



AVIFES

Senideen eta Gaixotasun
Mentalaren Bizkaiko Elkarte
Asociación Vizcaína de Familiares
y Personas con Enfermedad Mental

Investigación sobre la calidad de vida de las mujeres con enfermedad mental

#SUPPORTINGWOMEN



PROYECTO REALIZADO CON
EL APOYO DE:



5 años como
fundación.
Más de 100 de
compromiso.

#Supportingwomen

Investigación sobre la calidad de vida de las mujeres con enfermedad mental

PROMOTOR: AVIFES, Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.

EQUIPO MOTOR: Itziar Ceballos y Resu Casanova

APOYO TÉCNICO: Yolanda Fillat

AGRADECIMIENTOS:

ADEMBI, Asociación de Esclerosis Múltiple de Bizkaia.

BAGABILTZA FUNDAZIOA, Asociación de mujeres

FUNDACIÓN EDE, Programa EMAKTIVA

FSDPV, Fundación Síndrome de Down y otras discapacidades intelectuales del País Vasco

© AVIFES, Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.

Reservados todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo se puede realizar con la autorización de AVIFES y señalando la fuente.

Edición 2018

Depósito Legal: BI-639-2019

ÍNDICE

 Presentación	1
 Hipótesis de partida	3
 Metodología de la investigación	4
 La intersección de factores de desigualdad en las mujeres con enfermedad mental	8
 La calidad de vida de las mujeres con enfermedad mental: resultados de la investigación	15
 Conclusiones	29
 Propuestas para adaptar la respuesta a las necesidades de las mujeres con enfermedad mental, hacia la consecución de mejores resultados en su calidad de vida	41
*Anexos:	50
Anexo 1: Tablas y Gráficos	
Anexo 2: Fuentes de referencia	





PRESENTACIÓN

Las mujeres con enfermedad mental (en adelante mujeres con EM) **presentan un mayor riesgo de sufrir discriminación y estigma social que otras mujeres.** Los distintos factores de discriminación que en ellas concurren (como mínimo los de género, discapacidad y enfermedad mental) las sitúan como colectivo especialmente vulnerable, en particular riesgo de rechazo, aislamiento y exclusión social. En efecto, en su caso se produce este fenómeno de **“interseccionalidad”** entre diferentes categorías de discriminación, construidas social y culturalmente, que interactúan, no de forma independiente, sino como niveles simultáneos que contribuyen a una sistemática desigualdad social.

En su caso, a la **estigmatización social** propia de la enfermedad mental, se añade la **desigualdad y discriminación** por el hecho de ser mujeres, **restándoles oportunidades y negándoles respuestas específicas** desde los distintos sistemas de apoyo y protección social (educación, empleo, salud, servicios sociales, etc.). Desde AVIFES venimos observando y constatando que las mujeres con EM se enfrentan a múltiples dificultades y barreras específicas, con características diferenciales con respecto a otras mujeres y a otros hombres con enfermedad mental (en adelante hombres con EM).

AVIFES (Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) tiene como misión *“facilitar apoyos personalizados a lo largo de la vida de las personas con enfermedad mental de Bizkaia y sus familias para alcanzar autonomía personal, calidad de vida e inclusión en la comunidad, asegurando su condición de ciudadano y ciudadana de pleno derecho”*.

Nuestro compromiso con todas las personas con enfermedad mental (en adelante pccem) de Bizkaia y con la igualdad de oportunidades, nos llevó hace ya unos años a poner el foco en las mujeres con EM desarrollando nuestra **“Área de Mujer” de AVIFES** y poniendo en marcha nuestro I Plan de Igualdad 2015-2018. Desde este marco impulsamos y desarrollamos acciones y buenas prácticas específicas para apoyar el avance en el empoderamiento de las mujeres con EM, el ejercicio de sus derechos de ciudadanía y su participación social, aportándoles visibilidad y relevancia.

Nuestra trayectoria en este ámbito nos ha permitido hacer un especial hincapié en la atención, intervención y visibilización de estas mujeres que sufren una discriminación múltiple, convirtiéndonos en una entidad referente a nivel autonómico y estatal, habiendo recibido diferentes reconocimientos por ello. (Premio “Enpresan Bardin” por parte de CEBEK, reconocimiento como entidad colaboradora de Emakunde, reconocimiento de buenas prácticas por parte de Salud Mental España).

Nuestro particular foco de atención en las mujeres con EM, así como **nuestro modelo de intervención** centrado en lograr el máximo desarrollo, calidad de vida y participación en la comunidad, nos sitúan ante la necesidad de **profundizar en los factores diferenciales** de desigualdad, discriminación y barreras a las que se enfrentan estas mujeres que están incidiendo en **su calidad de vida** en todas sus dimensiones y etapas. Todo ello dirigido a **conocer los elementos de particular incidencia**, para **formular respuestas** adecuadas que nos permitan revertir esta realidad.

Por otro lado, el **marco normativo** contextualiza esta necesidad de conocer y abordar los factores que producen esta particular desigualdad en las mujeres con EM. Así, el **Art. 6 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** obliga a los poderes públicos a adoptar medidas para asegurar que las mujeres y niñas con discapacidad puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, y la **Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres** obligan a diseñar e implementar medidas de acción positiva, igualdad de oportunidades y no discriminación para garantizar la efectiva igualdad de las mujeres con EM.

En este contexto se enmarca esta **Investigación sobre la Calidad de Vida de las Mujeres con Enfermedad Mental: #supportingwomen**, para dar un paso más en el apoyo que desde AVIFES ofrecemos a las mujeres con EM conociendo sus percepciones en diferentes dimensiones de calidad de vida, y acercando nuestra respuesta a sus problemas y necesidades.

Es evidente que la calidad de vida de estas mujeres se ve alterada en los diferentes ámbitos, etapas y dimensiones de su perfil e historia (a nivel personal, relacional, educativo, laboral, etc.), así como en la propia trayectoria y evolución de su enfermedad. Desde esta investigación se plantea el reto de observar e interpretar qué elementos se ven más afectados para la vida de estas mujeres, y poder poner de relieve también esa triple discriminación en comparación con otras mujeres que no tienen enfermedad mental y también con otros hombres con EM.

Agradecer el apoyo de **Fundación BBK** sin el cual no hubiera podido realizarse esta investigación. Agradecer también a las **mujeres y hombres participantes** y la colaboración de **Adembi, Bagabiltza, Fund. EDE y FSDPV.**

AGRADECIMIENTOS

1

La **calidad de vida** de las mujeres con EM 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 EM 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.).

2

El impacto de la **triple discriminación** que sufren las mujeres con EM (mujer, discapacidad y estigma relacionado con la enfermedad 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 EM.

3

La **participación social** de las mujeres con EM está particularmente limitada.

4

El **empoderamiento** de las mujeres con EM es limitado, presentando dificultades para tener iniciativa, para expresar sus opiniones y para su participación social e inclusión comunitaria.

5

Existen diferencias entre las mujeres con EM que acuden a los **Grupos de Apoyo** del Área de mujer de Avifes y el resto, siendo necesario conocer el impacto que en ellas produce nuestra intervención.

6

Las mujeres con EM tienen más dificultades para acceder a los **recursos especializados** del ámbito de la salud mental.

7

Las mujeres con EM son una población más vulnerable a sufrir **violencia de género**.



METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene como objetivo analizar de manera exhaustiva las dimensiones de calidad de vida de las mujeres con enfermedad mental y las variables y factores determinantes de la misma, examinando las diferencias individuales de autopercepción de calidad de vida dentro del propio colectivo, así como con mujeres con otro tipo de discapacidad, y sin ella, y con los hombres con enfermedad mental, todos ellos como grupos contraste.

Este estudio se ha realizado combinando **metodologías de investigación cuantitativa y cualitativa**, realizando un análisis comparativo sobre la situación **en las dimensiones de calidad de vida de Schalock y Verdugo** (bienestar físico, bienestar material, bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, derechos, autodeterminación y desarrollo personal) puesta en relación con **variables de su perfil** (sexo, edad y trayectoria en distintos ámbitos: salud, educación, empleo, servicios sociales...).

Este análisis e interpretación de la información obtenida, nos va a permitir obtener conclusiones y propuestas para abordar respuestas específicas para las mujeres con EM, tanto en el marco de los servicios de AVIFES, como a nivel externo. Pretendemos así visibilizar el impacto que la desigualdad tiene en la salud mental de las mujeres a la par que promovemos el abordaje transversal de la situación de las mujeres que ya presentan un trastorno mental.

Su desarrollo ha contado con la **participación de 194 personas**: 96 mujeres con EM, 21 mujeres con otras discapacidades, 36 mujeres sin discapacidad, y 41 hombres con EM. Para ello hemos contado con la colaboración de las siguientes organizaciones: ADEMBI (Asociación de Esclerosis Múltiple de Bizkaia), FSDPV (Fundación Síndrome de Down y otras discapacidades intelectuales del País Vasco), Fundación EDE (a través del programa EMAKTIVA para acompañar a mujeres con dificultades sociales en la búsqueda de empleo) y BAGABILTZA FUNDAZIOA (Asociación de mujeres). A todas ellas les agradecemos su colaboración desinteresada y su participación.



DESARROLLO METODOLÓGICO

SELECCIÓN DE UNA MUESTRA DE PERSONAS: mujeres con enfermedad mental (como grupo objeto de investigación), así como de otras mujeres (como primer grupo de control), y de hombres con enfermedad mental (como segundo grupo de control), para extraer conclusiones en base a los resultados comparativos entre todos estos grupos:

1

Tabla 1 – Muestra de personas que han participado en el estudio y organización a la que están vinculadas.

Perfil y Organización a la que están vinculadas	MUJER	HOMBRE	TOTAL
Personas con enfermedad mental	96	41	137
AVIFES	96	41	137
Otras mujeres con discapacidad	21		21
ADEMBI	10		10
FSDPV	11		11
Otras mujeres	36		36
FUND. EDE- EMAKTIVA	23		23
BAGABILTZA FUNDAZIONA	13		13
Total	153	41	194

MUESTRA DE PERSONAS DE AVIFES SELECCIONADAS

- **96 mujeres con enfermedad mental** de AVIFES. Destacar que 41 de ellas participa en los Grupos de Apoyo del Área de Mujer (23 sólo están en estos grupos y 18 son también usuarias de otros servicios y programas).
- **41 hombres con enfermedad mental** usuarios de Centro de Día, además de otros servicios y programas de AVIFES.

Tabla 2 – Muestra de las plazas que ocupan estas 96 mujeres y 41 hombres

Servicio	Nº MCEM	% Sobre muestra	Nº HCEM	% Sobre muestra
CENTRO DE DÍA	57	59%	41	100%
PISOS	11	11%	9	22%
ETXEBEST	12	13%	4	10%
OCIO	15	16%	10	24%
GORANTZA	2	2%	3	7%
AURRERAKA	6	6%	2	5%
ÁREA DE MUJER	41	43%		
Total	144	150%	69	168%

MUESTRA DE PERSONAS GENERAL SEGÚN EDAD

Tabla 3 – Muestra de personas que han participado en el estudio según organización y franja de edad.

Organización a la que están vinculadas	26 a 35	36 a 49	50 a 64	65 y +	NS/NC	Total
AVIFES (Mujeres)	3	38	52	3		96
AVIFES (Hombres)		17	23	1		41
ADEMBI		7	3			10
BAGABILTZA			5	7	1	13
EMAKTIVA	2	8	10		3	23
FSDPV	5	6				11
Total	5	70	93	11	15	194

APLICACIÓN DE LA ESCALA GENCAT A TODAS LAS PERSONAS DE LA MUESTRA para la medición cuantitativa de la situación en las dimensiones de calidad de vida.

La **Escala GENCAT**, es 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.

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 tranquila, segura, sin agobios, no estar nerviosa. 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: Intimidación, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PERFIL DE LAS MUJERES Y HOMBRES PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN. En concreto se han considerado las siguientes variables de información:

3

- Edad
- Municipio de residencia
- Años de vinculación a la Asociación
- Servicios y programas de AVIFES de los que son usuarias (entre las mcem y hcem de AVIFES)
- Diagnóstico/s de enfermedad mental (entre las mcem y hcem de AVIFES)
- Años desde el diagnóstico (entre las mcem y hcem de AVIFES)
- Grado de discapacidad
- Grado de dependencia
- Modificación de la capacidad
- Dónde y cómo viven, y composición de la unidad convivencial
- Si tienen hijos/as.
- Estado civil
- Red significativa de apoyo de la que disponen (familiares y no familiares)
- Situación económica
- Servicios de los que son usuarias (servicios sociales y sociosanitarios)
- Prestaciones económicas y pensiones de las que son beneficiarias.
- Nivel educativo
- Trayectoria laboral
- Cuestiones específicas sobre violencia de género y rol de cuidado

EXPLORACIÓN Y ANÁLISIS de la información cuantitativa recopilada, extrayendo, por grupos de trabajo, percepciones, interpretaciones y primeras conclusiones para su análisis y **VALORACIÓN CUALITATIVA:**

4

- Un grupo de trabajo con mujeres con EM participantes en los Grupos de apoyo del Área de mujer de AVIFES.
- Un grupo de trabajo con mujeres con EM usuarias de otros servicios de AVIFES.
- Un grupo de trabajo con profesionales de atención directa de distintos servicios y programas de AVIFES.
- Un grupo de trabajo con el equipo de coordinadoras y coordinadores de servicios y programas de AVIFES.
- Sesiones de trabajo con el equipo motor-equipo de dirección de Avifes.



LA INTERSECCIÓN DE FACTORES DE DESIGUALDAD EN LAS MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL

En las mujeres con EM concurren distintos factores de desigualdad y discriminación (como mínimo los de género, discapacidad y enfermedad mental), lo que las sitúa como colectivo especialmente vulnerable, en particular riesgo de rechazo, aislamiento y exclusión social. En efecto, en su caso se produce este fenómeno de “interseccionalidad” entre diferentes categorías de discriminación, construidas social y culturalmente, que interactúan, no de forma independiente, sino como niveles simultáneos que contribuyen a una sistemática desigualdad social.

El concepto de la interseccionalidad se centra en la necesidad de analizar y abordar las dinámicas de privilegios y exclusiones que emergen cuando las personas se encuentran en el punto de intersección entre distintas desigualdades o “ejes de opresión”. Es decir, no se trata de analizar y abordar cada factor de desigualdad por separado, sino de determinar las relaciones y las dependencias que se establecen entre ellas y su efecto o resultados sobre cada persona considerando todas sus características personales y sociales.

En el caso de las mujeres con EM se hace **preciso considerar las relaciones y efectos de la intersección entre estos factores de desigualdad o ejes de opresión:**





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.

La Exposición de Motivos de la **Ley vasca 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres**, pone de relieve que *“los datos sobre el mercado laboral, la participación sociopolítica, la realización del trabajo doméstico, la violencia contra las mujeres, la pobreza, etc., siguen mostrando la existencia de una jerarquización en las relaciones y la posición social de los hombres y las mujeres que tiene su origen en los estereotipos y patrones socioculturales de conducta en función de sexo que asignan a las mujeres la responsabilidad del ámbito de lo doméstico y a los hombres la del ámbito público, sobre la base de una muy desigual valoración y reconocimiento económico y social”*. En este mismo sentido, el Preámbulo de la **Norma Foral 4/2018, para la Igualdad de Mujeres y Hombres de Bizkaia** expresa que *“Las estructuras de poder colocan a hombres y mujeres en situaciones desiguales y de discriminación, la pobreza se feminiza, la tasa de paro femenina es mucho mayor que la masculina y los empleos femeninos son más precarios, existe una brecha salarial innegable, las mujeres sufren doble y triple jornada y los techos de cristal no acaban de romperse...Las mujeres enfrentan todas las formas de violencia: machista, sexista, simbólica, estructural etc. Todo ello está condicionando, en muchos casos, el ejercicio pleno de los derechos inherentes a la ciudadanía por parte de las mujeres”*.

De hecho, tanto la normativa autonómica como la foral se dirigen a promover y garantizar la igualdad de oportunidades y trato de mujeres y hombres en todos los ámbitos de la vida y, en particular, a promover la autonomía y a fortalecer la posición social, económica y política de aquéllas. Así como, *“a implementar medidas para la erradicación de todas las formas de discriminación, directa e indirecta, y de desigualdad que viven las mujeres por el hecho de ser mujeres, removiendo los obstáculos que impiden el ejercicio efectivo de todos sus derechos”* (Art. 1 NF 4/2018).

En este mismo sentido, son diversas las políticas impulsadas para promover y garantizar esta igualdad de oportunidades y trato entre mujeres y hombres, no sólo en Euskadi, sino también en el ámbito internacional:

- Los propios **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas recogen la Igualdad de Género como uno de sus objetivos (Objetivo 5)** orientando, entre otras, estas actuaciones:
 - *Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.*

- *Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos públicos y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.*
 - *Reconocer y valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico no remunerado mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social, así como mediante la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.*
 - *Velar por la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles de la adopción de decisiones en la vida política, económica y pública.*
 - *Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.*
 - *Emprender reformas que otorguen a las mujeres el derecho a los recursos económicos en condiciones de igualdad, así como el acceso a la propiedad y al control de las tierras y otros bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales.*
 - *Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular, la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres.*
 - *Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas a todos los niveles.*
- **Compromiso Estratégico para la Igualdad de Mujeres y Hombres 2016-2019 de la Unión Europea.** La Comisión Europea, en su programa estratégico, se ha reafirmado en su compromiso de continuar el trabajo para promover la igualdad de mujeres y hombres, dado que la igualdad de mujeres y hombres constituye un valor fundamental y un objetivo de la Unión Europea, así como un motor para el crecimiento económico. Para ello, las acciones previstas en su programa de trabajo se centran en las cinco áreas temáticas prioritarias existentes:
- *Aumentar la participación de las mujeres en el mercado laboral y promoción de la igual independencia económica de mujeres y hombres;*
 - *Reducir las disparidades entre sexos existentes en las retribuciones, los ingresos y las pensiones, para así combatir la pobreza entre las mujeres;*
 - *Promover la igualdad entre mujeres y hombres en la toma de decisiones;*
 - *Combatir la violencia sexista y proteger y apoyar a las víctimas;*
 - *Promover la igualdad entre mujeres y hombres y los derechos de las mujeres en todo el mundo.*

En todas las áreas prioritarias se prestará especial atención al papel de los hombres, a la eliminación de estereotipos y a la promoción de roles no

discriminatorios en función del sexo. Se dedicará especial atención a las necesidades específicas de grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

- En Euskadi, el **VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE (2018)** orienta a los poderes públicos para que su actuación contribuya a cambiar los valores que sostienen y justifican la subordinación de las mujeres y de lo femenino en todos los ámbitos de la vida, y que limitan a los hombres, que aun estando en una situación de poder, también ven condicionadas sus vidas por el patriarcado, que es universal. Considera imprescindible este cambio de valores para el desarrollo humano sostenible, lo que implica *“la construcción y consolidación de nuevos valores que no estén atravesados por el androcentrismo, el sexismo y el machismo; de principios filosóficos, éticos y políticos que permitan desarrollar e incorporar la igualdad de mujeres y hombres, el respeto a los derechos humanos de las mujeres y la promoción de su ciudadanía”*.



La Exposición de Motivos de la **Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres**, también observa que *“hay un importante número de mujeres que sufren una múltiple discriminación, ya que, junto a la discriminación por razón de sexo, padecen otras discriminaciones derivadas de factores como la raza, origen étnico, lengua, edad, discapacidad, patrimonio, orientación sexual, etc. Todo ello está condicionando, en muchos casos, el ejercicio pleno de los derechos inherentes a la ciudadanía por parte de las mujeres”*. El Preámbulo de la NF 4/2018 también introduce la particular situación de vulnerabilidad que, como consecuencia de esta discriminación múltiple, sufren un buen número de mujeres.

Así el Art. 1.c) de la Ley 4/2005 obliga a los poderes públicos vascos a garantizar el ejercicio efectivo de los derechos fundamentales de aquellas mujeres o grupos de mujeres que sufran una múltiple discriminación por concurrir en ellas otros factores que puedan dar lugar a situaciones de discriminación. Entre otros, la discapacidad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. **De hecho, es competencia de la Diputación Foral de Bizkaia**, entre otras cuestiones, la *“prestación de programas o servicios con el objetivo de garantizar el acceso a los derechos sociales básicos de las mujeres que sufren discriminación múltiple, que por su naturaleza hayan de prestarse con carácter supramunicipal” (Art. 5.i) NF 4/2018*.

Ya en la **Declaración sobre el Reconocimiento de los Derechos de las niñas y mujeres con discapacidad de 2007**, se denunciaba: *“Que, las niñas y mujeres con discapacidad siguen hoy en día enfrentándose a los efectos de una discriminación clara y rotunda. A pesar de los avances importantes obtenidos en los últimos años, este tipo de discriminación sigue representando un problema grave y alarmante. Así lo demuestran los datos y las*

experiencias de las niñas y mujeres con discapacidad, que muestran la existencia de mayores carencias educativas, más desempleo, salarios inferiores, acceso limitado a los servicios de salud y maternidad, limitaciones para el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos, acceso escaso o nulo a los programas y servicios dirigidos a las mujeres en general, mayor riesgo de padecer situaciones de violencia y todo tipo de abusos, limitación en la existencia de datos desagregados por género y discapacidad, infrarrepresentación en nuestras asociaciones, etc. Estas mujeres experimentan aún más discriminación que los hombres con discapacidad y las mujeres sin ella. La existencia de prejuicios y estereotipos distorsionan la imagen que tienen de sí mismas y su percepción de ser ciudadanas con plenos derechos humanos y civiles. En este sentido, las mujeres con discapacidad suelen carecer de recursos o dispositivos legales eficaces para eliminar y corregir dichas conductas discriminatorias”.

En efecto, entre la población con discapacidad, el género, como constructo social bien definido en el marco de una sociedad patriarcal, también genera situaciones de desigualdad entre las mujeres y hombres.

Pese a ello, no es hasta hace muy pocos años que se ha comenzado a considerar la complejidad de ser una mujer y tener discapacidad, como objeto de análisis y experiencia de reivindicación específica. Estas mujeres se han venido situando en un escenario hostil en el que las reivindicaciones de género y las de discapacidad transitaban por caminos diferentes, sin intersecciones y sin considerar la realidad específica de las mujeres con discapacidad. Además, para el imaginario colectivo las mujeres con discapacidad han sido consideradas durante años como objetos que debían ser atendidos, nunca como sujetos titulares de derechos y por lo tanto protagonistas de su propia historia. Esto ha dificultado enormemente las posibilidades de encuentro entre grupos que han dirigido sus reivindicaciones en paralelo, sin crear alianzas, tal y como pone de relieve el CERMI en sus distintas publicaciones en materia de género¹.

La imagen social de las mujeres y niñas con discapacidad ha estado siempre lastrada por los estereotipos vigentes en la sociedad en torno a la discapacidad.

El hecho evidente de que las mujeres con discapacidad son mujeres, ha sido una obviedad negada de manera sistemática, al ser consideradas como personas con discapacidad sin más, constituyéndose así una suerte de género neutro que las sitúa en la máxima exclusión social. Ni su imagen, ni los roles y funciones que desempeñan, concuerdan con los establecidos a través de los mandatos de género en una sociedad patriarcal.

¹ Fuente: CERMI. Colecciones. Generosidad.
<https://www.cermi.es/es/colecciones/generosidad>

Son diversos los factores de desigualdad a los que se enfrentan las mujeres con discapacidad. Entre otros:

- Niveles educativos más bajos.
- Mayor índice de analfabetismo.
- Menor actividad laboral, con puestos de trabajo de menor responsabilidad y peor remunerados.
- Mayor dependencia económica respecto de la familia y/o personas responsables de ellas.
- Mayor aislamiento social.
- Más baja autoestima.
- Mayor dependencia social, afectiva y emocional.
- Mayor desprotección socio-sanitaria.
- Escaso o nulo acceso a los programas y servicios dirigidos a las mujeres en general.
- Mayor riesgo de padecer violencia y todo tipo de abusos, que las mujeres en general.
- Mayores niveles de sobreprotección por parte de las familias.
- Menor desarrollo personal y social.
- Falta de aceptación de su propio cuerpo.
- Desconocimiento y rechazo de la afectividad y de la sexualidad

Todo ello hace de las mujeres con discapacidad un colectivo especialmente vulnerable, con particular riesgo de discriminación, aislamiento, así como de sufrir violencia en sus distintas formas y diversidad de agresores.



Las personas con enfermedad mental presentan características particulares y se enfrentan a dificultades diferenciales con respecto a otras personas con discapacidad, particularmente agravadas en el caso de las mujeres con EM.

El peso del estigma social, el déficit en su empoderamiento y participación social, y las particularidades de sus necesidades de apoyo, intensifican la vulnerabilidad y riesgo de aislamiento, discriminación y exclusión social.

La realidad del estigma social les afecta cada día, con implicaciones negativas en todas sus dimensiones de calidad de vida, tanto debidas a la discriminación y rechazo de quienes les rodean y de la sociedad, como debidas a su propio auto-rechazo (autoestigma).

En consecuencia, la mujer corre el riesgo de caer en la estigmatización que le considera incapaz al no poder cumplir con lo que se espera de ella. Como explica Aretio (2009) al ser colocada y definida desde ese lugar puede llegar a internalizar la estigmatización que marcará su identidad, determinando negativamente sus sentimientos de amor

propio, autonomía y capacidad de sentir y actuar con independencia y capacidad como mujer (García- Moreno, 2000). La mujer con enfermedad mental a menudo se ve exigida por su socialización genérica a pautas vinculadas con el sostén de otros cuando en realidad es ella la que necesita ser sostenida (Nicholson, Sweeney & Geller, 1998).

Otro aspecto a destacar, es la sintomatología derivada de su enfermedad mental, tanto la sintomatología positiva propia de su diagnóstico (delirios, compulsiones, alucinaciones, tristeza extrema), como la negativa (apatía, desmotivación, falta de interés). Todo ello tiene un gran impacto y repercusión en la vida cotidiana de estas mujeres produciéndose un efecto multiplicador en la vulnerabilidad y aislamiento, así como en todo el plano emocional.



LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Media
Mujeres Con Enfermedad Mental	9,8	10,9	9,9	11,6	8,4	12,3	11,1	10,1	10,5
Otras Mujeres Con Discapacidad	12,4	13,2	10,2	13,9	9,0	13,1	13,5	11,4	12,1
Otras Mujeres Con Otras Necesidades Sociales	12,1	13,7	6,1	13,5	6,9	12,6	12,0	10,4	10,9
Otras Mujeres Sin Discapacidad	12,5	13,4	9,8	12,4	9,4	12,8	14,3	11,4	12,0
Hombres Con Enfermedad Mental	11,24	10,95	7,95	12,59	8,05	10,59	11,34	9,12	10,23

A nivel general, y sin entrar en comparativas con los grupos de contraste de la investigación, podemos decir que

Las mujeres con EM presentan una puntuación media en calidad de vida inferior a la de otras personas, con diferencias significativas según dimensiones.

BIENESTAR EMOCIONAL



Hace referencia a sentirse tranquila, segura, sin agobios, no estar nerviosa. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o de sentimientos negativos.

Esta es la dimensión de calidad de vida en la que las mujeres con EM presentan la puntuación más baja

tanto con respecto a otras mujeres, como con respecto a los hombres con EM, y cualquiera que sea la variable de perfil considerada. Los otros 3 grupos de mujeres tienen una puntuación muy similar entre ellas (más alta que las de las mujeres con EM) y también superior a la de los hombres con EM.

Esta dimensión se ve afectada significativamente en las enfermedades mentales presentando importantes carencias. Sin embargo, más allá de esta sintomatología,

cuando confluye el hecho de ser mujer con tener una enfermedad mental entran en juego otros factores, que como veremos a continuación, agravan aún más el impacto negativo.



EL AUTOESTIGMA Y LA BAJA AUTOESTIMA de las mujeres con EM:

A diferencia de otras mujeres, las mujeres con EM se enfrentan a su propio autoestigma, provocado por el desconocimiento de sus propias capacidades y la falta de conciencia para aceptarlas de forma natural, condicionadas por un concepto negativo de sí mismas, así como por una autoestima muy deficiente. Así lo expresan las propias mujeres con EM: *“Me autoexcluyo, pienso que no estoy a la altura”, “Me siento enferma”, “La enfermedad te lleva a estar depresiva, te sientes mal”*.

Junto a esta imagen distorsionada de ellas mismas, es frecuente que las mujeres con EM hayan perdido o no hayan adquirido nunca habilidades sociales y personales que les permita expresar sus opiniones, defenderse, tomar decisiones, reclamar sus derechos, etc., y cambiar su situación.

El estigma les genera sentimientos de culpabilidad y gran sufrimiento ante la no aceptación y rechazo de la sociedad, les hace sentirse condicionadas por lo que otros piensan y dicen. Asimismo, el estigma social les genera angustia y tristeza, desmotivación y desilusión para plantearse y llevar a cabo su proyecto de vida. Implica la falta de aceptación de sí mismas, baja autoestima y sentimientos de vergüenza que le llevan a su aislamiento y soledad.



SOBREPROTECCIÓN, MINUSVALORACIÓN Y ESTIGMA DE LA FAMILIA hacia su familiar con EM

El ambiente familiar y los comportamientos familiares que han marcado su convivencia en el recorrido de su enfermedad, en el caso de las mujeres con EM, se caracterizan:

- Por la negación de la valía y posibilidades de desarrollo de la mujeres con EM.
- Por la sobreprotección.
- Por el estigma de la familia hacia su familiar con EM, que les conduce a manifestaciones y actitudes de incompreensión, culpabilidad, vergüenza, no aceptación, ocultación...

Se trata de comportamientos familiares que hundan más a la mujeres con EM en su autoestima y autoconcepto (no aceptar su enfermedad, no permitirle salir, desprecio...:

“No sirves para nada, nunca vas a tener amigas”.

Esta negación de las mujeres con EM e incredulidad ante sus posibilidades de desarrollo, que han venido marcando sus relaciones de convivencia familiar, redundan aún más en su baja autoestima, autovaloración y autoconcepto.



CARGAS FAMILIARES Y ROL DE CUIDADO QUE DESPRECIA LAS NECESIDADES de la mujeres con EM

Si bien es cierto que, con carácter general, las mujeres asumen una mayor responsabilidad y cargas familiares que los hombres, como uno de los elementos propios de la desigualdad social entre mujeres y hombres, en el caso de las mujeres con EM esta realidad se ve agravada como consecuencia de su falta de dedicación a otras tareas socialmente aceptadas (tener trabajo, haber conformado su propio núcleo familiar...) que "justifican" que las mujeres puedan excusarse de la atención de familiares dependientes (padres/madres mayores, otros miembros de la unidad familiar en situación de dependencia, etc.). En este sentido, hay que tener en cuenta que:

- Sólo 23 mujeres con EM (el 24%) de la muestra analizada tiene hijos/hijas, frente al 81% en el caso de otras mujeres sin discapacidad. Por otro lado, en el caso de las mujeres con EM y, al margen de la edad, la situación más habitual es que, aunque tengan hijos/as, no vivan con ellos/ellas: sólo 9 de estas 23 mujeres con EM viven con su pareja y/o hijos/as.
- Sólo el 13% de la muestra de mujeres con EM vive con pareja y/o hijos/as, frente al 54% en el caso de otras mujeres (mujeres con esclerosis múltiple, mujeres con otras necesidades sociales y otras mujeres).
- Sólo el 2% está trabajando en la actualidad.

Las mujeres con EM que han participado en los grupos focales ponen de manifiesto que, ante una situación de dependencia en el núcleo familiar, el resto de la familia no valora, e incluso desprecia, las actividades que ellas realizan (acudir al centro de día, o a otros servicios o recursos que necesitan) al no tener este contenido laboral o de atención a su propio núcleo familiar: *"Conozco la indiferencia y que mis hermanos se hayan desentendido de mí y de cuidar de mi madre". "Somos el soporte más débil en tareas de cuidados. Tengo que ocuparme de mi madre a pesar de estar mal por mi em". "Sentirte útil porque cuidas a tus padres y no estás "perdiendo" el tiempo en actividades que no tienen valor para la sociedad (trabajar, tener pareja e hijos...)"*. *"Laboralmente no encuentras trabajo y esto te hunde. Además, la mujer se hunde aún más al tener que cuidar de la familia"*.

El 34% de las mujeres con EM manifiesta que en su núcleo convivencial hay otras personas con discapacidad o en situación de dependencia que requieren apoyos. Este porcentaje es del 19% entre otras mujeres con discapacidad y del 3% entre otras mujeres.

En el caso de las mujeres con EM, además, las cargas familiares son vividas desde una particular dependencia, culpabilidad y exceso de responsabilidad (a diferencia de otras mujeres). Las mujeres con EM generalmente presentan mayores dificultades en lo que respecta a las funciones y roles tradicionales esperados en el contexto social y familiar.

El rol de cuidado vinculado a la dependencia de sus familiares es una realidad característica de las mujeres con EM que no se da entre los hombres con EM. En el caso de los hombres con EM, el 39% convive con otras personas que también requieren

apoyos, sin embargo, su vivencia y realidad con respecto a la responsabilidad en el cuidado difiere en gran medida de las mujeres con EM. Con carácter general los hombres con EM no se sienten tan aludidos por las demandas de cuidado de otras personas en situación de dependencia en su núcleo familiar, ni corresponsables en la respuesta. **Las mujeres con EM están más pendientes de padres/madres mayores, quitándole importancia a lo que a ellas les pasa o cómo están. Abandonan sus propios cuidados para centrarse en el cuidado de otros.**

Además, **las expectativas de la familia son muy diferentes** cuando se trata de mujeres con EM: de ellas se espera que, además de estar bien, puedan ocuparse de las cargas familiares. En el caso de los hombres con EM no se produce esta expectativa, ni se les traslada la responsabilidad de las cargas familiares: con carácter general sólo se espera que estén estables en su enfermedad y que tengan actividades fuera que les ayuden a desarrollarse.



DEPENDENCIA EMOCIONAL Y RELACIONAL de la mujeres con EM con respecto a su familia

El ambiente familiar que les rodea, su rol/cultura asociada a la negación de su valía y al cuidado, la realidad de sobreprotección y las vivencias durante el curso de su enfermedad con su familia implican que se produzca un vínculo muy estrecho de la mujeres con EM con la familia (bien porque la familia ha apoyado a la persona, bien porque se ha establecido una relación de mutua dependencia) que impide a la mujer desentenderse y/o tomar distancia en el rol de cuidadora familiar cuando su familiar necesita su cuidado. **Ya no importa que las mujeres con EM también necesiten apoyo, quedan en segundo plano sus necesidades, ocupaciones, actividades, intereses...**

Asimismo, las mujeres con EM manifiestan un particular sufrimiento ante la pérdida de sus referentes familiares (por enfermedad o fallecimiento) basada en estos vínculos tan estrechos, con vivencias muy duras compartidas (*"Sólo la tenía a ella, era mi punto de apoyo"* - en referencia a su madre-).

Por último, ponen de relieve el chantaje emocional de la familia hacia las mujeres con EM en base a este vínculo y relación de dependencia, así como el sentimiento de culpabilidad que le provoca: *"Eres una desagradecida si no cuidas de tus padres"*.



PROYECTO VITAL FRUSTRADO

Con el diagnóstico de la enfermedad las mujeres con EM, a diferencia de otras mujeres, el círculo de amistades, los proyectos de futuro (tanto a nivel personal: tener pareja, tener hijos/hijas, etc., como de formación y desarrollo laboral) quedan abandonados. Las demás personas continúan con sus vidas y las mujeres con EM se quedan "estancadas", con un alto sentimiento de frustración sobre su vida, y con muchas dificultades para rehacer nuevos proyectos y sueños.

Hay que tener en cuenta que el 12% de las mujeres con EM cuenta con estudios superiores y el 45% estudios secundarios, bachillerato o enseñanzas profesionales de grado medio. Se trata de personas, por tanto, con aspiraciones de desarrollo profesional que en muchos casos han quedado frustradas por la enfermedad.



Las mujeres con EM tienen una MAYOR FACILIDAD PARA COMUNICAR CÓMO SE SIENTEN A NIVEL EMOCIONAL que los hombres

Las mujeres con EM, en general, tienen una mayor conciencia de sus emociones, así como mayor facilidad para expresarlas, siempre que se les ofrecen espacios y momentos para ello, donde se sienten con confianza para poder manifestar y compartir sus vivencias, sentimientos y emociones. Tienen más capacidad para hablar de sus emociones y reconocer su malestar emocional (a los hombres con EM les cuesta más).

Las mujeres con EM tienden a ponerse más en el lugar del otro (empatía), así como a actuar en función de lo que creen que las otras personas esperan de ellas. Los hombres actúan y se expresan con mayor libertad, sin tanto miedo a sentirse juzgados. Esto hace que a las mujeres con EM les cueste más confiar en las otras personas, dificultando que puedan desahogarse, y siendo más selectivas con las personas con las que sienten que pueden expresarse con libertad (generalmente otras mujeres).



MENOR AUTOESTIMA de las mujeres con EM, frente a los hombres con EM

Las mujeres con EM, en general, presentan una menor autoestima que los hombres con EM, con más sentimientos de vergüenza ante lo que puedan pensar los demás. Es más habitual que expresen y manifiesten no sentirse capaces, no probar nuevas experiencias, aislarse en casa... A las mujeres con EM les cuesta más darse cuenta y reconocer sus cualidades. Tienden a centrarse en lo negativo. Tiene una autoimagen dañada que se les ha enseñado a ocultar.

Acumulan vivencias traumáticas (bullying, violencia de género y/o intrafamiliar, entornos familiares desestructurados, abusos sexuales en la infancia, etc.) vinculadas al entorno en el que han vivido y/o en el que viven que en muchos casos son negativas y que no saben cómo afrontar: cómo les ve y considera su familia, episodios de rechazo, de no sentirse valoradas...

RELACIONES INTERPERSONALES E INCLUSIÓN SOCIAL



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.

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

Las mujeres con EM están muy por debajo del resto de mujeres (de hecho, éstas tienen unos niveles muy similares entre ellas) pero presentan niveles muy parecidos al de los hombres con EM.

El peso del estigma social, sus dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales o los bajos recursos económicos, son factores que condicionan los resultados más bajos en estas dimensiones de calidad de vida en las psem, agravados en el caso de las mujeres con EM por los condicionamientos sociales sobre la imagen y su mayor riesgo de vulnerabilidad hacia relaciones de dependencia.



EL PESO DEL ESTIGMA SOCIAL

El estigma social genera rechazo de las personas que rodean a las mujeres con EM, incluso entre las más cercanas: familiares, amigos/as... El estigma social y sus consecuencias (rechazo social, rechazo del círculo de amistades, de la familia, miedo, desconfianza, etc.) es una característica de la realidad a la que se enfrentan las mujeres con EM en su día a día, que no se produce entre otras mujeres (con o sin discapacidad), pero que si se da también en los hombres con EM.

Estas barreras de aceptación social (a diferencia de otras mujeres y de otras discapacidades) **condicionan las oportunidades de inclusión y participación social** en todos los ámbitos de la comunidad que hacen posible su inclusión social: educación, empleo, ocio...

De hecho, las mujeres con EM manifiestan que tienden a ocultar su enfermedad para evitar el rechazo de las demás personas, especialmente en el ámbito laboral e incluso a otros familiares y amistades.



DIFICULTADES PARA MANTENER Y ESTABLECER RELACIONES CON OTRAS PERSONAS, SOLEDAD Y CARENCIA DE REDES

La enfermedad es una dificultad para las relaciones interpersonales. Al principio de la enfermedad se produce el abandono y el rechazo del círculo de amistades (*"te aíslan"*). La vida anterior y las relaciones previas con las que contaba la mujeres con EM, en general, ya no se recupera, y no vuelve a ser nunca como antes.

En este sentido se observa que el 71% de las mujeres con EM está soltera (frente al 33% en el caso de otras mujeres sin discapacidad) y sólo el 8% está casada o tiene pareja de hecho formal (frente al 42% en el caso de otras mujeres sin discapacidad).

Las vivencias que han experimentado las mujeres con EM de rechazo, pérdida de amistades, personas que les han abandonado o defraudado... les conduce a la desconfianza y, en consecuencia, a una mayor dificultad para relacionarse y hacer nuevas amistades. En muchos casos desarrollan actitudes de desconfianza, como mecanismo de defensa hacia nuevos desengaños, al haber pasado por vivencias en las que otras personas se han aprovechado de su situación de particular vulnerabilidad.

Todo ello les sitúa en un alto riesgo de aislamiento, soledad y carencia de redes. De hecho, el 42% de las mujeres con EM de la muestra no cuenta con relaciones significativas y/o de apoyo de otras personas (no familiares), frente al 5% en el caso de otras mujeres con discapacidad.



LAS DIFICULTADES ECONÓMICAS: otro factor de aislamiento

Los escasos recursos económicos dificultan el acceso y la participación en actividades y/o recursos comunitarios que pudieran permitir ampliar sus relaciones sociales.

Esas dificultades económicas afectan también a las condiciones en las que viven algunas mujeres, son un elemento añadido de dificultad en sus posibilidades para relacionarse (*"Me da vergüenza que mis amigas vengan a mi casa y vean dónde vivo"*).



ESCASO DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES

A diferencia de otras mujeres, la realidad de aislamiento (por abandono de otras personas y por auto-aislamiento) comporta un menor desarrollo de sus habilidades sociales y de relación, con **un mayor riesgo de establecer relaciones de dependencia** hacia las demás personas (para cubrir la necesidad de sentirse queridas, aceptadas, etc.): tanto en relaciones de pareja como de amistad. Estas relaciones llegan a convertirse en relaciones tóxicas, generando una dependencia emocional que aumenta su vulnerabilidad así como la posibilidad de vivir situaciones de riesgo, donde el miedo a la soledad y la inseguridad, pueden desencadenar situaciones de ansiedad y angustia que impactan negativamente en su estado emocional.



LAS CARGAS FAMILIARES

En lo que se refiere a la inclusión social, se observan puntuaciones algo más altas en los hombres con EM, aspecto en el que influyen las cargas familiares y el rol de cuidado, todo ello vivido desde la culpabilidad, la dependencia y el exceso de responsabilidad. A todo ello hay que sumarle, además, que en gran medida están o han estado sometidas a un contexto de mayor sobreprotección en casa.

Se desprecian las actividades que las mujeres con EM pueden desarrollar fuera de casa (más aún cuando no tienen trabajo o pareja e hijos/as...), son más útiles prestando su ayuda en casa cuando se necesita.



DIFERENCIAS EN EL TIPO DE RELACIONES RESPECTO A LOS HOMBRES

Se observan **estereotipos machistas en el tipo de relaciones que buscan y establecen las mujeres con EM y los hombres con EM**: los hombres con EM manifiestan con mayor frecuencia la búsqueda de relaciones para cubrir sus necesidades sexuales o la búsqueda de cuidado por parte de la otra persona.

Frente a ello y, con carácter general, las mujeres con EM buscan, más allá de cubrir sus necesidades sexuales, relaciones que cubran su vacío desde un plano más afectivo y relacional. Buscan poder establecer un nivel de comunicación y comprensión más profundo, lo que hace en muchos casos establecer relaciones tóxicas y de dependencia llegando a problemas de abusos y violencia de género.



LOS CÁNONES SOCIALES SOBRE LA IMAGEN CONDICIONAN MÁS A LAS MUJERES QUE A LOS HOMBRES

El tema de la imagen asociada a las mujeres hoy en día (delgadez, juventud, perfección, etc) condiciona mucho más a las mujeres con EM que a los hombres con EM a la hora de salir, participar en actividades... Por ej. se observa que las mujeres con EM participan menos en actividades físicas (como piscina) por complejos con su físico. Esta imagen se ve deteriorada en muchas ocasiones por los efectos de la medicación, pero también por la sintomatología negativa que les lleva abandonarse, no cuidar su aspecto físico como lo hacían anteriormente, y aun siendo conscientes de ello, no son capaces de retomar los hábitos que tenían antes de aparecer la enfermedad. Las mujeres con EM también refieren que su nivel de ingresos no les permite dedicar dinero a ese cuidado personal que les gustaría llevar a cabo (peluquería, productos de cosmética, ropa actual y adecuada...).

BIENESTAR MATERIAL



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).

Las mujeres con EM presentan puntuaciones muy similares a otras mujeres y ligeramente más bajas respecto a otras mujeres con discapacidad, siendo superior a las mujeres en riesgo de exclusión, que son las que presentan el nivel más bajo con grandes diferencias.

En relación con los hombres con EM éstos también presentan los niveles significativamente más bajos que las mujeres con EM.

A nivel económico, **las mujeres con EM dependen** de pensiones y prestaciones económicas de escasa cuantía, así como del apoyo de las familias con quienes conviven, ya que **la mayoría no ha podido acceder al empleo o, cuando lo ha hecho, no ha permanecido trabajando mucho tiempo**. En particular, de las 96 mujeres con EM de la muestra de este estudio, sólo el 2% está trabajando (en modalidad de empleo ordinario o protegido), el 48% están incapacitadas para trabajar, el 33% en desempleo, el 15% sin actividad y el 2% jubiladas. Las mujeres con EM presentan las tasas más altas de desempleo y las tasas más bajas de actividad y de empleo dentro del ámbito de la discapacidad².

Aunque cuenten con experiencia laboral (el 82% así lo manifiesta), su tiempo de permanencia en el empleo es limitado: el 25% 5 o menos años, el 19% entre 6 y 10 años, el 18% entre 11 y 15 años, el 20% entre 16 y 20 años, y el 6% más de 20 años (frente al 23% en el caso de otras mujeres). Esto supone que, con carácter general, **su tiempo de cotización es muy reducido, lo que también incide en la cuantía limitada de las pensiones a las que pueden acceder**.

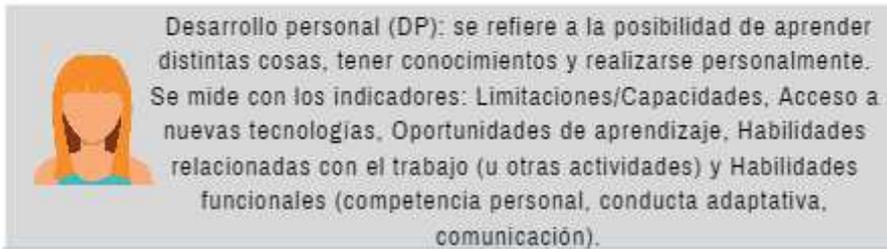
Esta situación tiene implicaciones directas sobre sus posibilidades económicas, condicionando un futuro de dependencia económica tanto de su familia como de la Administración Pública: el 30% percibe una pensión contributiva por incapacidad, el 23% prestación por orfandad, el 16% prestación por hijo a cargo, el 16% pensión no contributiva, el 7% pensión de jubilación, el 5% RGI y el 2% pensión de viudedad.

Aunque esta situación respecto al empleo y las pensiones, es bastante similar en los hombres con EM, ellos perciben peor su bienestar material, seguramente por contar con menos apoyo familiar y estar en una situación más cercana a la que viven los

² Según los datos que aporta el Instituto Nacional de Estadística sobre "El empleo de las personas con discapacidad" en 2017, la tasa de actividad de las pccem se sitúa en el 31,1% (frente al 35% como media entre las personas con discapacidad) y la tasa de empleo en el 18% (frente al 26% como media entre las personas con discapacidad).

hombres y mujeres en riesgo de exclusión social, y también por su mayor actividad social y participación en recursos, lo que genera más gastos que en las mujeres cuya actividad está más supeditada al ámbito doméstico.

DESARROLLO PERSONAL



Las mujeres con EM presentan niveles más bajos que el resto de mujeres en esta dimensión y que los hombres con EM.

Su desarrollo personal, a diferencia de otras mujeres y de otros hombres con EM, se encuentra frustrado, por el estancamiento que provoca la enfermedad mental en su vida: tanto a nivel de desarrollo laboral como personal, aún más agravado por hecho de ser mujer,

ESTANCAMIENTO EN SU DESARROLLO LABORAL



Hay que tener en cuenta que las mujeres con EM presentan mayores dificultades de acceso al empleo que otras mujeres (siendo, asimismo, el ámbito del empleo, uno de los ámbitos donde mayores desigualdades se producen, con carácter general, entre mujeres y hombres): el 85,7% de las personas afectadas por trastornos mentales con reconocimiento de grado de discapacidad en España no tiene un trabajo y su tasa de paro se sitúa en el 48,4%. Frente a ello, la tasa de desempleo de las mujeres con EM triplica a la de la población femenina en general, que se sitúa en el 16,26% (en el 12,87% entre la población masculina)³

Por otro lado, su autoestigma, la sintomatología de la enfermedad, y su particular historia de sobreprotección y aislamiento, les conducen a la negación de sus capacidades y de sus potencialidades, sintiéndose en un "estatus de inferioridad", lo que conlleva que no vean el empleo como una posibilidad real.

Además muchas de ellas han experimentado una interrupción en sus itinerarios formativos. De ahí que aumente la dificultad para acceder a un empleo, pero además refieren también muchas dificultades para mantenerlo una vez aparece la enfermedad mental: *"No lo he podido ocultar porque se me nota", "Yo nunca digo que tengo EM"*.

³ Fuente: Desempleo en la población: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA) - Cuarto trimestre de 2018. Datos sobre empleo de las personas con enfermedad mental: web de la Confederación Salud Mental España.

Aunque cuenten con formación previa anterior a la EM, una vez que esta aparece es muy complicado acceder a un puesto de trabajo acorde con dicha formación. A todo ello, se une el temor a que el estrés y otros factores que se pueden dar en el ámbito laboral, puedan incidir sobre posibles recaídas, lo que hace frenar el acceso o la reincorporación de muchas mujeres con EM al mundo laboral.



ESTANCAMIENTO EN SU DESARROLLO PERSONAL

Su autoestigma y baja autoestima les dificultan enormemente el desarrollo de una vida plena con experiencias y relaciones significativas para ellas.

Son frecuentes sus sentimientos de estancamiento en su desarrollo personal con respecto al desarrollo que observan en las demás personas de su entorno. Su particular historia de sobreprotección y aislamiento les conduce a tener grandes dificultades para acceder a oportunidades de desarrollo en todos los ámbitos. De nuevo el rol de cuidado y la baja autoestima son factores que les limitan para aprovechar las oportunidades que se puedan producir para su desarrollo y aprendizaje (tanto en el ámbito de formación y empleo, como en otras actividades: ocio, deporte...).



MAYORES TRABAS DE LAS MUJERES CON EM PARA APROVECHAR OPORTUNIDADES FORMATIVAS Y/O LABORALES

Las mujeres con EM prefieren no asumir compromisos que puedan interferir en sus responsabilidades familiares, o no se perciben a sí mismas con capacidad para participar en estas actividades.

Esto supone:

- Que accedan en menor medida a oportunidades de formación para favorecer su empleabilidad y que cuando lo hacen, optan por niveles de formación inferiores que requieran menor dedicación y compromiso en el tiempo, para poderlo compatibilizar con el ámbito del cuidado familiar o las actividades domésticas.
- Que renuncien al acceso al mercado laboral por ser las mujeres quienes asuman la conciliación con la vida familiar.

Las mujeres con EM presentan más limitaciones que los hombres con EM a la hora de atreverse a participar en iniciativas relacionadas con la formación y el empleo. Desconfían de su capacidad, las experiencias previas de fracaso les condicionan, no quieren intentarlo. Presentan en general una mayor resistencia a los cambios que los hombres.

También les resulta más difícil que a los hombres reincorporarse al empleo o a la vida social tras aislarse por el cuidado de familiares dependientes (*"tuve que cerrar mi negocio por cuidar de mi madre"*). En su caso, la reincorporación al mundo sociolaboral, tras un parón por cuidado de menores, se realiza a edades más tardías que unido a la falta de experiencia, de formación y de reciclaje profesional, se torna muy complicado.



MENOS OPORTUNIDADES DE ACESO A RECURSOS ESPECIALIZADOS Y/O LABORALES

Se observa que las mujeres con EM acceden en menor número a cualquier tipo de recursos que los hombres, y cuando lo hacen lo hacen además más tarde, produciéndose una importante desigualdad.

El rol de cuidado en el ámbito doméstico asociado a la mujer incide sin duda en este aspecto, así como la sobreprotección familiar, pero también la falta de información y derivación de estos recursos sociales y laborales es un factor clave en la no incorporación de las mujeres a estos servicios.

Así mismo, el propio diseño y estructura de estos recursos están más pensados para dar respuestas a las necesidades de los hombres con EM al ser los principales usuarios de los mismos, lo que dificulta aún más el acceso de las mujeres que precisan de recursos flexibles y adaptados a sus perfiles.

AUTODETERMINACIÓN Y DERECHOS



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.

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.

En estas dimensiones las mujeres con EM presentan niveles muy parecidos a los de otras mujeres.

Sin embargo, son los hombres con EM los que presentan los peores datos en ambas dimensiones, situándose muy por debajo de ellas.

En este sentido, no hay que perder de vista que todas ellas son mujeres con EM usuarias de servicios y programas de AVIFES, cuyo **modelo de intervención se centra en su calidad de vida y participación en la comunidad.**

El empoderamiento de las mujeres con EM para lograr su máxima **autonomía y autodeterminación**, así como su máxima **participación** en los recursos del entorno es una de las prioridades de la Asociación.

En cualquier caso, no hay que perder de vista que las mujeres con EM han perdido o no han adquirido en muchos casos habilidades sociales para desenvolverse, para tener iniciativa, para expresar sus opiniones, para defenderse, para reclamar sus derechos, etc. Su escaso nivel de empoderamiento les impide percibirse y actuar como parte de la sociedad. El estigma social de la EM también implica la negación de sus derechos: en muchos casos se decide por ellas sin preguntarles, desde la convicción de que no saben, no pueden, o no son capaces... Por otro lado, el propio autoestigma dificulta que crean en sí mismas y, en consecuencia, reduce su capacidad para atreverse a proteger, defender y ejercer sus derechos.

BIENESTAR FÍSICO



Bienestar físico (BF): tener buen salud, sentirse en buena forma física, tener habito de alimentación saludables. Incluye os indicadores: atención sanitaria, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación

Los resultados más bajos en Bienestar Físico son una constante entre las pccem, sin grandes diferencias entre hombres y mujeres con EM, situándose en ambos casos por debajo del nivel de las mujeres con y sin discapacidad, pero superiores a las de mujeres con necesidades sociales o en riesgo de exclusión (que presentan resultados significativamente más bajos).

El acceso tardío de las pccem a los recursos condiciona la evolución de su salud (tanto física como mental). La negación de la enfermedad y la vergüenza que provoca el estigma social, implica que las personas rechacen o retrasen la aceptación del diagnóstico y tratamiento, así como otros apoyos que se les brindan, tanto en el ámbito de salud como en el de los servicios sociales. A los efectos que ya de por sí tiene la enfermedad en el deterioro físico de la persona, se suma, en muchos casos, el retraso en el diagnóstico e intervención adecuada, que implica una peor evolución de la enfermedad y sus consecuencias.

Asimismo, su deterioro prematuro vinculado a factores de riesgo (tabaquismo, vida sedentaria, muchos años seguidos tomando medicación, historia previa de institucionalización sometidas a terapias y medicación más agresivas, acceso tardío a los recursos, etc.) inciden de forma negativa en su salud física. Por último, el abordaje a las cuestiones de salud física de las pccem en general y, en particular, en los recursos de atención médica a la mujer, quedan en muchos casos supeditados a su tratamiento psiquiátrico, restringiéndose su acceso a otros facultativos especialistas, lo que incide negativamente en la atención a sus problemáticas diversas de salud.

#SUPPORTINGWOMEN

CONCLUSIONES





CONCLUSIONES

Recogemos a continuación las conclusiones obtenidas en este estudio, relacionadas con las hipótesis iniciales del estudio:



HIPÓTESIS 1.- *La calidad de vida de las mujeres con EM 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 EM 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.).*



CONCLUSION 1: La calidad de vida de las mujeres con EM presenta resultados más bajos que en otras personas, particularmente significativos en algunas dimensiones (bienestar emocional, bienestar físico y bienestar material), como consecuencia de la sintomatología de la enfermedad mental, su trayectoria vital marcada por la enfermedad, el estigma social y sus vivencias en el núcleo de convivencia caracterizadas por la sobreprotección, la negación y la responsabilidad del cuidado y las tareas domésticas.

Tabla 4 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con EM vinculadas a AVIFES (muestra estudio)

Dimensiones de Calidad de Vida	PUNTUACIÓN ESTANDAR (*)	PUNTUACIÓN PERCENTIL (**)
BIENESTAR EMOCIONAL	9,8	50,1
RELACIONES INTERPERSONALES	10,9	59,1
BIENESTAR MATERIAL	9,9	52,1
DESARROLLO PERSONAL	11,6	67,3
BIENESTAR FÍSICO	8,4	38,0
AUTODETERMINACIÓN	12,3	74,5
INCLUSIÓN SOCIAL	11,1	60,6
DERECHOS	10,1	53,8
MEDIA	10,5	56,9

(*) GENCAT: Puntuación estándar según "Baremo para la muestra general". Rango de puntuaciones: entre 1 y 20. Las puntuaciones estándar establecen la posición relativa de una persona dentro de su muestra de tipificación.

(**) GENTAT: Puntuación percentil según "Baremo para la muestra general". Los percentiles indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior. Por ejemplo, el percentil 38,00 indica que la persona tiene una puntuación superior sólo al 38% de las personas y que el restante 62% supera su puntuación.

En particular:



Las mujeres con EM presentan peores resultados en tres dimensiones de su calidad de vida: BIENESTAR EMOCIONAL, BIENESTAR MATERIAL Y BIENESTAR FÍSICO cualquiera que sea la variable de su perfil considerada.

- El Bienestar Emocional es una dimensión particularmente afectada entre las mujeres con EM. Al margen de ser una consecuencia de la sintomatología de su diagnóstico de enfermedad mental, son diversos los factores al doble hecho de ser mujer y tener una enfermedad mental que indican en su baja autoestima, negación de sus capacidades, sobreprotección, aislamiento y relegación al rol de atender la casa y cuidar de otras personas en situación de dependencia.
- Asimismo, se trata de personas con escasos recursos y acceso muy limitado al empleo (sin tiempo suficiente de cotización) y, en consecuencia, con alta dependencia económica de su entorno familiar y/o convivencial.
- El acceso tardío a los recursos y su deterioro prematuro vinculado a su exposición a factores de riesgo (medicación, tabaquismo, vida sedentaria, institucionalización con sometimiento a terapias agresivas...) condiciona la evolución de la salud (tanto física como mental). En particular, las mujeres con EM que viven en Pisos tutelados, obtienen unos mejores resultados en Calidad de vida, destacando la puntuación en Bienestar Físico, lo que nos lleva a detectar como una buena práctica el programa de salud que cada mujer tiene en los pisos, así como poner en valor el apoyo mutuo entre las mujeres que conviven en un mismo piso, y cómo la adquisición de habilidades de autonomía revierten en su desarrollo personal.



Los resultados más altos en calidad de vida de las mujeres con EM se sitúan en DESARROLLO PERSONAL, INCLUSIÓN SOCIAL y AUTODETERMINACIÓN.

Encontramos la explicación en que las mujeres participantes ya llevan un importante recorrido en relación con su empoderamiento y participación dado que son personas usuarias de los servicios y programas de AVIFES en los que el modelo de intervención pivota precisamente sobre estas dimensiones, por lo que alcanzar su máxima autonomía y autodeterminación es una de las prioridades de nuestra Asociación.

Desde el punto de vista del impacto de determinados aspectos de su perfil, relacionados con su diagnóstico, trayectoria y vivencias, destacamos en especial el impacto que en los resultados en su calidad de vida tienen el modelo de convivencia, la edad y el diagnóstico de EM.



El modelo de convivencia de las mujeres con EM condiciona sus resultados en algunas dimensiones

Los **resultados más** bajos a nivel general, como era de esperar los tienen las **mujeres que viven en un recurso residencial**, ya que son mujeres con unas mayores necesidades de apoyo derivadas de su sintomatología o de un mayor deterioro físico, y generalmente sin una red de apoyo familiar.

Es significativo que las **mujeres que siguen viviendo con sus familiares** (padres/madres y/o hermanos/as) presentan **resultados más bajos en Relaciones Interpersonales, Inclusión Social, Desarrollo Personal y Derechos**, frente a las que viven con pareja y/o hijos/as. La sobreprotección, las relaciones de dependencia familiar y el hecho de estar relegadas al rol de cuidado se incrementa entre aquellas mujeres con EM que siguen viviendo en el núcleo familiar, limitando aún más sus oportunidades para establecer relaciones interpersonales (fuera del núcleo familiar) y de participar y utilizar los recursos de la comunidad, así como los recursos especializados para ellas.

Tabla 5 – Resultados comparativos en calidad de vida entre mujeres y hombres con enfermedad mental vinculados a AVIFES

MUJERES AVIFES	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Media
Con padres y/o hermanos	10,18	10,85	10,15	11,40	8,08	12,35	10,60	9,60	10,40
Con pareja y/o hijos	9,33	12,08	9,75	12,25	8,00	12,58	12,33	10,42	10,84
Piso compartido o piso tutelado	10,93	11,00	10,13	12,20	11,53	12,13	11,07	10,33	11,17
Vive en un recurso residencial	9,00	9,33	9,00	10,67	9,33	10,67	9,33	8,00	9,42
Vive solo/a en su domicilio, pensión...	9,04	10,73	9,54	11,54	7,04	12,42	11,35	10,69	10,29
Total	9,84	10,95	9,90	11,65	8,36	12,31	11,05	10,06	10,52

Fuente: Aplicación Escala GENCAT: Puntuaciones estándar.

Asimismo, se observa que las **mujeres con EM que viven solas** presentan resultados aún más bajos que las otras mujeres en la dimensión de Relaciones Interpersonales, con un especial impacto en su Bienestar Emocional, que es muy similar al de aquellas mujeres que viven en un recurso residencial. El peso de **la soledad, la falta de lazos afectivos y de amistad, aumentan su aislamiento** y condicionan su bienestar emocional.



La edad influye en los resultados en calidad de vida, siendo mejores los de las mujeres de mayor edad.

Tabla 6 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con EM vinculadas a AVIFES (muestra estudio) según franja amplia de edad

MUJERES AVIFES	Hasta 49 años	50 y más años
BE	9,61	10,02
RI	10,54	11,25
BM	9,41	10,25
DP	11,46	11,78
BF	8,10	8,56
AU	12,15	12,44
IS	10,93	11,15
DR	9,24	10,67
Media	10,18	10,77

Fuente: Aplicación Escala GENCAT: Puntuaciones estándar.

Con la edad, se produce una mayor estabilidad en la sintomatología de la enfermedad mental así como mayor aceptación de la misma y adhesión al tratamiento, lo que incide en mejorar su salud..

Las mujeres más jóvenes se encuentra en una fase vital más complicada: ruptura de relaciones, aprender a vivir con la enfermedad, planes de vida frustrados. De ahí que sea una etapa de mayor inestabilidad, de búsqueda de su espacio y de reconstrucción de su proyecto de vida.



Los diagnósticos de depresión y trastornos más frecuentes entre las mujeres

Tabla 7 – Resultados comparativos en calidad de vida de las mujeres con EM según su diagnóstico

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Media
Mujeres con esquizofrenia	10,79	10,94	10,13	11,63	9,10	12,25	10,69	9,71	10,65
Mujeres con otros diagnósticos de EM	8,90	10,96	9,67	11,67	7,63	12,38	11,42	10,42	10,38
Total	9,84	10,95	9,90	11,65	8,36	12,31	11,05	10,06	10,52

Fuente: Aplicación Escala GENCAT: Puntuaciones estándar.

Se observa que los resultados en calidad de vida de las mujeres con diagnóstico de **esquizofrenia** son muy superiores en las dimensiones de **Bienestar Emocional y Bienestar Físico** en relación a las que tienen otros diagnósticos.

Entre las mujeres hay más diagnósticos de depresión y trastornos afectivos, que conllevan mayor inestabilidad emocional: el 50% de las mujeres presenta diagnóstico principal de esquizofrenia frente al 83% de los hombres, y tienen una mayor variedad de otros diagnósticos (el 11% trastorno de la personalidad, el 10% trastorno bipolar, el 9% trastorno esquizoafectivo, el 5% psicosis, el 3% depresión, el 2% trastorno obsesivo compulsivo y el 10% otros). Señalar además que en el caso de los diagnósticos de esquizofrenia es más frecuente la derivación a recursos, motivo que puede estar influyendo también en el menor acceso a los mismos por parte de las mujeres.



HIPÓTESIS 2

HIPÓTESIS 2 - El impacto de la *triple discriminación* que sufren las mujeres con EM (mujer, discapacidad y estigma relacionado con la enfermedad 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 EM.



CONCLUSIÓN 2

CONCLUSIÓN 2: Se observan importantes diferencias en los resultados de calidad vida de las mujeres con EM con respecto a otras mujeres (con y sin discapacidad), así como con respecto a los hombres con EM.

En relación con otras mujeres, las mujeres con EM presentan resultados más bajos en todas las dimensiones de calidad de vida, siendo las diferencias especialmente significativas en las dimensiones de BIENESTAR EMOCIONAL, RELACIONES INTERPERSONALES, DESARROLLO PERSONAL E INCLUSIÓN SOCIAL, como consecuencia de los siguientes factores diferenciales con respecto a otras mujeres con o sin discapacidad:

Tabla 8 – Resultados comparativos en calidad de vida entre mujeres con EM vinculadas a AVIFES y otras mujeres

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Media
Mujeres con enfermedad mental	9,8	10,9	9,9	11,6	8,4	12,3	11,1	10,1	10,5
Otras mujeres con discapacidad	12,4	13,2	10,2	13,9	9,0	13,1	13,5	11,4	12,1
Otras mujeres con otras necesidades sociales	12,1	13,7	6,1	13,5	6,9	12,6	12,0	10,4	10,9
Otras mujeres sin discapacidad	12,5	13,4	9,8	12,4	9,4	12,8	14,3	11,4	12,0
Total	10,8	11,9	9,4	12,3	8,3	12,5	11,8	10,4	10,9

Fuente: Aplicación Escala GENCAT: Puntuaciones estándar.

- Su **bienestar emocional**, a diferencia de otras mujeres, está particularmente condicionado por su **auto-estigma y la sintomatología de la enfermedad**. Son mujeres que niegan sus capacidades, condicionadas por un concepto negativo de sí mismas, así como por una autoestima muy deficiente. Por otro lado, los comportamientos de negación, rechazo y/o sobreprotección que, en muchos casos, han marcado su **convivencia familiar**, redundan aún más en su baja autoestima, autovaloración y autoconcepto. En muchos casos se encuentran relegadas a un **rol de cuidado que desprecia sus necesidades** (el 52% convive con otras personas con discapacidad o en situación de dependencia), **así como su vida personal, ya que no tienen obligaciones socialmente aceptadas para "excusarse" de la atención de familiares dependientes** (trabajar, tener su propio núcleo familiar: pareja, hijos/as...).

La mayoría de estas mujeres siguen viviendo con sus padres y/o hermanas/os. En ocasiones, este vínculo afectivo se transforma en una relación de mutua **dependencia emocional**. Por otro lado, la falta de recursos propios desemboca en una importante **dependencia económica** que es también un factor añadido de frustración y preocupación ante su futuro. Si sumamos a todo ello que el diagnóstico de enfermedad mental avoca a estas mujeres al rechazo en su propio círculo de amistades y al abandono de sus proyectos de futuro, la sensación de estancamiento y **desesperanza** crece.

- **Sus relaciones interpersonales e inclusión social**, a diferencia de otras mujeres, también se ven condicionadas por el peso del estigma social de la enfermedad mental, provocando un mayor **aislamiento, soledad y carencia de redes naturales de apoyo**. Las vivencias que han experimentado las mujeres con EM de rechazo, pérdida de amistades, personas que les han abandonado o defraudado... les conducen a la desconfianza y, en consecuencia, al **escaso desarrollo de habilidades sociales, a dificultades para relacionarse y a una mayor vulnerabilidad hacia el establecimiento de relaciones de dependencia**.
- **Su desarrollo personal**, a diferencia de otras mujeres, se encuentra frustrado, por el estancamiento que provoca la enfermedad mental en su vida: tanto a nivel de desarrollo personal como laboral. Las mujeres con EM presentan mayores **dificultades de acceso al empleo** que otras mujeres (la tasa de desempleo prácticamente triplica la de otras mujeres). Por otro lado, su autoestigma, la sintomatología de la enfermedad, y su particular historia de sobreprotección y aislamiento, les conducen a la negación de sus capacidades y de sus potencialidades, sintiéndose en un **"estatus de inferioridad", limitando su acceso a las oportunidades de desarrollo en todos los ámbitos**, y sin expectativas de futuro en muchos casos.

En relación con los hombres con EM las mujeres con EM presentan peores resultados en BIENESTAR EMOCIONAL, DESARROLLO PERSONAL E INCLUSIÓN SOCIAL.

Tabla 9 – Resultados comparativos en calidad de vida entre mujeres y hombres con enfermedad mental vinculados a AVIFES

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Media
Mujeres con EM	9,84	10,95	9,90	11,65	8,36	12,31	11,05	10,06	10,52
Hombres con EM	11,24	10,95	7,95	12,59	8,05	10,59	11,34	9,12	10,23
Total	10,26	10,95	9,31	11,93	8,27	11,80	11,14	9,78	10,43

Fuente: Aplicación Escala GENCAT: Puntuaciones estándar.

Los siguientes factores pueden influir en estos resultados:

- **En bienestar emocional** las mujeres presentan una menor autoestima que los hombres, manifiestan en mayor medida sentimientos de incapacidad. En ellas está particularmente presente el peso del rol de cuidado, en muchos casos vivido desde la culpabilidad y el exceso de responsabilidad. A diferencia de los hombres con EM,

el contexto familiar espera que las mujeres se ocupen de las cargas familiares, relegando sus necesidades a un segundo plano. Por otro lado, entre las mujeres con EM son más frecuentes los diagnósticos de depresión y otros trastornos adaptativos, que conllevan mayor inestabilidad emocional que el diagnóstico de esquizofrenia, más frecuente entre los hombres.

- **En desarrollo personal**, de nuevo el rol de cuidado y la baja autoestima son factores que limitan a las mujeres con EM, a diferencia de los hombres que aprovechan las oportunidades que se puedan producir para su desarrollo y aprendizaje (tanto en el ámbito de formación y empleo, como en otras actividades: ocio, deporte...). Las mujeres prefieren no asumir compromisos que puedan interferir en sus responsabilidades familiares, o no se perciben a sí mismas con capacidad para participar en estas actividades. También les resulta más difícil que a los hombres reincorporarse al empleo o a la vida social tras el cuidado de hijos e hijas o de familiares dependientes.
- **En inclusión social**, la participación social de las mujeres con EM es más limitada que en los hombres. De los resultados de esta investigación se constata que son múltiples los factores que influyen en ello: la propia enfermedad mental, la sobreprotección, el rol de cuidadora, entre otros. También se observan estereotipos machistas en el tipo de relaciones que buscan y establecen, las mujeres buscan cubrir un plano más afectivo y relacional más allá de las necesidades sexuales o la necesidad de cuidado que buscan los hombres. Por último, la imagen condiciona a las mujeres en gran medida a la hora de salir y participar en actividades, no se perciben a la altura del estereotipo actual en relación con la belleza y eso las retrae en los espacios de interrelación.



HIPÓTESIS 3

HIPÓTESIS 3 - *La participación social de las mujeres con EM está particularmente limitada.*



CONCLUSIÓN 3

CONCLUSIÓN 3: Las dimensiones de inclusión social y relaciones interpersonales en las mujeres con EM se sitúan muy por debajo con respecto a otras mujeres. El particular peso del autoestigma y del estigma social y su déficit en el desarrollo de habilidades sociales, les dificulta establecer y mantener relaciones interpersonales y les hace más vulnerables al riesgo de relaciones de dependencia. Asimismo, los condicionamientos sociales sobre la imagen, los escasos recursos y los factores añadidos de sobreprotección familiar y responsabilidad en las tareas de cuidado y hogar, conllevan un importante déficit en su participación (tanto en los servicios, recursos y actividades de AVIFES, como en los recursos del entorno).

Con carácter general se produce una importante **dificultad para motivar la participación de las mujeres con EM** en todo tipo de actividades de ocio, deporte, formación, etc., lo que repercute negativamente en las dimensiones de Relaciones interpersonales y

Desarrollo Personal. La participación social de las mujeres es más limitada que en los hombres, tienden a aislarse más y a auto-excluirse, negando su capacidad para el aprendizaje y la participación en nuevas actividades, tienen obstáculos añadidos sobre los que ya presentan por su EM y menos libertad para disfrutar de su tiempo.

Participan menos que los hombres con EM y se apuntan a actividades más puntuales que no comporten compromisos con horarios rígidos, ni mucha duración en el tiempo. También se observa que estas mujeres buscan actividades en las que también participen otras mujeres con EM y ponen en valor los espacios de encuentro específicos entre mujeres.



HIPÓTESIS 4

HIPÓTESIS 4 – *El empoderamiento de las mujeres con EM es limitado, presentando dificultades para tener iniciativa, para expresar sus opiniones y para su participación social e inclusión comunitaria.*



CONCLUSIÓN 4

CONCLUSIÓN 4: Las mujeres con EM presentan resultados significativamente más altos que los hombres en AUTODETERMINACIÓN y DERECHOS. El trabajo que se realiza en relación al empoderamiento de las mujeres con el objetivo de proteger, defender y ejercer sus derechos, tiene sin duda un impacto positivo en estas dos dimensiones, siendo preciso seguir incidiendo en este ámbito, para que adquieran nuevas habilidades y estrategias para desenvolverse, para tener iniciativa, para expresar sus opiniones, para defenderse, para reclamar sus derechos, etc.

Las dimensiones de Autodeterminación y Derechos se ven particularmente afectadas entre las mujeres con EM con su capacidad de obrar modificada, siendo la autogobernanza un factor directamente relacionado con ambas dimensiones.

Tabla 10 – Resultados comparativos en calidad de vida entre mujeres con EM vinculadas a Avifes, según si tienen o no modificada su capacidad

MUJERES AVIFES	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Media
Modificada capacidad	10,39	11,19	10,32	11,71	9,94	12,10	11,26	9,55	10,81
No modificada capacidad	9,58	10,83	9,69	11,62	7,62	12,42	10,95	10,31	10,38
Total	9,84	10,95	9,90	11,65	8,36	12,31	11,05	10,06	10,52

Como era de esperar, las mujeres con su capacidad de obrar modificada presentan resultados más bajos en las dimensiones de Autodeterminación y Derechos. Perciben que no pueden tomar decisiones y elegir en ciertos temas de su vida diaria, no tiene el control en su día a día.

Sin embargo, presentan mejores resultados en calidad de vida: en especial en las dimensiones de Bienestar físico, Bienestar material y Bienestar emocional, perciben que

la protección y el apoyo que reciben al estar generalmente en programas o recursos especializados, mejora su calidad de vida.



HIPÓTESIS 5

HIPÓTESIS 5 - Existen diferencias entre las mujeres con EM que acuden a los *Grupos de Apoyo* del Área de mujer de AVIFES y el resto, siendo necesario conocer el impacto que en ellas produce nuestra intervención



CONCLUSIÓN 5

CONCLUSIÓN 5: Las diferencias y particularidades en el perfil de las mujeres que participan en el Área de mujer tales como el diagnóstico, situación familiar y económica, y su mayor o menor recorrido en programas o servicios en el ámbito social, hace que las comparativas no permitan extraer conclusiones determinantes, no apreciándose diferencias significativas entre los diferentes grupos de mujeres con EM.

Todas las mujeres, independientemente de si participan o no en Grupos de mujer, refieren la necesidad de estos grupos, de espacios de confianza donde poder expresarse libremente, sentirse comprendidas al haber vivido y enfrentarse actualmente a situaciones similares.

Se observa que las mujeres con EM buscan actividades en las que también participen otras mujeres con EM y ponen en valor los espacios de encuentro específicos entre mujeres, en particular los Grupos de Apoyo del Área de Mujer. Muestran preferencia por aquellos programas que les permite condiciones más flexibles e informales que facilitan su participación a la par que constituyen un espacio donde poder expresarse libremente y sirven de desahogo emocional en un entorno de confianza donde se sienten escuchadas y comprendidas generando nuevas relaciones de amistad.

Tabla 11 – Resultados en calidad de vida de las mujeres con EM vinculadas a AVIFES (muestra estudio) según su utilización del Programa de Mujer

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Media
Mujeres en Área de <u>mujer y otros servicios</u>	9,12	10,85	9,29	11,34	8,39	12,54	11,17	9,85	10,32
Mujeres <u>no</u> en Área de mujer	10,38	11,02	10,35	11,87	8,35	12,15	10,96	10,22	10,66
Mujeres <u>sólo</u> en Área de mujer	9,20	11,12	9,44	11,44	8,60	12,44	10,96	10,00	10,40

Fuente: Aplicación Escala GENCAT: Puntuaciones estándar.

Aunque no se aprecian diferencias significativas entre las mujeres con EM que asisten a los grupos y las que no, se observa que las dimensiones de Inclusión Social y de Bienestar Físico son ligeramente más altas entre la mujeres con EM que sólo utilizan este Programa, con respecto a las otras mujeres con EM.



HIPÓTESIS 6

HIPÓTESIS 6 – *Las mujeres con EM tienen más dificultades para acceder a los recursos especializados del ámbito de salud mental.*



CONCLUSIÓN 6

CONCLUSIÓN 6: La sobreprotección, el rol de cuidado y la escasa adaptación del sistema de respuesta a las necesidades específicas de las mujeres con EM, provocan su acceso particularmente tardío (en relación con los hombres con EM) a los recursos de apoyo social.

Las mujeres con EM tienen más dificultades para acceder a los recursos especializados. Estos recursos suelen estar diseñados atendiendo al patrón de necesidades masculino y no tienen en cuenta las necesidades de apoyo propias de las mujeres, ni otros elementos de flexibilización que pudieran requerir para favorecer su asistencia a servicios o programas. Por otro lado, también el aislamiento y sobreprotección familiar que viven las mujeres condiciona su acceso a estos recursos.

En este sentido es destacable el **acceso particularmente tardío de las mujeres con EM a los recursos de apoyo social**. Del porcentaje de mujeres y hombres en esta muestra diagnosticados desde hace más de 10 años, encontramos que el doble de hombres (34%) lleva más de 10 años vinculados a la Asociación en relación con las mujeres (18%). Lo cual nos demuestra la tendencia histórica que ha tenido este acceso desigual a los servicios. *(Ver tablas B y C).*



HIPÓTESIS 7

HIPÓTESIS 7 – *Las mujeres con EM son una población más vulnerable a sufrir violencia de género.*



CONCLUSIÓN 7

CONCLUSIÓN 7: Las mujeres con EM son una población más vulnerable para sufrir violencia de género y, cuando ésta ocurre, tienen mayores dificultades para identificar estas situaciones, así como en su credibilidad, recibiendo peores respuestas del sistema de protección.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 3 de cada 4 mujeres con trastorno mental grave han sufrido en algún momento de su vida violencia en el ámbito familiar o de la pareja. Entre las mujeres con EM de la muestra de este estudio, un 18% manifiesta haber sufrido en alguna ocasión algún episodio de cualquier tipo de violencia de género, si bien al profundizar en la conversación con ellas, refieren situaciones que se considerarían también como tal. Entre las mujeres con otra discapacidad este porcentaje es del 14% y entre otras mujeres, del 22%.

En muchos casos las mujeres con EM no identifican o denuncian situaciones de maltrato (sea de su pareja, ex pareja o de otras personas que les ayudan o con quienes conviven), bien por el miedo al rechazo y la soledad, por su mayor vulnerabilidad a establecer relaciones de dependencia, por su imagen distorsionada de la realidad o por el miedo a que no se les dé credibilidad por motivo de la sintomatología de la enfermedad mental. Hay que tener en cuenta, además, las distintas formas de violencia o maltrato de las que pueden ser víctimas: física, psicológica, sexual, económica, etc.

#SUPPORTINGWOMEN

PROPUESTAS PARA ADAPTAR LA
RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LAS
MUJERES CON EM, HACIA LA
CONSECUCCIÓN DE MEJORES RESULTADOS
EN SU CALIDAD DE VIDA





PROPUESTAS PARA ADAPTAR LA
RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LAS
MUJERES CON EM, HACIA LA CONSECUCCIÓN
DE MEJORES RESULTADOS EN SU CALIDAD
DE VIDA



MARCO
GENERAL

Apoyar y promover el empoderamiento de las mujeres con enfermedad mental como eje fundamental para avanzar en su participación real y efectiva en la sociedad tanto a nivel individual como colectivo, para lo que es clave generar espacios donde se encuentren, se apoyen y se les de valor por sí mismas.

Prestar una especial atención a las situaciones de violencia que sufren las mujeres con enfermedad mental considerándolas como un colectivo especialmente vulnerable dada su dificultad para percibir y reconocer la violencia sexista a la par que en muchas ocasiones su situación clínica las sitúa en posición de alto riesgo.

Apuesta decidida por la incorporación de la perspectiva de género desde el diseño, planificación y desarrollo de los servicios del ámbito sociosanitario así como en la atención sanitaria de la Red de Salud Mental, evaluando el impacto de las actuaciones, teniendo en cuenta la opinión de las mujeres.

Promover y apoyar la generación de redes de contacto y coordinación entre organizaciones, entidades e instituciones en pro de la igualdad, y para fortalecer la respuesta integral e integrada a las mujeres con problemas de salud mental.

Promover acciones de concienciación y sensibilización social, buscando la igualdad de derechos y oportunidades, visibilizando la situación concreta que viven las mujeres en relación con la salud mental.

Compromiso e implicación de las instituciones públicas, desde una perspectiva transversal, en la respuesta y coordinación respecto a la salud mental y las mujeres.

Visibilización del impacto negativo que la situación de desigualdad y discriminación que hoy en día siguen viviendo las mujeres, tiene en su salud mental, para orientar las actuaciones en el cambio de valores en la sociedad y hacia el empoderamiento, que contribuya a prevenir trastornos mentales más graves.

EN RELACIÓN CON EL IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA Y POR DIMENSIONES



Para mejorar su bienestar emocional, autodeterminación y derechos:

-  Diseñar programas, apoyos y recursos específicos para mujeres con enfermedad mental, más flexible y adaptadas a la disponibilidad y horarios de estas mujeres, considerando sus distintas realidades y necesidades.
-  Apostar por grupos de apoyo (mujeres con EM y mujeres cuidadoras) como espacios propios en los que compartir, y en los que establecer una red de apoyo mutuo. Este tipo de respuestas pueden permitir a un colectivo importante de mujeres con trastorno de ansiedad y otros trastornos adaptativos acceder al apoyo emocional y social que necesitan.
-  Generar estos espacios creando un clima de confianza y seguridad para expresarse libremente, sin miedo a ser juzgadas, censuradas o invisibilizadas. Espacios en los que el apoyo mutuo así como la vivencia y experiencia compartida se pongan en valor.
-  Incrementar el abordaje con orientación terapéutica y psicológica que permita fortalecer el apoyo emocional, en particular para aquellas mujeres con problemas de salud mental que carecen de red de apoyo natural.
-  Generar en los servicios y programas en los que las mujeres con enfermedad mental están muy subrepresentadas, más espacios específicos de mujeres que permita trabajar en temas de interés para ellas y palie de esta forma las dinámicas excesivamente masculinizadas.
-  Focalizar e intensificar el apoyo a las mujeres con EM que desempeñan el rol de cuidadoras, desplegando iniciativas de formación e información sobre recursos y ayudas como cuidadoras que mejoren sus derechos así como crear dispositivos de respiro para ellas.



Para mejorar su bienestar físico:

-  Ofrecer a las mujeres módulos formativos relacionados con la salud física incluyendo estrategias que promuevan su autocuidado.
-  Incidir en la necesidad de una mayor y más estrecha coordinación entre atención primaria y especializada en salud, teniendo además en cuenta la participación y apoyo de las Asociaciones como Avifes.

-  Generar conocimiento compartido sobre salud mental y mujer en temas clave como maternidad, sexualidad... por parte de todos los equipos profesionales que intervienen, tanto en el ámbito sanitario como en el social.
-  Formar e informar a las mujeres con EM en todos los temas relacionados con su sexualidad, afectividad, maternidad... a fin de reforzar su autocuidado.
-  Desplegar planes de salud física o plan de cuidados como parte de la intervención especializada en los servicios a los que acuden las mujeres con EM.
-  Dotar de herramientas e itinerarios adecuados para la pronta detección de las situaciones de deterioro/envejecimiento entre las mujeres con EM ya que se observa que se producen en muchas ocasiones de forma repentina.



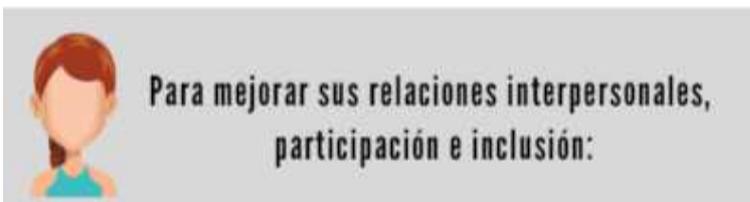
Para mejorar su bienestar material y desarrollo personal:

-  Adoptar medidas específicas y efectivas para facilitar el acceso de las mujeres al empleo y a los itinerarios formativos.
-  Implantar la perspectiva de género en las empresas y organizaciones que apoyan el empleo de las pcem promoviendo acciones positivas que ayuden a paliar las diferencias entre hombres y mujeres.
-  Desarrollar programas de apoyo en cuidado y crianzas de hijos e hijas.
-  Mejorar el acceso a los recursos y la participación en las actividades de las mujeres con EM:
 - Cuestionar y plantear el análisis, revisión y mejora del procedimiento de derivación y acceso a los recursos especializados, desde la perspectiva de género, incidiendo en los cambios normativos necesarios y en la adopción de medidas y acciones positivas para lograr la mayor incorporación de mujeres con EM a los mismos.
 - Incidir en la importancia de la derivación temprana de las mujeres con EM desde los recursos sanitarios a los recursos sociales.
 - Ampliar la respuesta para atender lo antes posible a otros perfiles de mujeres con problemas de salud mental (depresión, ansiedad...), tanto desde una perspectiva preventiva, como de respuesta adecuada a las necesidades de apoyo social (de las mujeres y de su entorno familiar) que presentan cuando se enfrentan a estas problemáticas.
 - Desplegar acciones positivas a diferentes niveles: protocolos de acogida específico para las mujeres, actividades específicas para ellas, respecto a sus propuestas en los grupos ya que están en minoría respecto a los hombres, etc.

- Evaluar el impacto de las intervenciones y actuaciones en los servicios contemplando la perspectiva de género.
- Sensibilizar y formar a los equipos profesionales para la incorporación de la perspectiva de género en nuestras dinámicas habituales:
 - Formación amplia y no sólo en violencia de género e igualdad, sino también en el cambio de roles en la organización e incluso fuera de ella.
 - Generar en la organización espacios de reflexión y cuestionamiento (espíritu crítico) sobre las actuaciones que se desarrollan, el rol adoptado por el o la profesional, sobre lo que pasa y lo que se hace, quién participa, quien la dirige, cómo... para analizar si se ha tenido en cuenta la perspectiva de género y ver cómo introducirla.
 - Elaborar monografías o guías sobre pautas o buenas prácticas para la intervención que ayude a los profesionales a cuestionarse y a incorporar la perspectiva de género.



Trabajar y sensibilizar en todos los aspectos de género e igualdad a los hombres con enfermedad mental que están en los servicios.



Generar espacios y oportunidades de interacción tanto mixtos, como exclusivos para mujeres, con el fin de crear nuevas relaciones y reforzar las ya existentes tanto en el marco de las organizaciones del ámbito de salud mental como en alianza con otras entidades y recursos comunitarios.



Detectar intereses comunes entre las mujeres con EM y poner en marcha actividades (artísticas, lúdicas, deportivas, formativas...) que les den respuesta en entornos comunitarios, consiguiendo que compartan entre ellas y/o con otras mujeres momentos gratificantes y lleguen a crear un vínculo de relación más allá de la actividad.



Transmitir una visión de la actividad deportiva relacionada con el bienestar y con aspectos lúdicos, ofreciendo una oferta de actividades deportivas en un espacio propio y de confianza, adaptadas a los gustos, reparos, inquietudes, miedos y necesidades de estas mujeres que suponga un tiempo de relax y de descanso.



Propiciar oportunidades de participación en recursos del entorno, realizando previamente un trabajo de sensibilización y lucha contra el estigma que permita tejer una red de apoyos y relaciones donde las mujeres con EM se sientan seguras y motivadas.



Incorporar la perspectiva de género en la intervención y acompañamiento a las familias como aliadas indiscutibles en el impulso del empoderamiento de sus mujeres familiares, orientado a evitar su sobreprotección y la sobrecarga de

responsabilidad en las tareas de cuidado y domésticas, particularmente respecto a las que siguen conviviendo con sus padres/madres y/o hermanos/as:

- Proporcionar orientación y formación a las familias planteando distintas estrategias y actuaciones según la predisposición que muestre cada una de ellas, atendiendo tanto al ámbito urbano como rural, que es donde mayores niveles de sobreprotección y aislamiento presentan las mujeres.
- Desarrollar espacios y grupos diversos de trabajo con los distintos miembros de la familia (hijos/as, padres/madres, hermanos/as, etc., así como con las instituciones que tutelan mujeres con EM, en los que se contemple la perspectiva de género, el empoderamiento, el desarrollo personal de las mujeres, el acceso a recursos y al empleo....
- Facilitar y promover el aprendizaje, formación y empoderamiento de las propias mujeres con EM como motor de cambio, pues visibilizando sus capacidades y posibilidades se va a contribuir a cambiar la visión de las familias.
- Organizar espacios de encuentro entre mujeres con EM y familiares con el fin de poder debatir los puntos de vista de ambas partes y que las mujeres expongan en primera persona sus necesidades, sus inquietudes y proyectos de futuro.

PARA MEJORAR LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN A LAS MUJERES CON EM VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

- **Adaptar protocolos, herramientas e indicadores** para la detección de situaciones de violencia hacia mujeres con EM y visibilizarlos.
- Coordinar y **unificar protocolos entre los diferentes entornos** que pueden estar apoyando a estas mujeres (servicios de salud, sociales, jurídicos, policiales, asociaciones).
- Mejorar la **formación y conocimiento** de estos equipos profesionales para la detección y abordaje de estas situaciones en mujeres con EM.
- Diseñar y desarrollar **formación dirigida a las mujeres con EM y a las familias** sobre violencia para ayudar a la identificación, en las distintas formas y diversidad de agresores y entornos, canales de denuncia, etc..
- Desarrollar una **atención comunitaria e individualizada a estas mujeres** desde los distintos recursos que las apoyan, de una manera global y transversal, incluyendo también a los hijos e hijas que conviven con ellas.
- **Apoyo especializado en los centros de salud** (en discapacidad en general y, en particular, para las mujeres con EM) para la detección e intervención en casos de violencia de género.

- Crear un **espacio en las entidades que trabajan con mujeres con EM**, para posibilitar la información y formación orientada hacia prevención y la detección por parte de las propias mujeres con EM de posibles situaciones de violencia.

EN AVIFES, NOS COMPROMETEMOS

1 Extender en Bizkaia nuestra **Área de Mujer** con más grupos de apoyo a mujeres con EM, y a poner en marcha otras iniciativas en el ámbito del ocio, deporte y cultura que visibilice y apoye la participación y el encuentro entre mujeres.

2 Reforzar el **apoyo emocional y psicológico** hacia las mujeres en la red de servicios de AVIFES, en especial a las que viven solas o han perdido su red de apoyo natural.

3 Identificar a las **mujeres de nuestros servicios que desempeñan el rol de cuidadoras** en su entorno familiar y desarrollar acciones formativas dirigidas a ellas para profundizar en el conocimiento de sus derechos y de su autocuidado.

4 Generar **herramientas para la detección precoz de procesos de envejecimiento y de vulneración de derechos**, especialmente en violencia de género, en las mujeres con EM usuarias de nuestros servicios y desarrollo de itinerario personalizados.

5 Transferir a otros servicios y programas la utilización del **Plan de Salud** desarrollado en el Servicio de Pisos Tutelados de Avifes, donde se observan resultados muy positivos.

6 Seguir generando espacios de formación y reflexión para el equipo profesional en relación a la igualdad entre mujeres y hombres.

7 Visibilizar y promover acciones positivas orientadas a **aumentar las tasas de empleabilidad** de las mujeres con EM ante las instituciones y el tejido empresarial.

8 Poner en marcha al menos un **taller de crianza y talleres de nuevas masculinidades**.

9

Reivindicar **acciones positivas que promuevan la incorporación de más mujeres con EM a los servicios**, en el marco de análisis, revisión y mejora de los procedimientos de derivación y acceso actualmente vigentes en la Administración Pública.

10

Fortalecer la respuesta a **mujeres con trastornos de ansiedad, depresión y otros trastornos adaptativos**.

11

Desplegar nuestro **II Plan de Igualdad 2019-2022** haciendo especial hincapié en la consolidación de la perspectiva de género en la cartera de servicios de Avifes.

12

Seguir incorporando en el **Programa de Apoyo a familias** la perspectiva de género a través de sesiones temáticas específicas y de testimonios de mujeres, así como trabajar corresponsabilidad y la sobrecarga de la mujer cuidadora.

13

Continuar tomando un **papel activo en foros y espacios de igualdad** en colaboración con otras entidades e instituciones a través de la participación y desarrollo de campañas de concienciación y sensibilización social, y de conocimiento compartido.

Y tú
a qué te
COMPROMETES?



#SUPPORTINGWOMEN

ANEXOS



Tabla A – Pcem (muestra) según diagnóstico principal de enfermedad mental

Tabla B – Pcem (muestra) según años de diagnóstico de enfermedad mental

Tabla C – Pcem (muestra) según años desde su vinculación a AVIFES

Tabla D – Pcem (muestra) según grado de discapacidad reconocido

Tabla E – Pcem (muestra) según si tienen modificada su discapacidad y quién ejerce la tutela o curatela

Tabla F – Comparativa personas de la muestra según si tienen hijos/as

Tabla G – Comparativa personas de la muestra según con quién viven

Tabla H – Comparativa personas de la muestra según si en su núcleo de convivencia hay otras personas con discapacidad o en situación de dependencia que requieren apoyo

Tabla I – Comparativa personas de la muestra de pcm según nivel educativo

Tabla J – Comparativa personas de la muestra según su estado civil

Tabla K – Mujeres con EM (muestra) según relación actual con la actividad laboral

Tabla L – Comparativa mujeres con EM y otras mujeres según si tienen experiencia laboral previa

Tabla M – Comparativa mujeres con EM y otras mujeres con experiencia laboral previa, según franja de años que han trabajados

Tabla N – Comparativa muestra según pensiones o prestaciones de las que son beneficiarias

Tabla O – Muestra de personas según los apoyos de los que disponen (familiares y otras personas significativas)

Tabla A – Pcem (muestra) según diagnóstico principal de enfermedad mental

Diagnóstico Principal	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
Depresión		0%	3	3%	3	2%
Esquizofrenia	34	83%	48	50%	82	60%
Otros	1	2%	7	7%	8	6%
Psicosis		0%	5	5%	5	4%
Trastorno Bipolar	1	2%	10	10%	11	8%
Trastorno De La Personalidad	2	5%	11	11%	13	9%
Trastorno Depresivo		0%	1	1%	1	1%
Trastorno Esquizoafectivo	2	5%	9	9%	11	8%
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1	2%	2	2%	3	2%
Total	41	100%	96	100%	137	100%

Tabla B – Pcem (muestra) según años de diagnóstico de enfermedad mental

Años desde diagnóstico	HOMBRE		MUJER		Total	
Hasta 5 años			6	6%	6	4%
Entre 6 y 10 años	2	5%	7	7%	9	7%
Entre 11 y 20 años	8	20%	31	32%	39	28%
Más de 20 años	31	76%	50	52%	81	59%
NS/NC			2	2%	2	1%
Total	41	100%	96	100%	137	100%

Tabla C – Pcem (muestra) según años desde su vinculación a AVIFES

Años desde su vinculación a AVIFES	MUJERES CON EM		HOMBRES CON EM	
2 o menos años	28	29%	20	49%
Entre 3 y 5 años	34	35%	5	12%
Entre 6 y 10 años	17	18%	2	5%
Entre 11 y 20 años	13	14%	10	24%
Entre 21 y 30 años	3	3%	4	10%
Más de 30 años	1	1%		
Total	96	100%	41	100%

Tabla D – Pcem (muestra) según grado de discapacidad reconocido

Grado discapacidad	MUJERES CON EM		HOMBRES CON EM	
Menos 33%	2	2%	1	2%
34%-44%	6	6%		0%
45%-64%	14	15%	1	2%
65%-74%	65	68%	35	85%
75% o más	4	4%	4	10%
No valorada	4	4%		0%
Total	96	100%	41	100%

Tabla E – Pcem (muestra) según si tienen modificada su discapacidad y quién ejerce la tutela o curatela

Situación	MUJERES CON EM		HOMBRES CON EM		Total
Modificada capacidad	31	32%	13	32%	44
No modificada capacidad	65	68%	27	66%	92
En proceso			1	2%	1
Total	96	100%	41	100%	137

Quién ejerce tutela	MUJERES CON CAPACIDAD MODIFICADA	
FT. Ondoan		7
Hijo/a		2
ITB		7
Padres/madres		4
Hermanos/as		10
NS/NC		1
Total		31

Tabla F – Comparativa personas de la muestra según si tienen hijos/as

Tiene hijos/as	MUJERES CON EM		HOMBRES CON EM		OTRAS MUJERES CON DISCAPACIDAD		OTRAS MUJERES SIN DISCAPACIDAD	
No	73	76%	39	95%	11	52%	7	19%
SI	23	24%	2	5%		0%	29	81%
NS/NC					10	48%		
Total	96	100%	41	100%	21	100%	36	100%

Tabla G – Comparativa personas de la muestra según con quién viven

Con quién viven	MUJERES CON EM		HOMBRES CON EM		OTRAS MUJERES CON DISCAPACIDAD		OTRAS MUJERES SIN DISCAPACIDAD	
Con padres y/o hermanos/as	40	42%	20	49%	10	48%	4	11%
Con pareja y/o hijos/as	12	13%	2	5%	5	24%	20	56%
Con otros familiares		0%	1	2%		0%	3	8%
Piso compartido o piso tutelado	15	16%	10	24%	3	14%	1	3%
Vive en un recurso residencial	3	3%		0%		0%		0%
Vive solo/a en su domicilio, pensión...	26	27%	6	15%	3	14%	8	22%
NS/NC		0%	2	5%		0%		0%
Total	96	100%	41	100%	21	100%	36	100%

Tabla H – Comparativa personas de la muestra según si en su núcleo de convivencia hay otras personas con discapacidad o en situación de dependencia que requieren apoyo

En su núcleo convivencial hay otras personas con discapacidad o en situación de dependencia que requieren apoyo	MUJERES CON EM		HOMBRES CON EM		OTRAS MUJERES CON DISCAPACIDAD		OTRAS MUJERES SIN DISCAPACIDAD	
SI	33	34%	16	39%	4	19%	1	3%
NO	63	66%	25	61%	17	81%	34	94%
NS/NC							1	3%
Total	96	100%	41	100%	21	100%	36	100%

Tabla I – Comparativa personas de la muestra de pccem según nivel educativo

Nivel Educativo	MUJERES CON EM		HOMBRES CON EM		OTRAS MUJERES CON DISCAPACIDAD		OTRAS MUJERES SIN DISCAPACIDAD	
Primarios incompletos	3	3%						
Primarios o equivalentes.	38	40%	17	41%	4	19%	8	22%
Ed. secundaria de 1ªetapa	9	9%	15	37%			2	6%
Bachillerato	9	9%	4	10%	2	10%	8	22%
Ens. prof. grado medio o equivalente	25	26%	4	10%			7	19%
Ens.prof. grado superior o equivalentes	5	5%			2	10%		
Universitarios o equivalentes	7	7%			2	10%	5	14%
NS/NC			1	2%	11	52%	6	17%
TOTAL	96	100%	41	100%	21	100%	36	100%

Tabla J – Comparativa personas de la muestra según su estado civil

Estado civil	MUJERES CON EM		HOMBRES CON EM		OTRAS MUJERES CON DISCAPACIDAD		OTRAS MUJERES SIN DISCAPACIDAD	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Casada/Pareja de hecho	8	8%	1	2%	5	24%	15	42%
Divorciada/separada	17	18%	4	10%	1	5%	6	17%
Soltera	68	71%	36	88%	15	71%	12	33%
Viuda	3	3%					3	8%
Total	96	100%	41	100%	21	100%	36	100%

Tabla K - Mujeres con EM (muestra) según relación actual con la actividad laboral

Relación actual con la actividad laboral	MUJERES CON EM		OTRAS MUJERES CON DISCAPACIDAD	
	N	%	N	%
En desempleo	32	33%		
Estudia		0%	1	5%
Incapacidad laboral	46	48%	7	33%
Jubilada	2	2%		
Sin actividad	14	15%		
Trabaja	2	2%	7	33%
NS/NC			6	29%
Total	96	100%	21	100%

Nota: No se dispone de información en el caso de otras mujeres sobre esta variable. Los hombres con enfermedad mental están en Centro de Día.

Tabla L - Comparativa mujeres con EM y otras mujeres según si tienen experiencia laboral previa

Experiencia laboral previa	MUJERES CON EM		OTRAS MUJERES CON DISCAPACIDAD		OTRAS MUJERES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
No	16	17%	3	14%	4	11%	23
Sí	79	82%	17	81%	31	86%	127
NS/NC	1	1%	1	5%	1	3%	3
Total	96	100%	21	100%	36	100%	153

Tabla M– Comparativa mujeres con EM y otras mujeres con experiencia laboral previa, según franja de años que han trabajados

Franja años trabajados	MUJERES CON EM		OTRAS MUJERES CON DISCAPACIDAD		OTRAS MUJERES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
Hasta 5 años	20	25%	2	12%	2	6%	24
Entre 6 y 10 años	15	19%	6	35%	10	32%	31
Entre 11 y 15 años	14	18%	3	18%	4	13%	21
Entre 16 y 20 años	16	20%	2	12%	4	13%	22
Más de 20 años	5	6%	1	6%	7	23%	13
NS/NC	9	11%	3	18%	4	13%	16
Total	79	100%	17	100%	31	100%	127

Tabla N – Comparativa muestra según pensiones o prestaciones de las que son beneficiarias

Pensión o prestación	MUJERES CON EM		HOMBRES CON EM		OTRAS MUJERES CON DISCAPACIDAD		OTRAS MUJERES SIN DISCAPACIDAD	
RGI	25	20%	11	19%			10	48%
Pensión no contributiva	23	19%	12	21%				
Pensión contributiva por incapacidad	27	22%	12	21%	7	88%		
Pensión contributiva por jubilación	4	3%					3	14%
Prestación por hijo a cargo	17	14%	15	26%			5	24%
Pensión por orfandad	24	19%	8	14%	1	13%		
Pensión de viudedad	4	3%					3	14%
Total	124	100%	58	100%	8	100%	21	100%

Tabla O – Muestra de personas según los apoyos de los que disponen (familiares y otras personas significativas)

Red de apoyo familiar	MUJERES CON EM		HOMBRES CON EM		OTRAS MUJERES CON DISCAPACIDAD		OTRAS MUJERES SIN DISCAPACIDAD	
Si cuenta con otros familiares que le prestan un apoyo	76		24		16		19	
	79%		59%		76%		53%	
No cuenta con relaciones significativas y/o el apoyo de otros familiares.	20		17		4		16	
	21%		41%		19%		44%	
NS/NC					1		1	
Total	96		41		21		36	

Red de apoyo (otras personas)	MUJERES CON EM		HOMBRES CON EM		OTRAS MUJERES CON DISCAPACIDAD		OTRAS MUJERES SIN DISCAPACIDAD	
Cuenta con otras personas significativas de su red de apoyo social	56		18		20		20	
	58%		44%		95%		56%	
No cuenta con relaciones significativas y/o el apoyo de otras personas	40		23		1		14	
	42%		56%		5%		39%	
NS/NC							2	
Total	96		41		21		36	

NORMATIVA

Ámbito internacional

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

Ámbito estatal

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Ámbito CAPV

- 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.
- Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres.
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales.
- Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

Ámbito foral (Bizkaia)

- Norma Foral 4/2018, de 20 de junio, para la Igualdad de Mujeres y Hombres.

OTRAS REFERENCIAS

- AVIFES. Área de Mujer. <https://avifes.org/area-de-mujer/>
- Diagnostico y I Plan para la igualdad de mujeres y hombres AVIFES 2015-2018
- BARANDIARÁN ABURTO, MARÍA (2018). Los grupos de apoyo de mujeres con enfermedad mental como espacios para el empoderamiento individual y colectivo. Una aproximación a la sororidad como mecanismo de inclusión social. Trabajo Fin de Master Psicología de la Intervención Social. FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN. UNIVERSIDAD DE DEUSTO/ DEUSTUKO UNIVERSITATEA en colaboración con AVIFES
- CERMI. Colección Generosidad. <https://www.cermi.es/es/colecciones/generosidad>
- DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SOCIAL. DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (2016). Plan para la Participación y Calidad de Vida de las personas con discapacidad y sus familias en Bizkaia (2016-2019)
- EMAKUNDE (2018). VII Plan para la igualdad de mujeres y hombres en la CA. http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/emakunde7plana/es_def/adjuntos/vii_plan.pdf
- FEDEAFES (2014) Diagnostico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombre en FEDEAFES. Conclusiones y recomendaciones del estudio.
- FEDEAFES (2017). Guía de la Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental.
- VERDUGO ALONSO, M.A., ARIAS MARTÍNEZ, B., GÓMEZ SÁNCHEZ, L.E., SCHALOCK, R.L. (2009). Escala Gencat. Manual de aplicación y formulario. Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya. <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>

#SUPPORTINGWOMEN

"SOLÍA CREER QUE ERA LA PERSONA MÁS EXTRAÑA DEL MUNDO, PERO LUEGO PENSÉ QUE ENTRE TANTA GENTE EN EL MUNDO DEBE HABER ALGUIEN QUE SE SIENTA COMO YO, ESTRAFALARIA Y DEFECTUOSA. ME IMAGINO QUE ELLA ESTÁ AHÍ FUERA PENSANDO TAMBIÉN EN MÍ.

BUENO, ESPERO QUE SI LEES ESTO SEPAS QUE SÍ, QUE ES VERDAD, ESTOY AQUÍ Y SOY TAN EXTRAÑA COMO TÚ"

FRIDA KAHLO



#SUPPORTINGWOMEN



AVIFES

Senideen eta Gaixotasun
Mentalaren Bizkaiko Elkartea
Asociación Vizcaína de Familiares
y Personas con Enfermedad Mental

info@avifes.org

www.avifes.org

C/ Santutxu 40 Bajo, 48004 Bilbao, Bizkaia

