,7	11,5	4,8	12,1	9,6	9,0	8,7

Maltrato o violencia por parte de tu pareja o personas con quienes se haya convivido



Maltrato, violencia o acoso en algún servicio, centro o recurso en el que ha estado (por parte de profesionales, otras personas...)



3.3. RESULTADOS COMPARATIVOS EN CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL CON RESPECTO A LOS HOMBRES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y CON RESPECTO A OTRAS MUJERES

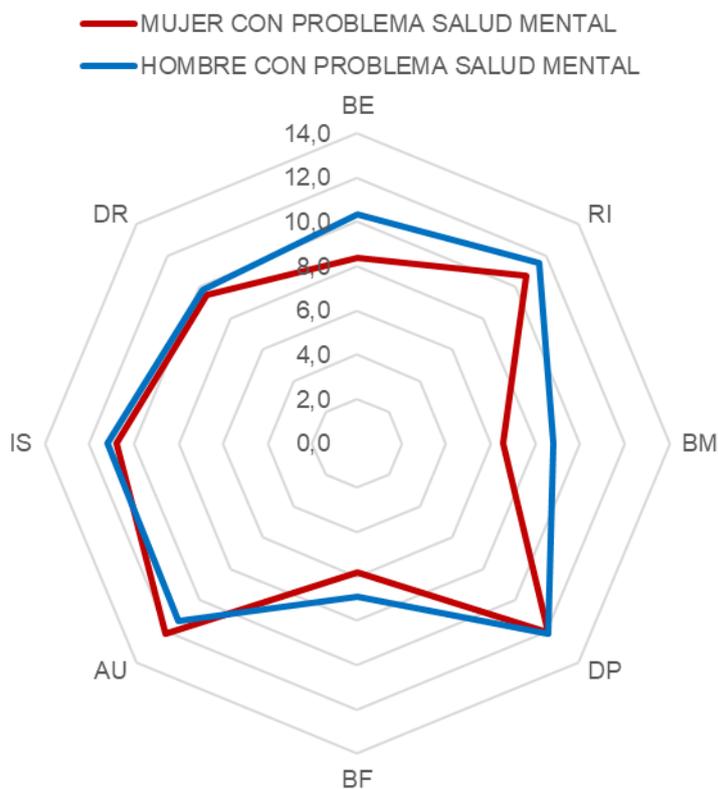
En relación con los hombres con problemas de salud mental, las mujeres con esta misma problemática presentan peores resultados en calidad de vida. En particular, en las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social y bienestar material. Solo presentan resultados más altos en la dimensión de autodeterminación y muestran iguales resultados en desarrollo personal.

La tendencia de estos resultados se mantiene también si se hace la comparativa sin considerar a las mujeres usuarias del Programa INICIA (ya que entre los hombres de la muestra no se ha considerado a usuarios de este programa). Sí se observan en esta comparación peores resultados en la dimensión de desarrollo personal de las mujeres con respecto a los hombres.

Tablas y gráfico 46 – Resultados comparativos en calidad de vida entre mujeres y hombres con problemas de salud mental.

perfil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
MUJER CON PROBLEMA SALUD MENTAL	8,4	10,7	6,6	12,1	5,8	12,2	10,8	9,5	9,5
HOMBRE CON PROBLEMA SALUD MENTAL	10,4	11,5	8,8	12,1	6,9	11,3	11,2	9,8	10,2

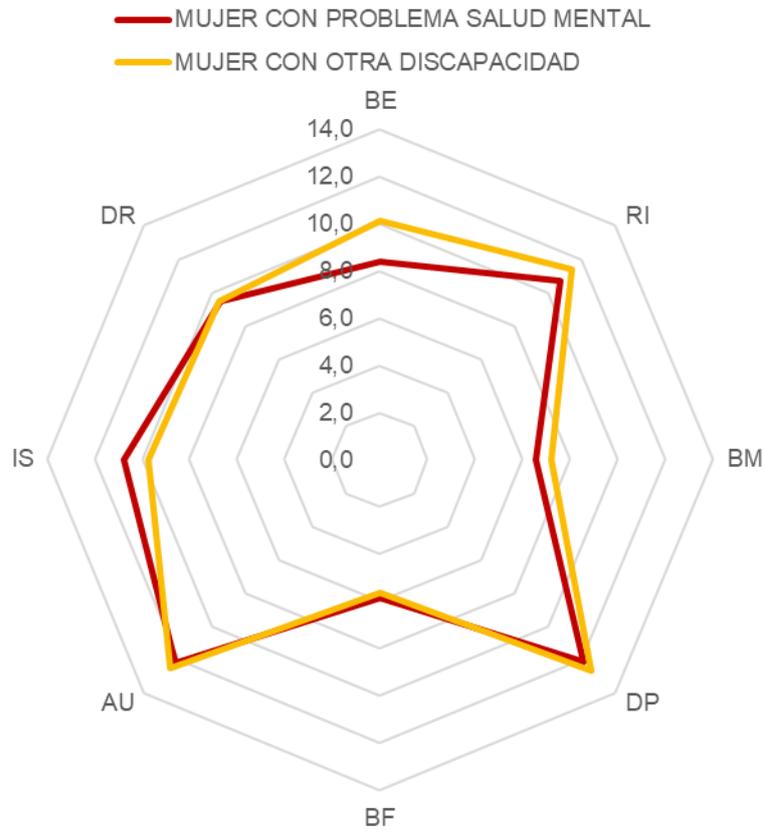
perfil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
MUJER CON PROBLEMA SALUD MENTAL (No INICIA)	8,3	10,5	6,7	11,9	5,7	12,0	10,6	9,4	9,4
HOMBRE CON PROBLEMA SALUD MENTAL	10,4	11,5	8,8	12,1	6,9	11,3	11,2	9,8	10,2



En relación con otras mujeres con otras discapacidades se observa que las mujeres con problemas de salud mental tienen peores resultados en calidad de vida. En especial en las dimensiones de bienestar emocional, bienestar material y relaciones interpersonales. En derechos presentan iguales resultados. Tienen mejores resultados en inclusión social.

Tabla y gráfico 47 – Resultados comparativos en calidad de vida entre mujeres con problemas de salud mental y mujeres con otras discapacidades.

perfil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
MUJER CON PROBLEMA SALUD MENTAL	8,4	10,7	6,6	12,1	5,8	12,2	10,8	9,5	9,5
MUJER CON OTRA DISCAPACIDAD	10,1	11,4	7,2	12,6	5,6	12,5	9,7	9,5	9,8



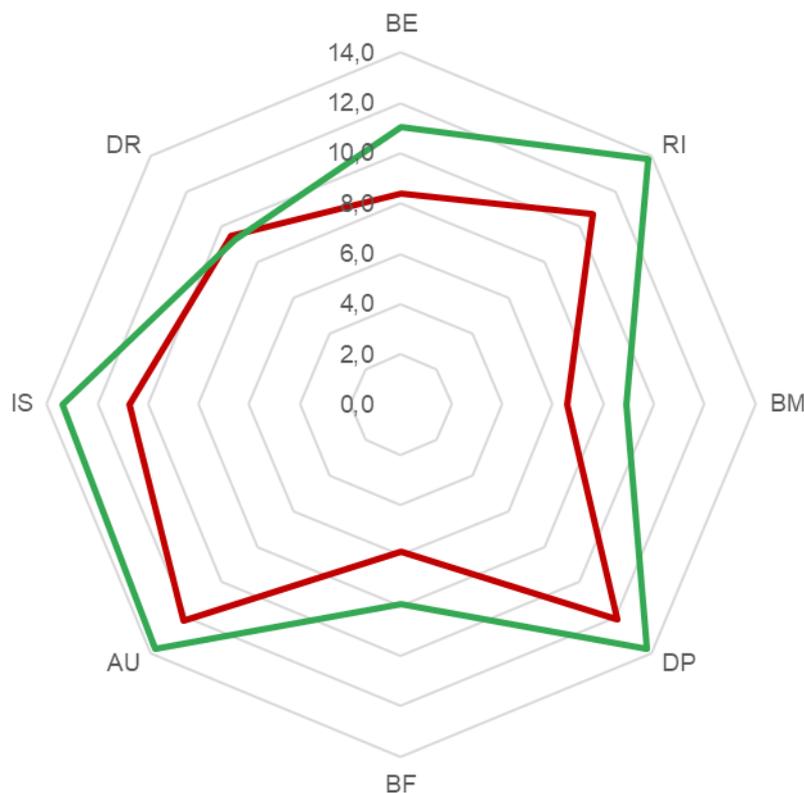
En relación con otras mujeres sin discapacidad las mujeres con problemas de salud mental tienen peores resultados en todas las dimensiones de calidad de vida, excepto en la de derechos (pero hay que tener en cuenta que en las respuestas a la escala en esta dimensión han quedado sin contestar varias cuestiones relacionadas con servicios específicos que no utilizan las mujeres sin discapacidad⁷, por lo que habría que relativizar el resultado en esta dimensión).

Son especialmente bajos en comparación con las mujeres sin discapacidad los resultados en bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, bienestar material, bienestar físico y autodeterminación.

Tabla y gráfico 48 – Resultados comparativos en calidad de vida entre mujeres con problemas de salud mental y mujeres sin discapacidad.

perfil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	MEDIA
MUJER CON PROBLEMA SALUD MENTAL	8,4	10,7	6,6	12,1	5,8	12,2	10,8	9,5	9,5
MUJER SIN DISCAPACIDAD	11,0	13,8	8,9	13,8	7,9	13,8	13,4	9,3	11,5

— MUJER CON PROBLEMA SALUD MENTAL — MUJER SIN DISCAPACIDAD



⁷ Nota: en concreto se ha dejado de contestar cuestiones de la Escala GENCAT en esta dimensión relativas a:

- En el servicio al que acude se respeta su intimidad.
- En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.
- En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuaria...).
- El servicio respeta la privacidad de la información.

4. CONCLUSIONES

Se presentan las conclusiones de este estudio, teniendo en cuenta valoraciones de carácter cualitativo recogidas en reuniones con mujeres con problemas de salud mental, profesionales de apoyo y otras personas expertas en su atención en los ámbitos de salud, servicios sociales, empleo e igualdad. Se estructuran en relación con las hipótesis de partida:

HIPÓTESIS 1 - El impacto de la triple discriminación que sufren las mujeres con problemas de salud mental (mujer, discapacidad y estigma relacionado con el problema de salud mental), comporta diferencias tanto a nivel global, como en alguna de las dimensiones de calidad de vida, respecto a otras mujeres con otras discapacidades, así como con respecto a otras mujeres sin discapacidad, y con respecto a los hombres con problemas de salud mental.

CONCLUSIONES:

- **Las mujeres con problemas de salud mental se enfrentan, al menos, a un triple nivel de discriminación**, que las sitúa como colectivo especialmente vulnerable, con particular riesgo de rechazo, aislamiento y exclusión social.
 - **Por su discapacidad.** Los estereotipos vigentes en la sociedad entorno a la discapacidad prioriza su percepción como personas con dificultades y limitaciones, y no tanto como personas con capacidades, potencialidades y posibilidades de contribuir al desarrollo social. Siguen enfrentándose a múltiples barreras de todo tipo que les niegan su condición de ciudadanía de pleno derecho y condiciones para su efectiva participación social e igualdad de oportunidades.
 - **Por su problema de salud mental.** El peso del estigma social, el déficit en su empoderamiento y participación social, la sintomatología de la enfermedad y las particularidades de sus necesidades de apoyo, intensifican la vulnerabilidad y riesgo de aislamiento, discriminación y exclusión social. Son personas con recorridos truncados por la enfermedad en los distintos ámbitos (formación, acceso al empleo, pareja, amigos/as, círculos sociales...), con un alto déficit en el desarrollo de habilidades personales y sociales, pérdida de red de apoyos (familiar y social). También se caracterizan por su alto autoestigma, inseguridad, baja autoestima y, en consecuencia, limitado empoderamiento.
 - **Por ser mujeres**, viéndose especialmente afectadas por su relegación a tareas de cuidado de otros familiares o a la realización de tareas domésticas, y viendo negada la posibilidad de retomar su desarrollo personal (habilidades, competencias, formación, etc.) que les posibiliten otras opciones de crecimiento personal y social, recorridos de mayor autonomía, oportunidades de relación social. A pesar de los avances hacia la igualdad, el sistema

patriarcal sigue estando profundamente anclado en la estructura y en la cultura social, subsistiendo múltiples situaciones de discriminación y micromachismos en todos los ámbitos y formas de relación entre mujeres y hombres, que también se reflejan en las mujeres con problemas de salud mental.

La intersección de estos factores de discriminación se traduce en su ocultamiento, aislamiento social y negación como personas con derecho a un desarrollo pleno, siendo un colectivo especialmente invisibilizado:

- Por ellas mismas, como consecuencia de su bajo empoderamiento, autoestima e inseguridad, y un especial peso del autoestigma. Al estigma social se añade la interiorización de los propios prejuicios y la negación de su capacidad, convirtiéndose para ellas en atributos identitarios, auto-limitando su desarrollo.

El autoestigma presenta un mayor impacto en las mujeres, dada su baja autoestima y autoconcepto, más agravado que en los hombres. Tienen una autopercepción negativa, con sentimientos de inferioridad en comparación con el resto de mujeres. Se cuestionan su sexualidad, sus posibilidades para ejercer como madre, de tener pareja, etc., cuestionamientos que son reforzados, principalmente en su opinión, por profesionales y familiares.

- Por la sobreprotección de sus familiares, la relegación al rol de cuidado y atención de las tareas de hogar, y la negación por parte de su entorno de su capacidad y posibilidades de crecimiento en desarrollo y autonomía personal. Realidad que no se observa en el caso de los hombres, en cuyo caso es más habitual potenciar su acceso a recursos de formación, empleo, rehabilitación, inclusión social, etc.

En estas mujeres se produce una asunción del rol de cuidadora como eje prioritario de su vida. De hecho, este estudio revela que el 25,6% de las mujeres con problemas de salud mental ejerce como cuidadora de algún familiar (frente a solo el 7,3% de los hombres).

La carga del cuidado genera incluso sentimientos de culpabilidad en las mujeres, cuando no anteponen las necesidades de los demás a las suyas, renuncian al autocuidado y tienen dificultades para mantener un autoconcepto positivo.

Es especialmente difícil para ellas identificar necesidades propias y no vinculadas a las necesidades de las personas a quienes atienden o de las obligaciones de las tareas domésticas.

- Como consecuencia de esos factores, las mujeres con problemas de salud mental presentan peores resultados en sus dimensiones de calidad de vida, tanto con respecto a los hombres con problemas de salud mental, como con respecto a otras mujeres. Así, este estudio revela que:
 - En relación con los **hombres con problemas de salud mental**, presentan peores resultados en calidad de vida. En particular, en las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, bienestar material y desarrollo personal.
 - En relación con otras **mujeres con otras discapacidades** tienen peores resultados en calidad de vida. En especial en las dimensiones de bienestar emocional, bienestar material y relaciones interpersonales.
 - En relación con otras **mujeres sin discapacidad** presentan resultados especialmente bajos en bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, bienestar material, bienestar físico y autodeterminación.

HIPÓTESIS 2- La calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental se ve afectada por su perfil y vivencias, vinculado a la sintomatología, las características, la trayectoria de la enfermedad y el estigma social. Existen diferencias en la percepción de calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental en función de distintas variables de su perfil relacionados con su historia y vivencias (edad, estado civil, núcleo de convivencia, si tienen o no hijos/as, desarrollo laboral, etc.), con una particular afectación de las dimensiones de bienestar emocional, bienestar físico y bienestar material.

CONCLUSIONES:

- **La calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental se sitúa por debajo de la de otras personas.** En base a los resultados de la Escala GENCAT, presentan un resultado medio (puntuaciones estándar) de 9,5, lo que les sitúa en un percentil de entre 37 y 50 (Baremo para la muestra general). Esto quiere decir que solo entre el 37%-50% de estas mujeres superan en resultados de calidad de vida a otras personas.

La mayoría de personas (tanto mujeres como hombres) fueron diagnosticadas entre los 20 y los 39 años. Edades en las que, como consecuencia de la enfermedad, se frustran los recorridos y las opciones de desarrollo de estas personas en todos los ámbitos (formación, desarrollo laboral, relaciones de amistad, relaciones sociales, relaciones afectivas, proyectos de emancipación, etc.).

A las dificultades y sintomatología del problema de salud mental, se añaden otros elementos adicionales relacionados con la frustración de su proyecto vital y la pérdida de relaciones que redundan en su aislamiento y exclusión social.

Todo ello, además, agravado por la realidad del estigma social, el rechazo y discriminación hacia este colectivo.

- **Presentan resultados especialmente bajos en las dimensiones de Bienestar Emocional, Bienestar Material, Bienestar Físico y Derechos.**

- En bienestar emocional, los servicios donde las usuarias presentan peores resultados son los programas de promoción de la autonomía personal y de acompañamiento integral y atención domiciliaria. Los mejores resultados se observan entre las usuarias de atención terapéutica.
- En bienestar físico también los servicios donde las usuarias presentan peores resultados son los programas de promoción de la autonomía personal y de acompañamiento integral y atención domiciliaria. Los mejores resultados en bienestar físico se observan en las usuarias de atención terapéutica y mini residencia.
- En bienestar material, las usuarias de programa de promoción de la autonomía personal son las que peores resultados tienen. Los mejores resultados se observan entre las usuarias de atención terapéutica.
- En derechos, los resultados más bajos se producen entre las usuarias de CRPS y mini-residencia, y los más altos entre las usuarias de atención terapéutica y del programa INICIA.

- **Presentan resultados algo más elevados en Autodeterminación y Desarrollo Personal.**

En especial, las mujeres con problemas de salud mental usuarias de los servicios de atención terapéutica, orientación y atención social y del programa INICIA son quienes presentan resultados más altos en ambas dimensiones. Entre las usuarias del programa de acompañamiento integral y atención domiciliaria también se observan resultados más altos en autodeterminación.

Por el contrario, las usuarias de servicios de mini residencia, centro de rehabilitación psicosocial (CRPS) y centro ocupacional, son quienes peores resultados presentan en autodeterminación.

En desarrollo personal los resultados más bajos se observan entre las usuarias de CRPS, el programa de acompañamiento integral y atención domiciliaria, y el programa de promoción de la autonomía personal.

- **Según la edad**, las mujeres con peores resultados son las que cuentan con 50 y más años, en especial por su particular deterioro en salud (bienestar físico). A partir de esta edad, como consecuencia, entre otros factores, de los años de evolución de la enfermedad, los efectos de la medicación o el sometimiento a terapias agresivas en periodos de institucionalización, y a la especial exposición a factores de riesgo vinculados a su sintomatología (ansiedad, tabaquismo, vida sedentaria, sobrepeso, etc.), en las personas con problemas de salud mental se aprecian síntomas de deterioro prematuro con distintas manifestaciones: deterioro físico, patologías asociadas (diabetes, hipertensión...), agravamiento de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, deterioro cognitivo asociado a la edad. Asimismo se incrementa el

riesgo de aislamiento y vulnerabilidad, ante el debilitamiento o desaparición de su red natural de apoyos (familiares, personas cuidadoras, red social...).

Entre las mujeres con 65 y más años se observan mejores resultados en bienestar emocional, bienestar material y derechos, con respecto a los otros grupos de edad. El proceso de aceptación de la enfermedad, con una estabilización de sus síntomas, puede influir de manera positiva en mejorar su bienestar emocional. Por otro lado, la claudicación de los apoyos familiares implica, frecuentemente, el afloramiento de la demanda de prestaciones o pensiones, lo que también puede influir en mejorar sus condiciones en las dimensiones de bienestar material (acceso a ciertos ingresos económicos) y derechos (acceso a prestaciones y pensiones a las que tienen derecho).

Las mujeres más jóvenes (hasta 35 años) presentan mejores resultados en relaciones interpersonales, seguramente porque aún mantienen cierta red de amistades y relaciones sociales, o relaciones afectivas o proyectos de pareja, frente a las mujeres con más años.

Las mujeres que cuentan entre 36 y 49 años presentan mejores resultados en desarrollo personal y autodeterminación.

- **Según grado de discapacidad y grado de dependencia**, las mujeres con menos grado de discapacidad (33%-64%) y dependencia (grado I) presentan mejores resultados en Autodeterminación y en Derechos que las mujeres con mayor grado de discapacidad o de dependencia. Por el contrario, tienen peores resultados en bienestar físico, bienestar emocional y bienestar material.
- **Según el diagnóstico principal de su problema de salud mental** se observa que las mujeres con esquizofrenia tienen mejores resultados en bienestar emocional y en bienestar físico que aquellas con otros trastornos. Las mujeres con trastorno bipolar presentan mejores resultados en autodeterminación, derechos, relaciones interpersonales e inclusión social.
- **Según los años que llevan en tratamiento por su problema de salud mental**, se observan mejores resultados medios en las mujeres con menos años de trayectoria en su enfermedad, siendo más altos sus resultados en las dimensiones de relaciones interpersonales, inclusión social, autodeterminación y desarrollo personal. Conforme aumentan los años en la evolución de la enfermedad, estas dimensiones se muestran cada vez más afectadas, con peores resultados. El estancamiento en proyectos vitales y la pérdida progresiva de amistades y red social son características propias de estas mujeres que, sin duda, influyen en estos resultados.
- **Disponer de red de apoyo familiar y social** impacta de forma positiva en la calidad de vida a las mujeres con problemas de salud mental. Así, aquellas que disponen de estos apoyos presentan mejores resultados globales en su calidad de vida. Se observa, no obstante que quienes no cuentan con apoyo familiar tienen resultados más altos en autodeterminación, al haber tenido que desarrollar aprendizajes y estrategias para desarrollar una vida autónoma sin contar con estos soportes.

- **En función de con quién viven**, se observa que puntúan con mejores resultados en calidad de vida aquellas que viven con sus hermanos/as, padres/madres y con pareja o pareja e hijos/as.
- **Conforme incrementa el nivel de ingresos económicos** también aumentan los resultados de calidad de vida. En especial, en dimensiones como inclusión social, derechos, desarrollo personal o bienestar emocional.
- **Según nivel de estudios**, se observa que las mujeres con problemas de salud mental que cuentan con estudios superiores (universitarios o FP superior) tienen mejores resultados. En especial en inclusión social, relaciones interpersonales y derechos. También aumenta el resultado en la dimensión de desarrollo personal conforme aumenta el nivel de estudios alcanzados.
- **Según su relación actual con la actividad laboral**, se observa que aquellas mujeres que están trabajando en la actualidad presentan resultados más altos en calidad de vida. En particular en bienestar emocional, desarrollo personal, bienestar material y autodeterminación. Aquellas que están en procesos de formación y búsqueda activa de empleo destacan por tener mejores resultados en relaciones interpersonales e inclusión social. El empleo no deja de ser un factor fundamental de inclusión social y desarrollo personal para cualquier persona.

HIPÓTESIS 3- **La participación social de las mujeres con problemas de salud mental está particularmente limitada**, estando también afectadas sus dimensiones de inclusión social y relaciones interpersonales.

CONCLUSIONES:

Se constata que estas mujeres presentan resultados más bajos que los hombres y que otras mujeres en las dimensiones de relaciones interpersonales y de inclusión social.

Su particular ocultamiento e invisibilización (en especial en las zonas semi-urbanas y rurales), la sobreprotección de las familias y su relegación a las tareas de cuidado de otros familiares y del hogar, son factores que condicionan su participación en la comunidad.

Estas mujeres tienen especialmente afectadas sus habilidades sociales, como consecuencia del estancamiento en el desarrollo de sus proyectos vitales (círculo de amistades, proyectos de futuro a nivel personal – pareja, formar una familia, etc.- y laboral – formación, acceso al empleo...-) y, en consecuencia, su realidad de aislamiento y exclusión, con la progresiva pérdida de sus amistades, relaciones, etc.

Asimismo, el peso del autoestigma en su capacidad relacional genera un autoconcepto muy pobre con el que la mujer no se siente “merecedora” ni capacitada para la vida social, con un sentimiento de exclusión y aislamiento del mundo que le rodea.

También se encuentran más limitadas que los hombres por su asunción del cuidado de familiares en situación de dependencia o la responsabilidad de realizar tareas domésticas. En este sentido se constata que, tanto las mujeres con otras discapacidades (33,3%) como las mujeres con problemas de salud mental (25,6%) ejercen con mayor frecuencia que los

hombres con problemas de salud mental (7,3%) y las mujeres sin discapacidad (16,7%) este rol o tarea. En muchos casos es la propia familia quien impulsa que la mujer se quede en casa y el sistema también lo favorece, generando su situación de dependencia económica, emocional, relacional. En muchos casos su núcleo se reduce al espacio familiar y, en consecuencia, se limitan notablemente su oportunidades y opciones de participación social.

Por otro lado, su limitada participación social también está condicionada por sus escasos recursos, ya que esto dificulta su acceso a recursos comunitarios, recursos de aprendizaje, u opciones de ocio y tiempo libre que faciliten retomar o acceder a nuevos círculos de relaciones sociales. Así el 69,8% de las mujeres con problemas de salud mental cuenta con ingresos anuales de hasta 12.000,00 € (el 36,0% menos de 6.000,00 € anuales y el 33,7% entre 6.000,00 € y 12.000,00 €). Esta realidad redundante en situarles en una situación de dependencia económica con respecto a sus familiares, agravando aún más su dependencia emocional y relacional y, en consecuencia, su aislamiento y exclusión social.

HIPÓTESIS 4 - Las mujeres con problemas de salud mental tienen más dificultades para acceder a los recursos especializados del ámbito de la salud mental y, en general, para pedir ayuda o acceder al sistema de respuesta.

CONCLUSIONES:

Se constata en este estudio que las mujeres tardan más en acceder a los recursos que los hombres con problemas de salud mental. Así:

- Los hombres han sido diagnosticados mucho antes que las mujeres: el 30,9% de los hombres lo fue antes de los 20 años (frente al 14,0% de las mujeres). Por el contrario, solo el 12,7% de los hombres han sido diagnosticados con edades superiores a los 40 años, frente al 23,3% de las mujeres, entre quienes es más habitual que se produzca el diagnóstico del problema de salud mental en estas edades más maduras.

En este mismo sentido, los datos aportados para este estudio desde el Sistema de Salud por las Unidades de Salud Mental⁸ ponen de relieve que en programas de atención a población infanto-juvenil hay más hombres atendidos (53,9%) que mujeres (46,1%), lo que también constata un acceso más tardío de las mujeres al sistema de respuesta que los hombres.

- En este mismo sentido, más de la mitad de los hombres (54,5%) lleva 20 o más años en tratamiento por su problema de salud mental, frente al 38,4% de las mujeres. Por el contrario, el 27,9% de ellas lleva menos de 10 años en tratamiento, frente al 18,2% de los hombres.
- Por otro lado, los hombres han utilizado con mayor frecuencia que las mujeres recursos hospitalarios del Sistema de Salud para la atención de su problema de salud

⁸ Fuente: Información aportada por la Unidad de Evaluación. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".

mental (unidad de media-larga estancia, unidad de agudos u hospital de día) que las mujeres: el 54,5% de los hombres ha utilizado la unidad de agudos (frente al 47,7% de las mujeres), el 47,3% de los hombres ha utilizado unidad hospitalaria de media-larga estancia (frente al 26,7% de las mujeres). La gran mayoría de las personas utiliza la unidad de salud mental (USM): el 88,4% de las mujeres y el 87,3% de los hombres.

En las reuniones y entrevistas con mujeres, profesionales y personas expertas se considera que el diagnóstico más tardío en las mujeres (con respecto a los hombres) del problema de salud mental, está vinculado al déficit en el afloramiento de su demanda por la sobreprotección familiar, el rol de cuidado asociado a las mujeres, el estigma social y el autoestigma (con un especial peso en las mujeres y, sobre todo, en los entornos rurales). Las mujeres y sus familias tienden a ocultar su situación y piden ayuda más tarde, generalmente cuando se produce la claudicación de los soportes familiares con los que contaban, o cuando se agrava la sintomatología de su enfermedad haciendo insostenible la convivencia. También se alude a que en los hombres suelen ser más evidentes o visibles comportamientos más extremos o llamativos que inciten a solicitar antes a las familias ayuda de los recursos disponibles.

Se sigue ocultando, invisibilizando y sobreprotegiendo a estas mujeres, de forma que se impide acceder a su demanda y conocer sus necesidades. Cuesta mucho llegar a ellas, llegar a valorar y atenderles en estas necesidades. No es habitual que su demanda llegue a los servicios sociales con carácter previo a las situaciones de imposibilidad de sus familiares, a diferencia de los hombres, donde es más frecuente una demanda anticipada de recursos para su rehabilitación, acceso a procesos formativos, empleo e integración laboral. También por alteraciones de conducta que hacen inviable o dificultan la convivencia con sus familiares, llegando su demanda antes a los servicios sociales.

El acceso prioritario de las mujeres con problemas de salud mental a los recursos disponibles se produce desde los centros de salud. A pesar de que en Cantabria se dispone de trabajadores sociales en todos ellos, la atención que se aborda suele ser exclusivamente sanitaria, en respuesta a la demanda que se explicita, sin desarrollar una indagación integral sobre sus necesidades sociales u otros factores que inciden en su sintomatología. No se produce una adecuada valoración integral socio-sanitaria, ni la correspondiente coordinación y derivación entre los recursos disponibles más adecuados para responder a las necesidades.

Por otro lado, en muchos casos cuando se produce la demanda de una prestación económica (en muchos casos promovida por la familia, ante las dificultades económicas), la respuesta social se limita a la tramitación de la ayuda demandada (demanda explicitada por la familia), sin abordar la situación global de la mujer con un problema de salud mental y trabajar con la familia en una valoración y abordaje global que conecte con facilitarle otros recorridos de acompañamiento para su inclusión social.

Por último, también se observa que es más frecuente la participación de familiares de los hombres con problemas de salud mental en grupos de apoyo u otros servicios de apoyo a las familias. Así, el porcentaje de mujeres cuyas familias no utiliza ninguno de estos servicios alcanza el 76,7%, frente al 65,5% de los hombres.

En las reuniones realizadas con mujeres, profesionales y personas expertas, se observa que, en muchos casos, las familias de las mujeres con problemas de salud mental presentan actitudes

de mayor sobreprotección, con una visión de su familiar restringida a su rol de mujeres cuidadoras (de otras personas mayores o en situación de dependencia con quienes conviven) o a su rol de mujeres responsables de la realización de las tareas del hogar. En este sentido, muchas de ellas no valoran tan necesario que estas mujeres tengan un desarrollo personal fuera del hogar, a diferencia de lo que sucede con los hombres. De ahí que también sean menos las familias de las mujeres con problemas de salud mental involucradas en mejorar sus habilidades y estrategias para apoyarles, al contrario de lo que se observa con los hombres.

Por otro lado, también se observa que entre las familias que participan en grupos de familias la mayoría son mujeres. De nuevo el rol de cuidadora, que también se da entre los familiares de las personas con problemas de salud mental.

HIPÓTESIS 5 - Las mujeres con problemas de salud mental son una población más vulnerable a sufrir violencia de género. Además, cuando ésta ocurre, tienen mayores dificultades para identificar estas situaciones, así como en su credibilidad, recibiendo peores respuestas del sistema de protección.

CONCLUSIONES:

En relación con la violencia, con carácter general las mujeres con discapacidad presentan mayor riesgo a sufrir situaciones de violencia. En este sentido, la Macroencuesta sobre violencia contra la mujer (Ministerio de Igualdad, 2019)⁹ pone de relieve que el 20,7% de las mujeres con discapacidad ha sufrido violencia física o sexual de alguna pareja (frente al 13,8% de las mujeres sin discapacidad) y que el 40,4% de las mujeres con discapacidad ha sufrido violencia en la pareja (frente al 31,9% de las mujeres sin discapacidad).

En concreto los resultados de este estudio ponen de relieve que:

- Las mujeres con problemas de salud mental son más vulnerables que los hombres con esta misma problemática a situaciones de maltrato. Así, el 60,5% de las mujeres dice haber sufrido en alguna ocasión algún tipo de maltrato o violencia por parte de su pareja o personas con quienes ha convivido, frente al 23,6% de los hombres. El tipo de maltrato más habitual entre las mujeres es el psicológico (86,5%), seguido del físico (69,2%), sexual (26,9%) y económico (21,2%). Entre los hombres que han sufrido maltrato es más frecuente el psicológico, físico y económico.

En cuanto al maltrato institucional (maltrato, violencia o acoso en algún servicio, centro o recurso en el que han estado), también son más las mujeres quienes lo han sufrido: el 36,0% de ellas, frente al 16,4% de los hombres. En este caso, los tipos de maltrato más frecuentes han sido el psicológico (45,2%) y el acoso o bullying (45,2%).

- También las mujeres con problemas de salud mental son más vulnerables que otras mujeres, tanto a sufrir violencia machista o por parte de personas con quienes hayan convivido (el 60,5% de ellas, frente al 22,2% de las mujeres con otras discapacidades y el 10,4% de las mujeres sin discapacidad).

Asimismo, son más vulnerables a la violencia institucional en otros servicios, centros o recursos (servicios sociales, educativos, etc.): el 36,0% de ellas, frente al 14,8% de las mujeres con otras discapacidades y el 4,2% de las mujeres sin discapacidad).

En las reuniones con mujeres con problemas de salud mental, profesionales y personas expertas se alude a las siguientes causas de este mayor riesgo de sufrir violencia:

- su mayor riesgo para establecer relaciones de dependencia, desde su alto déficit de habilidades personales y sociales, no haber tenido la oportunidad de adquirir destrezas

⁹ Fuente: Macroencuesta de violencia contra la mujer. 2019. Ministerio de Igualdad.
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf

o estrategias para identificar la vulneración de sus derechos ni de autoprotección, su baja autoestima y su bajo empoderamiento.

- la dificultad que tienen para reconocer e identificar las situaciones de violencia (sintiéndose culpables o achacando a su problema de salud mental la violencia sufrida),- mucho más grave que en otras mujeres, dado el especial impacto de su problema de salud mental y su bajo nivel de autoestima y empoderamiento.
- la falta de credibilidad por parte de los servicios de apoyo a mujeres víctimas de violencia (poner en duda su relato considerando que es fruto de la sintomatología de su problema de salud mental, o considerar que su dificultad se reduce al abordaje del problema de salud mental y no al de la situación de violencia).
- el autoconcepto, como base del lugar donde cada persona se ubica en relación al mundo y a los demás, en estas mujeres está muy dañado por la imagen que han creado (y han recibido) de sí mismas.
- la atribución a la sintomatología del problema de salud mental de comportamientos de la mujer que se utilicen para justificar situaciones de violencia.
- el estigma de las y los profesionales en los servicios de atención a mujeres víctimas de violencia hacia los problemas de salud mental, y el desconocimiento de las particularidades de estas mujeres.
- Por último, se producen dificultades añadidas en el ámbito rural, con una mayor negación de las situaciones de violencia, estigma y situaciones de indefensión y ocultamiento.

Por otro lado, el estudio también revela que las mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja o de otras personas con quienes han convivido presentan peores resultados en calidad de vida, en especial, en las dimensiones de bienestar material, bienestar físico y derechos. Aquellas que han sufrido maltrato, violencia o acoso en algún servicio, centro o recurso en el que ha estado (por parte de profesionales, otras personas...) presentan resultados significativamente más bajos que aquellas que no han sufrido esta situación. Se observa una especial afectación de su bienestar emocional, bienestar material, bienestar físico, relaciones interpersonales, e inclusión social.

HIPÓTESIS 6 - Las mujeres con problemas de salud mental tienen menores oportunidades de acceso al empleo que otras mujeres sin discapacidad. Además, con carácter general, solo acceden a puestos de trabajo de escasa cualificación y en ámbitos muy determinados (limpieza, en particular).

CONCLUSIONES:

Hay que tener en cuenta que las personas con discapacidad presentan tasas de actividad inferiores a las de las personas sin discapacidad. En concreto, en Cantabria la población activa sin discapacidad (75,6%) prácticamente duplica a la población activa con discapacidad

(39,3%)¹⁰. Además, dentro de este colectivo, las personas con problemas de salud mental aún presentan mayores dificultades de acceso al empleo: a nivel estatal, su tasa de actividad solo alcanza el 27,8% (frente al 34,0% en la población con discapacidad) y la de empleo el 16,9% (frente al 25,9% en la población con discapacidad)¹¹.

Los resultados de este estudio, además, confirman que las mujeres con problemas con salud mental aún tienen mayores limitaciones y dificultades de acceso al empleo que los hombres con la misma problemática, y que otras mujeres:

- El 32,6% de las mujeres con problemas de salud mental se encuentra en desempleo y el 29,1% sin actividad ni búsqueda de empleo. Solo el 4,7% se encuentra en búsqueda activa de empleo y el 4,7% formándose con este propósito. El 18,6% tiene incapacidad laboral absoluta y el 1,2% total. El 8,1% trabaja en empresa ordinaria, el 2,3% por su cuenta y el 1,2% en centro especial de empleo.
- El porcentaje de mujeres con problemas de salud mental en desempleo (32,6%) supera al de los demás grupos (18,2% de los hombres, 2,1% de mujeres sin discapacidad y 14,8% de mujeres con otra discapacidad).
- El porcentaje de personas con problemas de salud mental (hombres y mujeres) sin actividad o en situaciones de incapacidad laboral se sitúa entre el 58,2% y el 48,8% respectivamente, muy por encima de los otros grupos (25,9% en las mujeres con otras discapacidades y 2,1% en las mujeres sin discapacidad).
- Solo el 11,6% de mujeres con problemas de salud mental trabaja, frente al 64,6% de las mujeres sin discapacidad y el 37,0% de las mujeres con otras discapacidades.

Los hombres tienen un mayor nivel de exigencia en desarrollar su proyecto de vida vinculado a un desarrollo socio-laboral. En las mujeres no es tan frecuente ni esta autoexigencia, ni la exigencia del entorno en este sentido.

Desde las aportaciones cualitativas se aprecia que la principal barrera de acceso al empleo para las mujeres con problemas de salud mental se sitúa en el problema de salud mental, más que en el hecho de ser mujeres u hombres. En este sentido, se apuntan las siguientes barreras o dificultades añadidas con respecto a otros colectivos de discapacidad:

- Niveles formativos bajos, con interrupciones o abandono en su itinerario formativo. Se aprecian también competencias digitales bajas.
- “Huecos” en el curriculum de años en los que no es posible acreditar una dedicación a procesos formativos o laborales. Se corresponden con las etapas vitales en la sintomatología de la enfermedad ha impedido a las personas la continuidad con su desarrollo formativo-laboral, a diferencia del itinerario progresivo que han desarrollado otras personas o colectivos.
- El estigma social hacia los problemas de salud mental, con el correspondiente rechazo y discriminación, también en los entornos laborales.

¹⁰ Fuente: Instituto Nacional de Estadística. El empleo de las personas con discapacidad. Datos 2019. Resultados autonómicos.

¹¹ Fuente: Instituto Nacional de Estadística. El empleo de las personas con discapacidad. Datos 2019. Resultados estatales. Tasas de actividad y empleo según tipo de discapacidad.

- Incertidumbres para las empresas con respecto a los comportamientos de estas personas, que no sean capaces de integrarse con normalidad en la plantilla, que generen problemas o conflictos, o comportamientos inadecuados.
- El peso del autoestigma, ya que genera un déficit de auto-confianza y seguridad a la hora de demostrar el desempeño. Se produce un alto grado de ansiedad para las personas, cuando hay varias tareas o se requiere agilidad en la respuesta.
- La medicación también afecta en muchos casos a la lentitud en los ritmos y en la respuesta, lo que es difícil de acompañar con las exigencias de la producción.
- Las adaptaciones que requieren estas personas generan más a las empresas (ritmos, tiempos de descanso, evitar la ansiedad del ritmo productivo...). Las adaptaciones que influyen en la productividad se perciben como un problema por parte de las empresas (frente a otras adaptaciones más fáciles: barreras arquitectónicas, adaptaciones en el ordenador o en máquinas, etc.).

Las propias mujeres con problemas de salud mental refieren las limitaciones que se han encontrado en las experiencias laborales que han tenido, con grandes dificultades para adaptarse al ritmo de producción, al no haber contado con apoyos y adaptaciones específicas que tuvieran en cuenta sus necesidades.

Asimismo, tanto estas mujeres, como profesionales y personas expertas ponen de relieve el condicionamiento de la ocultación, la sobreprotección de las familias y el rol femenino (cuidado de otros familiares y tareas domésticas) al que quedan relegadas, con oportunidades de desarrollo en el ámbito laboral mucho más mermadas que los hombres. Culturalmente se vincula el empleo con una exigencia propia de los hombres y no como un derecho que también tienen estas mujeres. A diferencia de los hombres, no se prioriza su incorporación al mundo laboral.

Las mujeres en casa ejercen un papel útil (cuidadoras, tareas de hogar, cargas familiares...) que hace que no sea importante que accedan a otros recursos dirigidos a su desarrollo e inclusión social, con un potencial "riesgo" de emancipación o desarrollo de una vida independiente, que les lleve a "abandonar" estas funciones de apoyo en el hogar. Se produce, además, una transmisión generacional de este rol de cuidadora, especialmente conservado en las zonas rurales.

Por otro lado, hay familias que desarrollan un inestimable papel de colaboración para el acceso al empleo de sus familiares con problemas de salud mental, pero en otros casos pueden desarrollar un rol obstaculizador en el proceso de inserción socio-laboral. Las personas expertas apuntan las siguientes dificultades como las más frecuentes:

- Falta de comprensión o aceptación de la familia de la necesidad de un período de rehabilitación laboral gradual y previa. Insatisfacción cuando el proceso de rehabilitación se prolonga demasiado. Identificación errónea de rehabilitación laboral con ocupación del tiempo, lo que puede producir cambios en el equilibrio familiar (horarios, responsabilidades, gastos, etc.).
- Desconfianza en las capacidades de la persona, lo que puede implicar falta de apoyo de la familia. Reacciones adversas cuando se aumenta el nivel de exigencia y la familia no percibe a su familiar como empleable.

- Problemas económicos de distinto tipo:
 - Presiones para trabajar cuando no aún no están preparadas.
 - Solicitud precipitada de prestaciones.
 - Temor a la pérdida de prestaciones ya concedidas incompatibles con el empleo.
 - Desincentivación de las pensiones altas.
 - Rechazo a la formación por no ser remunerada.
 - Coste adicional que supone la formación.

- Problemas de desajuste de expectativas.

- Los obstáculos que surgen en el proceso desgastan a la familia y merman su capacidad de apoyo.
 - Preocupaciones asociadas.
 - Temor a nuevas recaídas.
 - Temor a que abandone el tratamiento por efectos secundarios o por identificar trabajo-recuperación.
 - Temor a ritmo de vida más estresante, al fracaso, etc.

En los resultados del estudio también se observa que, en particular, el género influye en aspectos como la modalidad de empleo y el tipo de actividad desempeñada, entre las mujeres que cuentan con experiencia laboral previa (el 89,5% de las mujeres con problemas de salud mental de la muestra). Entre quienes han trabajado, la mayoría lo ha hecho en modalidad de empleo ordinario. Entre las mujeres se observa con mayor frecuencia opciones de empleo autónomo (9,1% frente al 2,2% de los hombres), empleo en negocio familiar (14,3% frente al 10,9%) o empleo público (7,8% frente al 4,3%). Entre las mujeres también se observan otras opciones de trabajo, que tienen que ver con el cuidado de menores o limpieza de hogares, sin formalización de la relación laboral.

Por otro lado, según el tipo de contrato, la mayoría ha trabajado con contratos temporales (el 63,0% de los hombres y el 62,3% de las mujeres). El 39,0% de las mujeres ha trabajado con contrato indefinido, y también lo ha hecho el 34,8% de los hombres. Es significativo que el 35,1% de las mujeres ha trabajado sin contrato (frente al 21,7% de los hombres).

Las oportunidades de empleo de las mujeres con problemas de salud mental están sesgadas hacia empleos tradicionalmente vinculados al rol femenino. Así, la 40,3% de aquellas que han trabajado, lo han hecho en hostelería y turismo, y el 37,7% en limpieza, lavandería y asistencia doméstica. Por el contrario, los hombres han trabajado mayoritariamente en edificación y obra civil (32,6%) y también en hostelería y turismo, aunque en menor porcentaje que las mujeres (28,3%). El 21,7% ha trabajado en fabricación mecánica.

Por último, la mayoría ha trabajado en puestos de escaso nivel de cualificación, a pesar de su nivel formativo.

En las reuniones cualitativas con las propias mujeres con problemas de salud mental también aluden a una especial falta de conocimiento y sensibilidad hacia su realidad y particularidades en algunos recursos de la Seguridad Social o en el ámbito del empleo. También se refleja la

falta de oportunidades para acceder al empleo y la escasa adaptación de los puestos de trabajo a sus necesidades.

HIPÓTESIS 7 - En muchos casos han tenido un recorrido truncado en el ámbito formativo. Se produce además un déficit en apoyos y adaptaciones para que estas mujeres más jóvenes tengan posibilidades reales de desarrollo laboral. Con formaciones específicas muy concretas y conectadas con ámbitos en los que puedan tener oportunidades laborales reales.

CONCLUSIONES:

En lo que respecta al nivel de estudios, el 24,4% cuenta con estudios primarios (completos el 16,3% e incompletos el 8,1%); el 22,1% tiene la educación secundaria obligatoria. El 25,6% ha realizado estudios de FP (grado medio el 14,0% y grado superior el 11,6%). El 14,0% ha realizado bachillerato y el 10,5% estudios universitarios.

Comparativamente con los hombres con problemas de salud mental se observa que las mujeres con esta misma problemática tienen mejor nivel formativo:

- El porcentaje de hombres con problemas de salud mental con estudios primarios o inferiores (43,6%) duplica al de las mujeres (24,4%).
- Además el 50,0% de ellas tiene estudios secundarios (frente al 38,2% de los hombres).
- El 22,1% de ellas tiene estudios superiores (universitarios y formación profesional superior), frente al 18,2% de los hombres.

En relación con otras mujeres – con y sin discapacidad- (en este caso, teniendo en cuenta los datos que aporta el Instituto Nacional de Estadística (ámbito estatal)¹² se observa que:

- Las mujeres con problemas de salud mental presentan un nivel de formación inferior al de otras mujeres sin discapacidad: solo el 22,1% de las primeras ha alcanzado estudios superiores, frente al 38,9% de las mujeres sin discapacidad, siendo el 24,4% quienes solo cuentan con estudios primarios o inferiores, frente al 6,9% de las mujeres sin discapacidad.
- Las mujeres con discapacidad presentan niveles educativos ligeramente más altos que las mujeres con problemas de salud mental. Así, el porcentaje de las mujeres con problemas de salud mental (24,4%) supera al de las mujeres con discapacidad (18,7%). También son más las mujeres con discapacidad (56,5%) con estudios secundarios (50,0% en el caso de las mujeres con problemas de salud mental).

En cuanto a los motivos por los que no pudieron finalizar los estudios que se propusieron, el 18,6% de las mujeres con problemas de salud mental alude a las limitaciones de su discapacidad o problema de salud mental, al no contar con los apoyos y adaptaciones que necesitaba. El 9,3% porque finalmente le atrajeron otros proyectos u opciones, y el 8,1% por dificultades económicas. El 32,6% manifiesta que ha podido terminar los estudios que se propuso.

¹² Fuente: Instituto Nacional de Estadística. El empleo de las personas con discapacidad. Datos 2019. Resultados estatales (no se dispone de datos desagregados por CCAA). Según la metodología de esta operación estadística, los niveles formativos se corresponden con la Clasificación Nacional de Educación (CNED-2000), con estas categorías: 1. Analfabetos (código 80 de la CNED-2000) 2. Estudios primarios o inferiores (códigos 11-12) 3. Enseñanza secundaria, programas de formación e inserción laboral (códigos 21-41) 4. Estudios superiores y doctorado (códigos 51-61).

En reuniones de carácter cualitativo las mujeres con problemas de salud mental también ponen de manifiesto su dificultad para acceder a nuevas opciones y oportunidades de formación para seguir desarrollándose, o para promocionar.

5. PROPUESTAS

ACCESO A RECURSOS

Aflorar la demanda de las mujeres con problemas de salud mental y promover su acceso al sistema de recursos desde un enfoque de acompañamiento social hacia su máxima participación y desarrollo.

- Mejorar la coordinación entre servicios sociales (Ayuntamientos y Gobierno de Cantabria), salud y entidades de salud mental (red de respuesta) para abordar, en relación con la salud mental (y luego dentro de ello, abordando las especificidades de las mujeres):
 - Oferta de recursos
 - Itinerario de atención
 - Protocolo o proceso de respuesta (acceso, valoración, orientación, quién desarrolla cada recurso...)
 - Coordinación de cada caso
 - Seguimiento y evaluación
 - Formación
- Sistematizar la coordinación a nivel técnico en torno a cada caso, con reuniones periódicas entre servicios sociales de base y profesionales de ASCASAM y/u otros recursos de respuesta.
- Mejorar la información sobre los recursos disponibles, que esta información llegue a las mujeres con problemas de salud mental a través de los recursos generales del entorno (servicios sociales de base, centros de salud, etc.). También a través de charlas, jornadas, etc.
- Diseñar y desarrollar protocolos y programas de coordinación y trabajo en red entre salud y servicios sociales. No se puede limitar el apoyo a estas mujeres a una asistencia sanitaria, sin valorar y detectar las necesidades sociales y derivar. Potenciar que en las unidades de salud mental se incorporen trabajadores/as sociales, con este enfoque de diagnóstico e intervención global y orientada a acompañar recorridos de inclusión social de estas mujeres (diagnóstico de salud y social).
- Generar un protocolo de atención desde los servicios sociales que implique la detección y análisis de la situación de las mujeres y de su entorno ante la demanda de

una ayuda o prestación específica, así como el acompañamiento para su inclusión social.

- Mejorar la formación sobre los problemas de salud mental y las particularidades de las mujeres entre profesionales de atención en los ámbitos de salud y de servicios sociales.
- Detectar iniciativas de referencia de otros países, territorios que puedan servir como referencias para mejorar la atención.

EMPLEO

Promover el acceso a recorridos de desarrollo socio-laboral entre las mujeres con problemas de salud mental.

- Seguir apostando por proyectos como INICIA que favorecen la inclusión laboral de estas personas con especiales dificultades de acceso al empleo.
- Mejorar el conocimiento que tienen los recursos generales (salud, servicios sociales, empleo) sobre INICIA para mejorar la derivación a este recursos desde un mejor ajuste de expectativas.
- Potenciar el acceso al voluntariado y prácticas en empresas de estas mujeres.
- Mejorar la sensibilización y conocimiento hacia las personas con problemas de salud mental por parte de las y los profesionales en servicios de la seguridad social o empleo.
- Seguir desarrollando actuaciones de sensibilización a las empresas para conocer las capacidades de las y los trabajadores con problemas de salud mental, cómo abordar adaptaciones en los puestos de trabajo en este colectivo.
- Fomentar modalidades de empleo con apoyo hacia estas personas.
- Eliminar el morbo de indagar en la causa de la discapacidad (vulnerar su derecho a su intimidad).
- Ampliar las ayudas a las empresas para la contratación y mantenimiento en el empleo de personas con problemas de salud mental.
- Impulsar planes de formación personalizados, adaptados a cada persona.
- Incorporar esta dimensión en el trabajo que se desarrolla con las familias, en los servicios y grupos de familias.
- Mejorar la información a las personas y familias sobre los recursos disponibles y qué les pueden aportar.
- Mejorar el conocimiento, coordinación y derivación entre los recursos disponibles, y el trabajo coordinado en torno a cada persona. Realizar una mejor conexión y coordinación entre salud, servicios sociales y las opciones y recursos de desarrollo socio-laboral, hacia una respuesta más completa e integral hacia las mujeres con problemas de salud mental que acceden al sistema solicitando una ayuda económica o prestación. Para ampliar la perspectiva de diagnóstico y abordaje integral con recorridos de inclusión y participación social.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Mejorar la participación social de las mujeres con problemas de salud mental en todos los recursos de la comunidad.

- Desarrollar más opciones específicas de deporte, ocio y tiempo libre que conecten con las aficiones de las mujeres, como herramientas para ampliar círculo de relaciones sociales, además de contribuir al autocuidado.
 - Opciones que sean flexibles y adaptadas a su disponibilidad de tiempo u horarios.
 - Crear programas y recursos específicos para mujeres en estos ámbitos.
 - Propiciar más opciones de deporte en equipo.
- Crear alianzas con entidades del entorno en distintos ámbitos (deporte, cultura, etc.) para ampliar opciones de participación y de relación social: entre otras, Asociaciones de mujeres en el ámbito rural.
- Generar sinergias con otras iniciativas y proyectos para impulsar la participación de mujeres con problemas de salud mental. Entre otros, el Grupo de mujer y salud mental promovido por Salud Mental España.
- Mejorar y adaptar la difusión de la oferta de actividades, deporte, cultura, participación social.... Para que también llegue a las mujeres con problemas de salud mental con mensajes que animen y motiven su participación en las mismas.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Mejorar la detección y la repuesta coordinada y especializada hacia las mujeres con problemas de salud mental que sufren violencia en cualquier ámbito y por parte de cualquier agresor.

- Desarrollar una formación específica a profesionales que atienden a estas mujeres desde todos los sistemas involucrados (policía, juzgados, servicios sociales, salud...) sobre sus particularidades y necesidades. Desmontar prejuicios hacia los problemas de salud mental, priorizando la detección y consideración de la situación de violencia. Aportar pautas para el abordaje y apoyo concreto en las mujeres con problemas de salud mental.
- Aportar a estas mujeres herramientas para identificar lo que le pasa y atreverse a salir de la situación: esto requiere un proceso de orientación, acompañamiento y apoyo específico.
- Realizar una divulgación específica desde los distintos servicios de atención a las mujeres víctimas de violencia de los servicios de ASCASAM con respuestas para mujeres con problemas de salud mental (también víctimas de violencia).

- Desarrollar programas de formación dirigidos a las y los profesionales de ASCASAM para detectar situaciones de violencia y para empoderar y acompañar a las mujeres con problemas de salud mental en estos procesos.
- Adaptar los protocolos y procedimientos de atención a las mujeres víctimas de violencia, incorporando las especificidades de la atención a las mujeres con problemas de salud mental: aspectos diferenciales en sus señales y manifestaciones de violencia, factores añadidos que provocan su mayor vulnerabilidad, peculiaridades, apoyos diferentes que necesitan, etc. Es importante incorporar la identificación de estilos relacionales disfuncionales. Muchas veces, existen sistemas familiares muy rígidos y cerrados y es importante darse cuenta de que rol ejerce cada miembro en el sistema.
- Desarrollar actuaciones para involucrar a las familias en el apoyo y acompañamiento a sus familiares en esta situación.
- Intensificar actuaciones de información, sensibilización, charlas en los colegios sobre violencia machista, incorporando la perspectiva de los problemas de salud mental.
- Reforzar servicios de apoyo psicológico para empoderar y acompañar a las mujeres con problemas de salud mental víctimas de violencia.
- Acompañar a las mujeres con problemas de salud mental en su recorrido en este proceso. No solo orientarles a recursos especializados.
- Generar estrategias combinadas de apoyo individual y grupal (sentimiento de pertenencia y sostén cómo parte nuclear del efecto terapéutico en sí mismo del grupo).

SERVICIOS, PROGRAMAS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN DE ASCASAM

- Adaptar de forma transversal la actual oferta de servicios y programas de ASCASAM, a las necesidades y especificidades de las mujeres con problemas de salud mental.
- Formación en igualdad y género de todo el equipo de ASCASAM.
- Generar nuevos programas con perspectiva de género, también para las familias de mujeres con problemas de salud mental.
- Difundir la oferta de servicios y programas para que llegue a estas mujeres.
- Desarrollar una oferta específica para mujeres de la población infanto-juvenil en clave de autonomía personal, vida independiente, formación y empleo.
- Desarrollar apoyos para fomentar un ocio alternativo para estas mujeres: alternativas de ocio saludable, deporte, etc.
- Desarrollar grupos específicos de apoyo a mujeres.
- Ampliar el apoyo psicológico para acompañar a las mujeres en procesos de empoderamiento y participación social.

- Seguir visibilizando la realidad y situación de las mujeres con problemas de salud mental y los factores que conducen a su mayor riesgo de aislamiento, exclusión y vulnerabilidad.
- Seguir incidiendo en impulsar programas, políticas, iniciativas, etc. desde ámbitos de empleo, igualdad, salud, servicios sociales... para mejorar la respuesta a las mujeres con problemas de salud mental.
- Facilitar la formación de los recursos de apoyo del entorno (servicios sociales, salud, empleo, igualdad, violencia, seguridad social...) sobre las particularidades de las mujeres con problemas de salud mental, los recursos disponibles y pautas y recomendaciones para mejorar su atención, orientación y derivación.

ANEXO: FUENTES Y REFERENCIAS

NORMATIVA

Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-12632>

Ley 9/2018, de 21 de diciembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2019/BOE-A-2019-1630-consolidado.pdf>

REFERENCIAS

AVIFES (2019). Investigación sobre la calidad de vida de las mujeres con enfermedad mental. Supportingwomen.

https://avifes.org/wp-content/uploads/2019/05/AVIFES_supportingwomen.pdf

Federación Salud Mental Castilla y León (2018). Estudio mujer y salud mental. Necesidades, demandas y propuestas.

https://saludmentalcyL.org/wp-content/uploads/2018/11/Estudio-Mujer-y-Salud-Mental_Fed.SM_CyL_2018-1.pdf

Federación Salud Mental Castilla y León. Proyecto “JULIA: redes que sanan en espacios rurales”.

<https://consaludmental.org/sala-prensa/premio-cermi-2020-proyecto-julia/>

INICO. Escala de Calidad de Vida GENCAT.

<https://inico.usal.es/escala-de-calidad-de-vida-gencat/>

ANEXO: ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráficos 1 – Muestra de personas (mujeres y hombres) con problemas de salud mental que han participado en este estudio, según años de vinculación a ASCASAM.....	14
Gráfico 2 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según servicios y programas de ASCASAM de los que son usuarias.....	15
Gráfico 3 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según servicios y programas de ASCASAM de los que son usuarias sus familias.....	16
Gráfico 4 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental y mujeres con otras discapacidades) según grado de discapacidad.....	17
Gráfico 5 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental y mujeres con otras discapacidades) según grado de dependencia.....	18
Gráfico 6 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según diagnóstico principal del problema de salud mental que presentan.....	18
Gráfico 7 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según si presentan patología dual.....	19
Gráfico 8 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según edad en que se diagnosticó el problema de salud mental.....	20
Gráfico 9 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según años aproximados en tratamiento por su problema de salud mental.....	20
Gráfico 10 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según servicios sanitarios que utiliza o ha utilizado.....	21
Tabla 9 bis –Asistencia en las Unidades de Salud Mental entre Enero 2016 y diciembre 2020.....	21
Gráfico 11 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según número de ingresos a lo largo de su vida.....	22
Gráficos 12 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental y mujeres con otras discapacidades) según modificación de la capacidad, cargo tutelar y persona que lo ejerce.....	23
Gráficos 13 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental y mujeres con otras discapacidades) según red de apoyo de la que disponen.....	24
Gráfico 14 – Mujeres con problemas de salud mental según con quién viven.....	25
Gráfico 15 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según con quién viven.....	25
Gráfico 16 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según si tienen hijos/as.....	26
Gráfico 17 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según su estado civil.....	26
Gráfico 18 – Mujeres con problemas de salud mental según ingresos económicos anuales.....	27
Gráfico 19 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según ingresos económicos anuales.....	28
Gráfico 20–Mujeres y hombres con problemas de salud mental según pensiones o prestaciones económicas de las que disponen.....	28
Gráfico 21 –Mujeres con problemas de salud mental según nivel de estudios alcanzado.....	29
Gráfico 22 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según nivel de estudios alcanzado.....	29
Gráfico 23 – Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, mujeres con discapacidad y mujeres sin discapacidad) según nivel de estudios.....	30

Gráfico 24 – Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según motivos por los que no finalizaron los estudios que se propusieron.	31
Gráfico 25–Mujeres con problemas de salud mental según relación actual con la actividad laboral	32
Gráfico 26 –Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según relación con la actividad laboral.	32
Gráfico 27– Muestra comparativa (mujeres y hombres con problemas de salud mental) según si tienen experiencia laboral previa.	33
Gráfico 28 – Comparación entre mujeres y hombres con problemas de salud mental según modalidad de empleo en la que han trabajado.	33
Gráfico 29 – Comparación entre mujeres y hombres con problemas de salud mental según tipo de contrato que han tenido.	34
Tabla 30 – Comparación entre mujeres y hombres con problemas de salud mental según tipo de actividad en la que han trabajado (Familias profesionales del INCUAL).	34
Gráfico 31 – Comparación entre mujeres y hombres con problemas de salud mental según nivel de cualificación que ha desarrollado (Según Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales)	35
Gráficos 32- Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según si han sufrido violencia.	36
Gráfico 33 - Muestra comparativa (mujeres con problemas de salud mental, hombres con problemas de salud mental, mujeres con otras discapacidades y mujeres sin discapacidad) según si ejercen como cuidador/a de algún familiar	37
Tabla y gráfico 34 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental (puntuación estándar Escala GENCAT)	38
Tabla y gráfico 35 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según edad.	39
Tabla y gráfico 36 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según servicios o programas de ASCASAM de los que son usuarias.	39
Tablas y gráficos 37 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según grado de discapacidad y grado de dependencia reconocidos.	40
Tabla y gráfico 38 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según diagnóstico principal.	2
Tabla y gráfico 39 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según años de tratamiento de su problema de salud mental.	41
Tablas y gráficos 40 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según red de apoyo familiar y social con la que cuentan.	42
Tabla y gráfico 41 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según con quién viven.	43
Tabla y gráfico 42 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según ingresos económicos anuales.	43
Tabla y gráfico 43 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según nivel estudios.	44
Tabla y gráfico 44 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según relación actual con la actividad laboral.	45
Tablas y gráficos 45 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental según si han sufrido situaciones de maltrato.	45
Tablas y gráfico 46 – Resultados comparativos en calidad de vida entre mujeres y hombres con problemas de salud mental.	47
Tabla y gráfico 47 – Resultados comparativos en calidad de vida entre mujeres con problemas de salud mental y mujeres con otras discapacidades.	48
Tabla y gráfico 48 – Resultados comparativos en calidad de vida entre mujeres con problemas de salud mental y mujeres sin discapacidad.	50