“TUS DERECHOS SON LOS MÍOS”

FEAFES Salud Mental
EXTREMADURA

MUJER Y SALUD MENTAL

GUÍA INFORMATIVA

sobre los derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental.

Premio Nacional Buenas Prácticas de Salud Mental España
IV Edición
Categoría
“Salud Mental y Género”

Mujer y Salud Mental
“TUS DERECHOS SON LOS MÍOS”

Elaborada por Feafes Salud Mental Extremadura con la colaboración de la Red Regional de Mujeres en Salud Mental de la Federación.

Reedición Año 2025.

Programa de Promoción de la Autonomía y Prevención de la exclusión en Salud Mental.
Subvencionado por la Junta de Extremadura con cargo a la asignación tributaria del I.R.P.F. - Por solidaridad otros fines de interés social."

La Agenda 2030[1] es inclusiva a todas las personas con discapacidad reconociendo que la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas son cruciales para avanzar en todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible y propone eliminar, para el año 2030, todas las formas de discriminación y violencia hacia ellas.

En nuestra labor como Federación por avanzar en la Igualdad, la participación y la defensa de los derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental, en el año 2019 desde Feafes Salud Mental Extremadura (Federación Regional de Asociaciones de Personas con problemas de salud mental y Familiares) se implanta el Área Mujer y Salud Mental creando la Red Regional de Mujeres y el Servicio de Información y Orientación. En la actualidad seguimos impulsando acciones de participación e (in)formativas para reconocer a estas mujeres, además de visibilizar y combatir prejuicios y falsas creencias

Trabajar desde y con Enfoque de Género y Derechos Humanos es prioritario, ya que las mujeres cuando tienen un problema de salud mental se enfrentan a dificultades diferentes y mayores que las del resto de personas y presentan mayor riesgo de sufrir estigma y discriminación social que otras mujeres y, por supuesto, que los hombres.

La razón fundamental de elaborar esta Guía es proporcionar una herramienta útil de conocimiento e información, sensibilizar a la sociedad fomentando la igualdad y el respeto de los derechos y la dignidad de las mujeres con problemas de salud mental, luchar contra estereotipos, prejuicios y prácticas nocivas y promover la toma de conciencia respecto a su participación activa en todos los ámbitos de la vida.

---

[1] La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es un plan de acción que nace del compromiso de los Estados miembro de las Naciones Unidas cuyo objetivo principal es velar por la protección de las personas, el planeta y la prosperidad.

María Telo

“Sin derechos, una mujer no es nada”

María Telo (1915–2014) fue una jurista y feminista española clave en la conquista de los derechos civiles de las mujeres.
Impulsó reformas históricas del Código Civil que permitieron a las mujeres casadas trabajar, administrar sus bienes y ejercer su autonomía sin tutela masculina. Promovió asociaciones de mujeres juristas y dedicó su vida a abrir espacios de justicia y dignidad para todas. Su legado sigue siendo un pilar fundamental del feminismo jurídico en España.

FEAFES Salud Mental EXTREMADURA

ÍNDICE

1. Salud Mental y Mujer: Conceptos clave
2. Salud Mental, Mujer y Triple discriminación.
3. Mujer, Derechos y Salud mental:
    I. Tratamiento farmacológico.
    II. Derechos sexuales, reproductivos y cuestionamiento de la maternidad.
    III. Derechos la empleo.
    IV. Prácticas paternalistas.
    V. Formas de violencia
    VI. Sexismo Institucionalizado.
    VII. Prácticas coercitivas.
4. Salud mental, niñas y jóvenes.
5. Salud mental y mujeres mayores.
6. Coordinación y Formación.
7. Tus Derechos son los míos. Estrategias para conocer y defender derechos.

1 Conceptos clave.

Sobre salud mental, género, derechos e igualdad.

Conceptualizar la salud mental bajo la perspectiva de Derechos Humanos e Igualdad es un acto de justicia, inclusión y humanidad.

Conceptualizar la salud mental desde la perspectiva de Derechos Humanos e Igualdad es clave, porque amplía su comprensión más allá del ámbito médico - sanitario y la ubica en el terreno de la justicia social:

- Permite reconocer la **salud mental como un Derecho Universal**: la salud mental es parte integral del derecho a la Salud. Forma parte de la persona, no está escindida ni aislada. Implica que todas las personas, sin distinción, tienen derecho a recibir atención, apoyo y condiciones de vida que favorezcan su bienestar emocional y psicológico.

- Promueve la **igualdad de acceso y trato**: Muchas personas, por razones de género, pobreza, raza, identidad sexual, o paradójicamente problemas de salud mental, enfrentan barreras estructurales para acceder a servicios de salud mental y comunitarios, o bien, estos no existen o son escasos. Es obligación del sistema de salud y las instituciones eliminar esas desigualdades garantizando la atención digna, culturalmente adecuada y sin estigmas.

- **Combate la discriminación y el estigma social**: El desconocimiento, la falta de información, los mitos, falsas creencias y el trato excluyente que han recibido históricamente (y siguen recibiendo) las personas con problemas de salud mental les colocan en situación de especial vulnerabilidad. Reconocer la salud mental como una cuestión de derechos humanos contribuye a visibilizar y proteger a estas personas asegurando su autonomía, participación y RESPETO.

- Fomenta **la equidad de género**: Las experiencias de salud mental están profundamente influenciadas por factores sociales: distintos tipos de violencia, la desigualdad económica, los roles de género, las cargas de cuidado, los sesgos en la atención... diseñar políticas sensibles al género y diversidad invita a garantizar condiciones más justas y saludables para todas las personas.

SALUD MENTAL: Estado de bienestar que permite reconocer capacidades, afrontar tensiones y participar activamente en la sociedad. Una persona con buena salud mental dispone de estrategias y herramientas para poder manejar el estrés y mantener relaciones saludables.
Incluye estados de malestar y estrés positivo.

"También está bien NO estar bien"

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: Alteraciones leves o temporales del bienestar emocional que no implican un trastorno diagnosticado.

TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG): Trastorno de larga duración e intensidad, con impacto significativo en la funcionalidad de la persona que precisaría de atención multidisciplinar y tratamiento. Puede conllevar alto grado de discapacidad necesitando apoyos y recursos sanitarios y comunitarios.

- **IGUALDAD:** Principio de los derechos humanos que garantiza igualdad de oportunidades y trato sin discriminación.
- **DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL:** Garantías fundamentales que protegen la dignidad, autonomía y bienestar de toda persona, con o sin trastorno mental.
- **INTERSECCIONALIDAD:** Enfoque que reconoce que distintas formas de discriminación se combinan y agravan entre sí.
- **ATENCIÓN COMUNITARIA E INTEGRAL:** Modelo de atención centrado en la persona, basado en la vida en comunidad y la recuperación.
- **EMPODERAMIENTO:** Proceso de fortalecimiento personal y social para ejercer derechos y decidir sobre la propia vida.
- **RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL:** proceso personal y único mediante el cual una persona con un problema o trastorno mental logra reconstruir su vida con sentido, esperanza y autonomía, más allá de la mera ausencia de síntomas. No implica necesariamente "curarse" por completo, sino aprender a vivir de manera plena.
- **HUMANIZACIÓN EN SALUD MENTAL:** enfoque que pone en el centro a la persona, no solo a su diagnóstico. Significa escuchar activamente, promover la autonomía y participación del paciente en su proceso de recuperación, y garantizar entornos de cuidado libres de estigma, discriminación y trato despersonalizado.
- **DISTANCIA TERAPÉUTICA DESHUMANIZADA:** cuando los profesionales - consciente o inconscientemente - mantienen una distancia emocional excesiva o subestiman la posibilidad de experimentar ellos mismos un trastorno mental grave.

"Es una pena que en España por mucho que ratificásemos el Tratado de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad, se sigan vulnerando derechos, sobre todo cuando hablamos de mujeres con problemas de salud mental. En numerosos casos, incluso, las leyes son excluyentes y no tienen en cuenta sus realidades y circunstancias".

Profesional Red Feafes SM Extremadura

"Aún existen muchas barreras mentales. Pensamientos enquistados que se deberían reeducar. Es necesario presionar para abrir puertas y reclamar nuestros derechos como mujeres. Debemos ser y estar de forma activa. Debemos estar presentes".

- Integrante de la Red Regional de Mujeres en Salud Mental –

"Nada para nosotras SIN nosotras"

- **MODELO BIOPSICOSOCIAL**: enfoque que integra los factores biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión y tratamiento de los trastornos mentales.
- **DESINSTITUCIONALIZACIÓN:** proceso de cierre o transformación de los grandes hospitales psiquiátricos, sustituyéndolos por servicios comunitarios que promuevan la inclusión.
- **CONTENCIÓN EMOCIONAL (NO COERCITIVA):** estrategias de acompañamiento que buscan brindar seguridad y calma sin recurrir a la violencia o la imposición.
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO**: derecho de toda persona a recibir información clara y decidir libremente sobre su tratamiento.
- **APOYO COMUNITARIO**: redes de ayuda locales (familia, grupos amigos/as, vecindad, organizaciones) que contribuyen a la recuperación.
- **SUFRIMIENTO PSÍQUICO**: término más amplio que "trastorno mental", que abarca experiencias dolorosas sin necesidad de etiquetarlas como patológicas.
- **VULNERABILIDAD COMPARTIDA**: idea de que todos los seres humanos, incluidos los profesionales, pueden experimentar fragilidad emocional.
- **NARRATIVA PERSONAL:** relato subjetivo que la persona construye sobre su experiencia de superación y recuperación; clave en el enfoque humanizado.
- **REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**: Proceso para recuperar habilidades personales y sociales, promoviendo la autonomía y la participación activa.
- **DIGNIDAD HUMANA**: Valor intrínseco de toda persona, base del trato ético y respetuoso.
- **DETERMINANTES SOCIALES:** Factores como pobreza, violencia o desigualdad que afectan la salud mental
- **INTERSECTORIALIDAD:** Colaboración entre distintos sectores (salud, educación, trabajo, etc.) para un abordaje integral.
- **POLÍTICAS DE SALUD MENTAL:** Conjunto de normas y estrategias públicas para promover y proteger la salud mental.

2 TRIPLE DISCRIMINACIÓN

“De nada sirve al pájaro estar en una jaula de oro cuando lo que necesita es volar”.

-Chamalú-

Las Mujeres con Problemas de Salud Mental (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, depresión...) se encuentran en situación de triple vulnerabilidad. Primero por **SER MUJER**, segundo por el **ESTIGMA** asociado al problema de salud mental que sufren y tercero al grado de **DISCAPACIDAD** asociado al trastorno. Además, en muchos casos, también concurren otros condicionantes como pobreza, exclusión, etnia, inmigración...

SER MUJER (O NIÑA)

CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

PSM CAUSANTE DE DISCAPACIDAD

TRIPLE DISCRIMINACIÓN

Esta combinación coloca a las mujeres con problemas de salud mental en una posición muy delicada de especial riesgo de vulneración de sus derechos fundamentales:

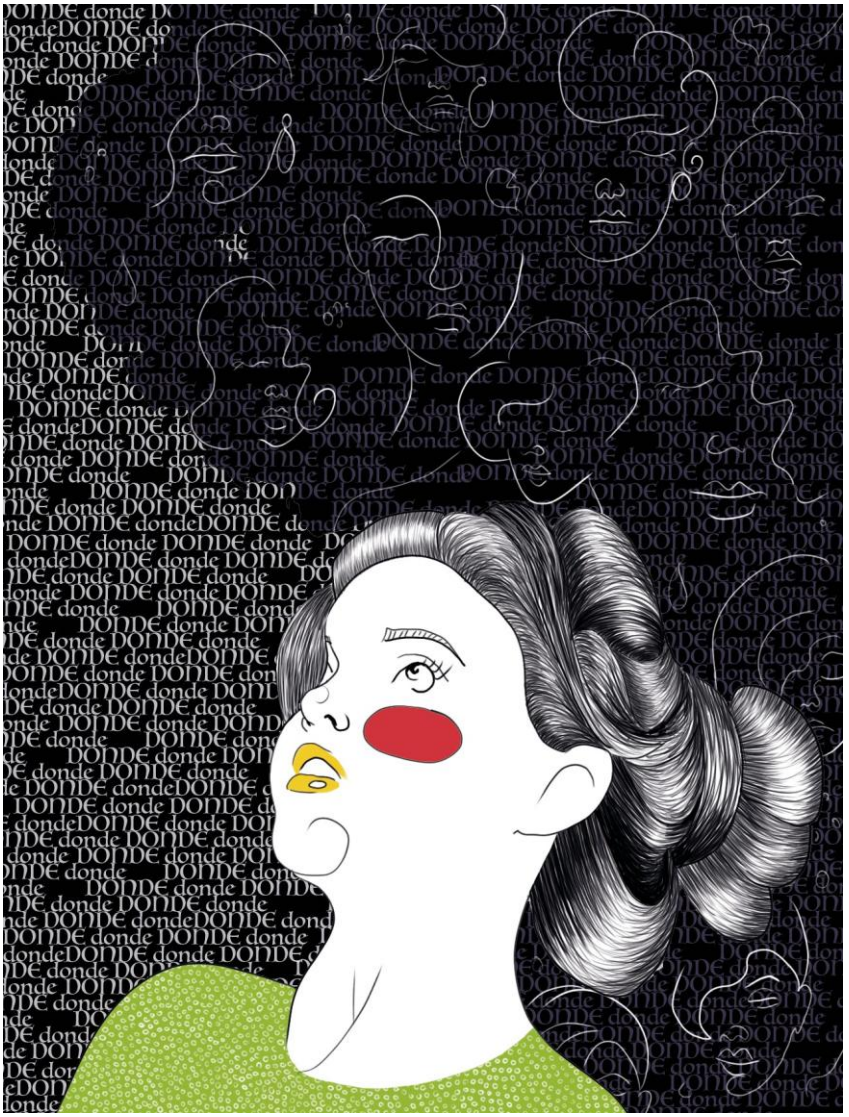
- Discriminación.
- Desigualdad manifiesta.
- Distintos tipos de violencia.
- Barreras de acceso a servicios adecuados.
- Paternalismo.
- Prácticas coercitivas.
- Vulneración de los derechos sexuales y reproductivos.
- Grades dificultades de acceso al empleo.
- ...ente otras.

""Nuestros derechos son muy importantes. Tenemos que defenderlos nosotras, porque si no lo hacemos nadie lo hará".

- Integrante de la Red Regional de Mujeres en Salud Mental -

3. MUJER, DERECHOS Y SALUD MENTAL.

Reconocer las vulneraciones de derechos en mujeres con trastorno mental grave es esencial para garantizar una protección real y efectiva.



En la sociedad actual, tan orientada a mostrar solo lo bueno, se nos invita a hablar únicamente de lo positivo, a ocultar y no reconocer las injusticias, hasta el punto de llegar a normalizarlas. Sin embargo, es imprescindible empezar a visibilizar y nombrar las vulneraciones de derechos si queremos avanzar hacia la reparación. Hoy, más que nunca, deben primar la reflexión y la autocrítica para poder mostrarnos de forma auténtica y conectar realmente con los demás. Ese cambio de paradigma nos permitirá construir una sociedad mejor.

1. Tratamientos farmacológicos:

- **Tratamientos sin consentimiento informado:** Las mujeres con trastorno mental grave pueden ser sometidas a tratamientos farmacológicos obligatorios sin recibir explicaciones suficientes sobre efectos secundarios ni alternativas terapéuticas.
- **Presiones mediante amenazas de ingreso:** En algunos casos, se utilizan amenazas de ingreso involuntario como forma de presión para que acepten la medicación.
- **Dosis inadecuadas sin perspectiva de género:** A menudo se administran dosis basadas en parámetros masculinos, sin considerar diferencias biológicas ni necesidades específicas, aumentando el riesgo de efectos adversos.
- **Mayor exposición a efectos secundarios:** Existe una probabilidad incrementada de padecer efectos extrapiramidales, sedación excesiva o ganancia de peso.
- **Sobremedicación como herramienta de control:** En algunas situaciones, la medicación se utiliza para enlentecer u obnubilar, facilitando el trabajo profesional, pero afectando negativamente el bienestar y la autonomía.

2. Derechos sexuales, reproductivos y cuestionamiento de la maternidad:

- **Presiones para evitar el embarazo**, justificadas bajo argumentos de "riesgo clínico", sin ofrecer información completa, acompañamiento ni alternativas respetuosas.
- **Esterilización coercitiva o anticoncepción forzada en algunos contextos**, que atentan directamente contra la autonomía reproductiva.
- **Mayor riesgo de perder la custodia de sus hijos e hijas**, al ser consideradas de manera estereotipada como "incapaces" para ejercer la crianza, los cuidados y las responsabilidades maternas, sin valorar sus capacidades reales ni garantizar apoyos adecuados.
- **Denegación del certificado de idoneidad para adoptar:** impidiendo su derecho a la adopción.
- **Falta de apoyo durante el embarazo:** ausencia de acompañamiento y seguimiento especializado, lo que dificulta un embarazo seguro y saludable.
- Se mantiene un ideario común y extendido que las etiqueta como **"malas madres"**, sin considerar sus circunstancias reales ni capacidades.
- Son catalogadas erróneamente como **"asexuadas",** partiendo de la idea falsa de que no experimentan atracción sexual hacia otras personas.
- Hay una falta sistemática de **coordinación entre los servicios** de salud mental y salud reproductiva, además de personal con poca formación en salud mental y la ausencia de protocolos adecuados.

"¿Quién tiene derecho a opinar si una mujer puede ser buena o mala madre sin serlo aún?. ¿Quién se cree con el poder de juzgar si una madre es buena o mala?".

"Sobreproteger no es querer más, es limitar e impedir. Tenemos que darnos cuenta de ello y querer mejor queriendo igual". - Familiar Red Feafes SM Extremadura -

3. Derecho al empleo:

Es necesario destacar que la mayoría de los Informes y datos no desglosan por género las tasas de empleo, actividad para personas con trastorno mental grave. Sin embargo, los datos generales son alarmantes y mucho peores para las mujeres.

- Solo un **11,6 %** de las mujeres con trastorno mental tiene empleo frente a un 37% de mujeres con otras discapacidades. En datos generales y según en INE **8 de cada 10 personas** con discapacidad por problemas de salud mental no tiene empleo.
- **La tasa de actividad** de estas personas es solo del **29%.** Esto refleja que no solo hay desempleo, sino que muchas personas no están activas laboralmente por diversas barreras.
- Muchas mujeres con Trastorno mental que tienen empleo lo hacen en **trabajos precarios** y vinculados a **roles feminizados** (limpieza y cuidados).
- Estos datos indican que la mujer con problemas de salud metal tienen mayor **dependencia social y económica**, mayor **aislamiento y estigma** que repercute en sus probabilidades de recuperación e independencia.

4. Práctica paternalistas:

El **parternalismo** se traduce en comportamientos inconscientes que están vinculados a conductas de sobreprotección, coacción, infantilismo, lástima, entre otras.

Vienen determinados por relaciones de poder y por la tendencia a buscar el beneficio y evitar los daños hacia la "persona enferma" desde **"fuera de la persona"**, es decir, sin contar con su opinión, deseos, inquietudes.

Esta práctica, que sigue muy arraigada en nuestra sociedad, y especialmente presente en las familias, es un factor que en la mujer se acentúa especialmente restringiendo aún más sus derechos e impidiendo que se desarrolle plenamente.

Las prácticas paternalistas en la institucionalización:

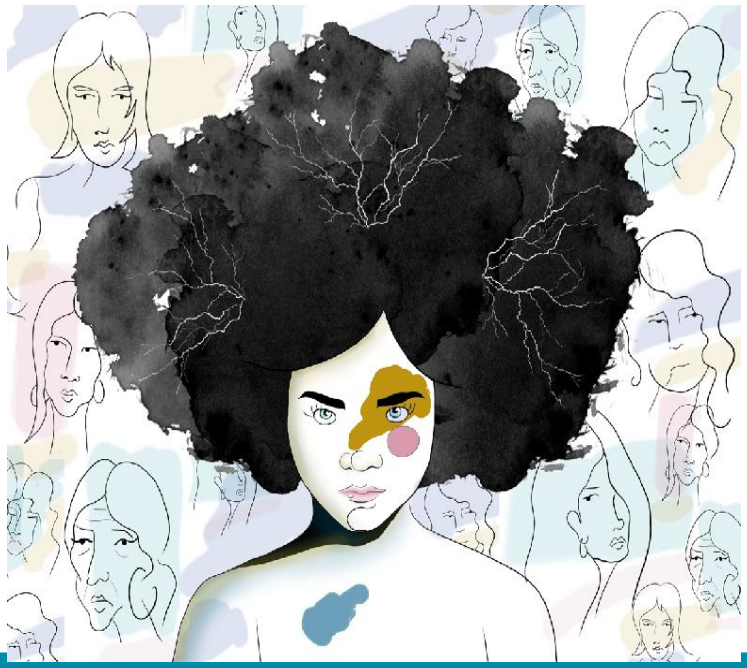
En los contextos de institucionalización, las prácticas paternalistas suelen estar normalizadas y justificadas bajo la idea de "protección". Sin embargo, en la práctica generan dependencia, pasividad, reducción de la autonomía y pérdida de derechos. Además, limitan la participación activa de la persona en las decisiones sobre su propia vida y refuerzan estigmas preexistentes.

A continuación se describen algunas de las prácticas más frecuentes:

- **Ingresos prolongados sin explicación suficiente:** La permanencia en la institución se decide sin debatir alternativas comunitarias —o por la ausencia de estas— y sin proporcionar información clara sobre tiempos, procesos o derechos.
- **Supervisión excesiva de actividades básicas:** Se controla la higiene, la alimentación, la vestimenta, los horarios o las visitas bajo el argumento de que la persona "no sabe cuidarse".
- **Restricción de movimientos:** Se limitan salidas, paseos o visitas con la justificación de "proteger".
- **Prohibición o regulación de relaciones sociales y afectivas:** Se decide si la persona puede tener pareja, amistades o vida íntima. En el caso de las mujeres, esto suele ir acompañado de una vigilancia aún mayor "para evitar riesgos".
- **Predominio de criterios institucionales sobre los personales:** Todo está predefinido por rutinas y normas de la institución. La persona no puede elegir comidas, actividades, terapias o espacios, lo que evidencia la falta de opciones reales.
- **Actitudes paternalistas del personal profesional:** Se asume que el profesional sabe qué es "lo correcto" para la persona, interpretando la vulnerabilidad como incapacidad. A esto se suma una "cultura institucional" arraigada, marcada por estructuras jerárquicas y protocolos rígidos.
- **Factores contextuales persistentes que dificultan el cambio:** Altas cargas laborales, escasez de recursos y presión legal o social para evitar riesgos fomentan la aplicación de rutinas y protocolos inflexibles, con poca adaptación a las necesidades individuales.

5. Formas de Violencia: La principal evidencia es que NO las CREEMOS

"No somos conscientes de la violencia porque los insultos y el "estás loca" lo escuchamos continuamente y desde el principio. Llega un momento en el que te lo crees y te anulas. O peor, lo normalizas y sientes que eres la culpable de todo"



La violencia de género contra las mujeres con problemas de salud mental constituye una de las formas de vulneración de derechos humanos más **invisibilizadas** y, a la vez, más graves.

Estas mujeres se encuentran en una posición de riesgo especialmente elevado: entre el **75% y el 80% ha sufrido algún tipo de violencia** en el ámbito familiar o de pareja, una probabilidad que multiplica por tres o cuatro la de la población general. Esta sobrerrepresentación no es casual, sino el resultado de una compleja interacción entre desigualdad de género, estigma social, prejuicios en los servicios de atención y una falta estructural de protección.

La vulnerabilidad de estas mujeres no es inherente a su trastorno, sino que se origina en gran medida en los roles de género tradicionales que las colocan en situaciones de dependencia emocional, económica y social, así como en el proceso de estigmatización que sufren. Muchas interiorizan desde la infancia ideas negativas sobre su propio valor, capacidad y credibilidad, debido a que han crecido en entornos donde se les hace creer que sus percepciones no son válidas, que exageran o que su palabra tiene menos peso. Así, cuando aparece la violencia, esta suele pasar desapercibida, justificarse o integrarse como algo "normal" en la relación.

El estigma actúa de manera implacable: la mujer deja de ser vista como sujeto de derechos para convertirse en una "paciente", un "caso" o un "problema". Esto condiciona profundamente su vida, subordinando sus decisiones, autonomía y voz al diagnóstico. Cuando expresa miedo, dolor, angustia o denuncia malos tratos, estas manifestaciones son con demasiada frecuencia interpretadas como síntomas de su trastorno y no como reacciones legítimas ante experiencias traumáticas. De este modo, su relato se deslegitima incluso antes de ser escuchado.

Los datos sobre violencia sexual resultan especialmente alarmantes: el 26 % de las mujeres con problemas de salud mental han sido víctimas de violencia sexual durante la infancia, y más del 40 % en la edad adulta.

Pese a estas cifras alarmantes, muchas de ellas **no identifican estas vivencias como violencia**, precisamente porque han sido socializadas en el silencio, la culpa y la normalización del abuso. Con frecuencia se les transmite que lo ocurrido no fue tan grave, que "se habrán confundido" o que sus recuerdos no son fiables.
Cuando intentan denunciar, los obstáculos se multiplican. A menudo **no se les cree**, se les cuestiona de manera más dura que al resto de mujeres e incluso se llega a insinuar que pueden estar inventando o interpretando erróneamente los hechos.

Los prejuicios también están presentes entre profesionales que deberían ofrecer protección: existe una clara inadecuación de los servicios públicos a sus necesidades específicas, desde ámbitos sanitarios y sociales hasta policiales y judiciales. A esto se suma la escasa o nula formación para detectar la violencia de género en estas mujeres, así como el miedo de algunos profesionales a no saber gestionar estas situaciones o verse envueltos en procesos complejos.
A su vez, el entorno social tiende a justificar al agresor. Se considera con frecuencia que la conducta de la víctima "provocó" la violencia o que el maltrato es una respuesta a su sintomatología. Esta narrativa exculpatoria invisibiliza la responsabilidad del agresor y reproduce un imaginario donde la mujer es culpabilizada por su propio sufrimiento. En muchos casos, se omite incluso la existencia de la relación de maltrato, naturalizando comportamientos abusivos o restándoles importancia.

Todo este **entramado de prejuicios, silencios y barreras** genera una enorme dificultad para romper con la relación de violencia. Estas mujeres soportan un grado mayor de control, aislamiento y dependencia, y a la vez cuentan con menos credibilidad cuando verbalizan su relato y buscan ayuda. Son juzgadas con más dureza, se cuestionan sus motivos y se les exige un nivel de prueba y coherencia mayor que al resto. El maltrato, además, empeora la sintomatología del trastorno mental preexistente, intensifica la ansiedad, la depresión o la desregulación emocional y aumenta de forma significativa el riesgo de suicidio.
La violencia de género contra mujeres con problemas de salud mental constituye, en definitiva, un círculo profundamente injusto: **la violencia produce daño emocional, el daño aumenta la vulnerabilidad, la vulnerabilidad incrementa el riesgo de sufrir nueva violencia** y las estructuras institucionales no están preparadas para romper ese ciclo. Abordar esta realidad requiere una transformación profunda basada en formación especializada, perspectiva de género, reformas en los servicios públicos, acompañamiento integral, escucha activa y una firme defensa del derecho de estas mujeres a ser creídas, respetadas y protegidas.

6. Sexismo Institucionalizado:

La medicalización sería el resultado final de el paso posterior al desarrollo y construcción de la concepción de salud/enfermedad, siendo ésta mucho más acentuada en las mujeres.

Los sistemas y servicios de salud mental suelen reproducir desigualdades de género de manera estructural incorporándolas en la investigación, el diagnóstico, su clasificación y en el tratamiento.

Como resultado, las mujeres no solo sufren trastornos mentales, sino también **la forma sexista** en que las instituciones interpretan y atienden los problemas de salud mental. Algunos ejemplos ilustrativos de estas prácticas son:

- **La consideración de patológico** a todo comportamiento que no obedezca a la conducta "normativa" de la mujer (roles construidos): sumiso frente a rebelde/histérico, conducta fría y calculadora frente a dramática, actitud pasiva/dependiente/inmadura frente a promiscua/hipersexual.
- **Existen más diagnósticos** de Trastornos de personalidad , depresión, ansiedad en mujeres mientras que la misma sintomatología en hombres se interpreta como estrés laboral, personalidad fuerte, liderazgo...
- Existe una tendencia a **centrase en el "trastorno individual"** en la mujer sin valorar situaciones sociales adversas e injustas (sobrecarga de cuidados, distintos tipos de violencia, exigencias culturales asociadas a roles creados y normalizados...).
- El sistema tradicional de salud (aunque por suerte hay cada vez más experiencias mal denominadas "innovadoras") no ha contemplado servicios adaptados a necesidades específicas como **parto, embarazo y postparto**.
- **"Sesgo sexual del médico"** sobre la prescripción de psicofármacos: el problema de salud mental del hombre se considera más importante y más grave que cuando la persona consultante es una mujer. CONSECUENCIA: **mujeres más medicalizadas.**
- Existen pocos estudios sobre las diferencias de **género y el efecto de los psicofármacos** en el caso de las mujeres. Las investigaciones sobre los efectos secundarios se realizan en población mayoritariamente masculina.
- **Dependencia:** Las mujeres se sienten incapaces de hacer frente a su vida cotidiana sin el efecto que les proporcionan los tranquilizantes, ya que llegan a tener la sensación de no saber cómo actuar.
- El porcentaje de mujeres atendidas en las Unidades de Salud Mental **es ligeramente superior** al de los hombres sin embargo su asistencia a los recursos especializados **es menor**. Son relegadas a los cuidados del hogar su mayoría banalizando los cuidados de su salud mental.

7. Prácticas coercitivas:

Son aquellas medidas o conductas que se aplican con el objetivo de **controlar**, condicionar o limitar la autonomía de una persona, generalmente bajo la apariencia de protección o cuidado.

Algunos ejemplos habituales son:

- **Persuasión coercitiva:** Se utiliza la supuesta preocupación por su salud para influir en decisiones íntimas o reproductivas: *"Como te quedes embarazada tendrás que dejar la medicación y volverás a tener una crisis..."*
- **Chantaje moral:** Se apela a roles tradicionales de género para generar culpa y frenar su participación social, terapéutica o laboral: *"Si vas al centro, ¿quién se encargará de la casa?..."*
- **Inducción o manipulación de consecuencias:** Se presenta información incompleta o distorsionada para desmotivar iniciativas de autonomía: *"Si empiezas a trabajar, perderás tu pensión..."*
- **Amenazas directas:** Se utiliza el miedo a la pérdida de derechos o vínculos familiares como herramienta de control: *"Si sigues con el embarazo, al final te quitarán a la niña..."*.
- **Tratamientos subrepticios:** La administración encubierta de medicación vulnera gravemente la confianza, la dignidad y el consentimiento informado : *"Ella no se dará cuenta si le pones la medicación en el zumo..."*
- **Sedación injustificada:** El uso de fármacos como castigo, amenaza o sustituto de una intervención humanizada constituye una práctica coercitiva: *"O te calmas tú o te calmamos nosotros..."*

Cuando he estado grave utilizaban mucho el mensaje: "como no lo hagas ya sabes lo que te espera..." refiriéndose a llamar al 112 para realizar un ingreso, por eso me callaba.

Estas acciones son **injustificadas** y, aunque deberían ser rechazadas de manera frontal, con frecuencia se **normalizan en la práctica cotidiana**, convirtiéndose en formas de intervención aceptadas pese a su carácter vulnerador.

Es imprescindible seguir trabajando por una **atención psiquiátrica humanizada**, donde el sufrimiento psíquico **no sea utilizado como motivo de discriminación ni de vulneración de derechos**, sino como una razón para reforzar el acompañamiento respetuoso, la escucha y la autonomía personal.

4. NIÑAS Y JÓVENES.

"Cada niña y joven tiene derecho a crecer con bienestar, con una mente en paz y con un futuro lleno de posibilidades. Su salud mental no es un privilegio: es un derecho humano fundamental.
Tienen derecho a ser escuchadas sin juicios, a recibir apoyo sin miedo, y a vivir en entornos que cuiden su dignidad, su voz y sus sueños".

EL 50% DE LOS **PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS** comienzan antes de los 15 años y el 75% antes de los 18.

El **20,8 % de los adolescentes de entre 10 y 19 años** presenta algún problema de salud mental diagnosticado: **el 21,4 % de las niñas** y **el 20,4 % de los niños**. Sin embargo, **más de uno de cada tres** no ha hablado con nadie sobre estas dificultades y **más de la mitad** no ha pedido ayuda.
En España, las **hospitalizaciones por trastornos mentales en adolescentes de 11 a 18 años** han aumentado en los últimos años. Además la edad media de ingreso ha descendido de **17 a 15 años**, lo que indica que los problemas de salud mental están apareciendo a edades cada vez más tempranas.
La situación es especialmente preocupante: **el 55 % de los adolescentes** afirma haber pensado alguna vez en quitarse la vida. Asimismo, **el 38 %** ha pensado en autolesionarse y, entre ellos, **el 67 % lo ha hecho en los últimos 12 meses**. Algunos casos son especialmente repetitivos: **el 10 %** asegura haberse autolesionado **más de 20 veces**.

*Alrededor del 10% de los/as estudiantes de entre 6 y 11 años tienen problemas de salud mental que **REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA**. Dicho de otro modo, en todas las clases de Primaria hay una media de 2 y 3 niñas o niños con algún problema de salud mental.*

En España, los **NIÑOS Y NIÑAS DE ENTORNOS SOCIALES MÁS DESFAVORECIDOS**, tienen peor salud mental en lo relacionado con "síntomas emocionales".

EL SUICIDIO es la segunda causa de mortalidad entre jóvenes de entre 15 y 29 años.

La **VIOLENCIA DE GÉNERO** tiene cara de mujer y, en este sentido, son graves las repercusiones que tiene para la salud mental:

- Los mayores aumentos del número de víctimas de violencia de género se dan entre las mujeres de menos de 18 años. Asimismo, el mayor aumento en el número de denunciados por violencia de género se dieron en el tramo de menos de 18 años.
- Más de uno de cada cuatro jóvenes entre 15 y 29 años (27,4%) cree que la violencia de género es una conducta normal en el seno de una pareja.

Los datos más recientes sobre la salud mental de niñas y adolescentes muestran un escenario preocupante: la prevalencia de problemas psicológicos es alta, el malestar emocional es común y las hospitalizaciones, especialmente por depresión y comportamiento suicida, están aumentando de forma muy significativa, sobre todo entre las chicas jóvenes. Al mismo tiempo, los recursos asistenciales **no parecen estar creciendo con la misma velocidad que la demanda**. No se trata solo de más diagnósticos: las hospitalizaciones indican que muchas jóvenes están llegando a niveles graves. Esto es una llamada de atención para el sistema sanitario, educativo y social.

La brecha de género es un tema recurrente. La diferencia por género podría estar relacionada con diversos factores: presiones sociales, roles de género, mayor propensión a expresar malestar emocional, pero también barreras para recibir ayuda. Los retos son significativos: la detección temprana, el acceso a servicios especializados y la disparidad de recursos que pueden dificultar que muchas niñas con trastornos mentales reciban la atención adecuada.

Este escenario pone en evidencia que los recursos actuales no bastan. Se necesitan más especialistas en salud mental infantil y juvenil, más unidades infantojuveniles, una mejor coordinación entre Atención Primaria, los hospitales y los centros educativos, una Educación inclusiva que apueste por los valores, que trabaje la diversidad y más programas comunitarios de prevención y atención psicosocial.

5. MUJERES MAYORES.

Las mujeres mayores constituyen un grupo con particular vulnerabilidad debido a la combinación de distintos factores que marcan su trayectoria vital. Entre estos factores, uno de los más determinantes puede ser el hecho de **ser mujer**, ya que el género actúa como un claro factor de riesgo para diversos problemas de salud mental a lo largo de toda la vida, riesgo que se intensifica en la vejez.

La salud mental de las mujeres mayores constituye un ámbito prioritario en las sociedades contemporáneas, marcadas por el envejecimiento poblacional y por persistentes desigualdades de género. La experiencia de la vejez no puede entenderse sin considerar las trayectorias vitales previas, las condiciones socioeconómicas y el peso de los mandatos culturales que históricamente han acompañado a las mujeres. Todo ello configura un escenario en el que, tanto los problemas emocionales habituales como los trastornos mentales graves, adquieren particular **intensidad y complejidad.**

Desde etapas tempranas de la vida, el hecho de **ser mujer** actúa como un factor de riesgo para la aparición de problemas de salud mental. **Las mujeres están más expuestas a cargas emocionales, a expectativas de cuidado y a situaciones de desigualdad económica y social** que, acumuladas a lo largo de los años, **incrementan su vulnerabilidad** psicológica. En la vejez, este riesgo se acentúa por las transformaciones asociadas al envejecimiento: pérdida de personas significativas, jubilación, cambios en el rol social y mayor posibilidad de vivir solas. La viudez, más frecuente en mujeres por su mayor esperanza de vida, puede traer consigo sentimientos intensos de soledad e inseguridad, mientras que las pensiones más bajas, derivadas de trayectorias laborales discontinuas, agravan la incertidumbre económica y el estrés.

El **rol de cuidadora** desempeña un papel crucial en la salud mental de las mujeres mayores. Muchas han dedicado décadas a la atención de hijos, familiares enfermos o personas dependientes.

"Existe una historia inspiradora en cada mujer mayor que, con cada paso, demuestra que la salud mental no apaga la fuerza del alma"

“En ella habita una historia digna y poderosa que recuerda que la salud mental no define un destino, sino que invita a sostenerse con ternura. Cada día que se levanta, que comparte una risa, que acepta una mano amiga, está reconstruyendo su propio camino”.

Esta responsabilidad prolongada afecta directamente al bienestar emocional y físico: genera estrés crónico, agotamiento, alteraciones del sueño y sentimientos de sobrecarga. Además, la presión cultural que normaliza que las mujeres “deben cuidar” puede impedir que pidan ayuda o que reconozcan sus propios límites. A menudo, posponen sus necesidades de salud y reducen su participación social, lo que incrementa su aislamiento y deteriora su calidad de vida.

Las dificultades se intensifican cuando la mujer mayor presenta un **trastorno mental grave (TMG)**, como esquizofrenia, trastorno bipolar... Estas mujeres suelen experimentar mayores obstáculos en el autocuidado, más efectos secundarios derivados de los tratamientos farmacológicos y una mayor probabilidad de vivir solas o en condiciones socioeconómicas precarias. El estigma asociado a la enfermedad mental se suma al machismo y al edadismo, generando límites en su autonomía, su acceso a recursos y su participación social.

Además, las mujeres mayores con Trastorno Mental Grave presentan mayores dificultades para acceder a servicios de salud adecuados. Los síntomas pueden pasar desapercibidos o atribuirse erróneamente al envejecimiento; los servicios de salud suelen estar fragmentados y existe escasa formación específica en la intersección entre envejecimiento y problemas de salud mental.

La exposición a violencia también es más elevada. La combinación de dependencia, estigma y aislamiento puede favorecer situaciones de maltrato doméstico o abuso dentro de entornos residenciales. Estos episodios suelen permanecer ocultos, ya sea por miedo, por dependencia emocional o por no ser considerados creíbles debido al diagnóstico psiquiátrico.

En suma, la salud mental de las mujeres mayores es el resultado de la interacción entre su historia personal, las desigualdades estructurales que han enfrentado y los retos propios de la vejez. El rol de cuidadora, el mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos por cuestiones de género y las dificultades asociadas a los trastornos mentales graves conforman un entramado complejo que exige intervenciones sensibles, inclusivas y coordinadas. Solo mediante políticas públicas que reconozcan estas realidades, servicios de apoyo accesibles y una sociedad más consciente y menos estigmatizante podremos avanzar hacia una vejez digna y emocionalmente saludable para todas las mujeres.

"Estamos aquí para poner nuestro granito de arena, para mejorar en nuestros derechos. Esa es nuestra meta"

- Integrante de la Red Regional de Mujeres en Salud Mental -

6. COORDINACIÓN Y FORMACIÓN

La atención que reciben las personas con trastorno mental (incluyendo las que presentan primeras sintomatologías, no tienen diagnósticos y/o están pendientes de discapacidad psicosocial), está condicionada por el carácter social y sanitario de sus circunstancias y **deben ser resueltas tanto en la red sanitaria de salud mental, como en la red de servicios sociales especializados** que atienden a las personas con discapacidad. Esta dualidad en la condición socio-sanitaria de las necesidades obliga a la responsabilidad de ofrecer respuestas coordinadas y complementarias en el marco de un proceso de atención.

Esta red de recursos incluye, entre otros, Unidades de salud mental (+ infanto-juvenil), Centros de Rehabilitación Psicosocial, unidades de hospitalización, recursos residenciales, programas sociolaborales, etc. (https://saludextremadura.ses.es/smex/red-de-salud-mental-de-extremadura). Igualmente, nuestra comunidad tiene estructurada una red de recursos de Igualdad que ofrecen atención integral a mujeres (https://www.juntaex.es/imex/guia-de-recursos).

A pesar de esta red específica para mujeres, la fragmentación entre servicios generales de salud mental y los programas especializados de género puede generar barreras. Por ejemplo, las mujeres con trastornos mentales graves víctimas de violencia pueden tener que navegar entre distintos dispositivos sin una vía clara de derivación integrada. Esta falta de coordinación protocolizada puede traducirse en duplicidad de esfuerzos, pérdida de seguimiento terapéutico y, en algunos casos, abandono de la atención.

Coordinar los recursos no es solo una cuestión administrativa, sino una estrategia ética indispensable. Para avanzar hacia una coordinación efectiva, se pueden plantear varias medidas:

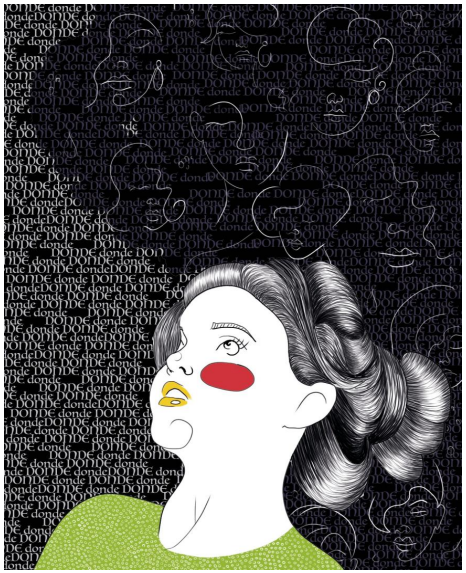
1. **Desarrollo de protocolos de derivación:** Establecer rutas claras entre recursos y coordinación formal, con reuniones periódicas y mecanismos de seguimiento mutuo.
2. **Equipos multidisciplinares integrados de referencia**: Crear unidades "mixtas" para atender a mujeres con necesidades complejas. Esta integración facilita que las intervenciones sean más globales.
3. **Formación especializada:** Capacitar a profesionales de ambas redes de recursos en perspectiva de género y violencia y en trastorno mental grave, respectivamente.
4. **Evaluación y seguimiento:** Establecer indicadores para los itinerarios coordinados (satisfacción de las usuarias, reducción de recaídas, continuidad terapéutica) y evaluar periódicamente el impacto de la coordinación para ajustarla y mejorarla.

Beneficios esperables de una coordinación efectiva:

- Equipos multidisciplinares de referencia con atención integral beneficiándose de los servicios especializados de las redes comunitarias.
- Se reduciría el estigma, porque se reconocería que las mujeres con problemas mentales también necesitan recursos especializados y seguros.
- Mejoraría la eficiencia del sistema de salud: menos duplicidad, mejor uso de los recursos y reducción de crisis evitables.
- Aumentaría la resiliencia comunitaria: se fortalecería un entorno de apoyo que trasciende la atención clínica.

La formación en salud mental con perspectiva de género nutre una mirada más empática, justa y transformadora, que permite acompañar a cada persona desde el respeto y la equidad.

La falta de formación en género y salud mental puede contribuir a reforzar el estigma. La doble o triple discriminación que sufren las mujeres con trastorno mental están sujetas a estereotipos que pueden condicionar la intervención: por ejemplo, asumir que **“no pueden decidir”,** que **“deben ser protegidas”** o que sus relatos sobre situaciones de violencia no son fiables. Una formación adecuada permite combatir estos prejuicios y promover prácticas basadas en el respeto, la autonomía y la escucha activa.
Asimismo, la formación debe incluir contenidos relacionados con la coordinación interinstitucional. Con formación adecuada pueden establecer puentes, comprender los recursos disponibles y acompañar a las mujeres de forma más integral.
En conclusión, **formar a los profesionales** en la atención a mujeres con trastorno mental grave desde una perspectiva de género es imprescindible para mejorar la calidad de la atención, combatir el estigma, comprender la complejidad de sus experiencias y garantizar una intervención justa y humanizada. La formación especializada no solo fortalece las competencias profesionales, sino que contribuye a transformar los sistemas de atención en espacios más sensibles, equitativos y centrados en la dignidad de cada mujer.



“TUS DERECHOS SON LOS MÍOS”

Estrategias para conocer y defender derechos “En Primera Persona”

1. Acceso a la información clara y accesible.
2. Formación en derechos humanos y en perspectiva de género.
3. Creación de espacios seguros para la expresión de dudas, opiniones y decisiones.
4. Entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva.
5. Refuerzo en la toma de decisiones informada.
6. Creación de redes de apoyo confiables.
7. Impulso a la participación en asociaciones de salud mental para el intercambio de experiencias, la recepción de orientación y el respaldo en la defensa de derechos.
8. Desarrollo de habilidades para la vida diaria.
9. Conocimiento de recursos y rutas de protección.
10. Fomento continuo de la autoestima y la autovalidación.
11. Participación activa en el propio plan de tratamiento.
12. Fomento de la implicación en la planificación de la atención sanitaria.
13. Ejercicio del pensamiento crítico.
14. Identificación de situaciones injustas, manipulaciones o decisiones que no respetan la voluntad.
15. Fomento de la capacidad para cuestionar, evaluar y decidir de manera informada.
16. Entrenamiento en la gestión emocional.
17. Impulso a la participación comunitaria y social.
18. Enseñanza para la identificación de situaciones de riesgo o violencia.
19. Construcción de redes de apoyo intergeneracionales.
20. Acompañamiento en la educación emocional y el autocuidado.

Es necesario construir salud mental desde espacios propios, iguales, diferentes y compartidos.

FEAFES Salud Mental EXTREMADURA

Al alzar la voz, se desafían estigmas, se rompen silencios y se transforman las estructuras que durante demasiado tiempo han limitado la autonomía. Cada paso que se da para cuestionar decisiones que afectan la vida y para involucrarse en espacios de toma de decisiones, no solo fortalece la autoestima, sino que también contribuye a construir una sociedad más justa y equitativa.

Tu opinión y tu acción son importantes

Actúa

FEAFES Salud Mental EXTREMADURA

ENTIDADES FEAFES #ENRED
Haciendo Salud Mental en Extremadura

FEAFES Salud Mental EXTREMADURA
C/Bailén, 15.
06200 Almendralejo
682 632 100
info@feafesextremadura.com
www.feafesextremadura.com

APAFEM- FEAFES BADAJOZ
Av. Godofredo Ortega y Muñoz, local 2.
06011 Badajoz
924 267 010
teresa.caldito.botello31@gmail.com

FEAFES Salud Mental EXTREMADURA en Cáceres
Edificio Embarcadero Módulo C
10191 Cáceres
613 264 294
feafesextremadura.caceres.com
www.feafesextremadura.com

Salud Mental AEMIS
C/ Rafael Cabezas, 4 local A.
06005 Badajoz
924 23 84 21
aemis.ocio@gmail.com
www.saludmentalaemis.org

FEAFES Salud Mental ALMENDRALEJO
C/ San José, 49B.
06200 Almendralejo
924 66 46 77
info@feafesalmendralejo.com
www.feafesalmendralejo.com

FEAFES Salud Mental CORIA
Av. Virgen de Argeme, 1º A.
10800 Coria
927 50 43 62
coordinador.smcoria@gmail.com
www.feafescoria.wordpress.com

FEAFES Salud Mental NAVALMORAL
Av. Magisterio, 1º- 1 º B.
10300 Navalmoral de la Mata
623 155 010
feafesnavalmoraldelamata@gmail.com
www.feafesnavalmoraldelamata.org

FEAFES Salud Mental MÉRIDA
Av. de Lusitania, 10.
06800 Mérida
924 30 04 57
coordinacion@feafesmerida.com
www.feafesmerida.com

FEAFES Salud Mental CALMA
C/Luís Álvarez Lencero n.1.
06800 Mérida
651 992 607
asociacioncalma@gmail.com
www.asociacioncalma.com

FEAFES Salud Mental PLASENCIA
Av. Virgen del Puerto, Recinto Valcorchero
Pabellón 9. 10600 Plasencia
927 41 98 87
feafesplasencia7@gmail.com
www.feafesplasencia.wordpress.com

PROINES Salud Mental
C/ Molino, 6.
06400 Don Benito
924 80 50 77
proines@proines.es
www.proines.es

FEAFES Salud Mental ZAFRA
C/ Vicente Cervantes, 2.
06300 Zafra
924 55 59 43
gerencia@feafeszafra.com
www.feafeszafra.com

FEAFES Salud Mental
EXTREMADURA