



CON VOZ PROPIA

Informe del Proyecto

CON VOZ PROPIA

La salud biopsicosocial de las mujeres



Queremos agradecer a todas las mujeres que han participado en el Estudio con sus valiosas aportaciones, sin ellas no hubiera sido posible. También queremos dar las gracias a las personas profesionales y a las entidades que nos han abierto sus espacios para poder escuchar en primera persona todo lo que a continuación se expone.

ÍNDICE

1. Introducción	6
2. Principales conceptos sobre el modelo de comprensión de la salud biopsicosocial	8
3. Metodología	13
3.1 Objetivos	13
3.2 Instrumentos	13
3.3 Dimensiones de análisis	13
3.4 Muestra	15
3.4.1 Edad	15
3.4.2 Sexo – Género	15
3.4.3 Situación de pareja	15
3.4.4 Hijos e hijas	16
3.4.5 Nacionalidad	17
3.4.6 Documento de identidad	18
3.4.7. Nivel de estudios	18
4. Presentación de los resultados	20
4.1 Condiciones de vida y vulnerabilidad	20
4.1.1 Percepción del contexto social	20
4.1.2 Percepción del contexto familiar	20
4.1.3 Percepción del estatus socioeconómico	22
4.1.4 Percepción sobre la vivienda	23
4.1.5 Condiciones de empleo	24
Situación del empleo	24
Ingreso mensual percibido	24
Relación entre el empleo y el ingreso mensual percibido	25
Prestaciones económicas y/o asistenciales	26
Relación entre la situación de empleo y prestaciones económicas	27
4.1.6 Percepción sobre el ocio	28

4.2	Violencia contra las mujeres por razón de género	30
4.3	Autopercepción sobre el estado de salud desde un enfoque biopsicosocial	33
4.3.1	Percepción del estado de salud en general	33
4.3.2	Percepción de la salud física	34
4.3.3	Percepción de la salud mental	35
4.3.4	Antecedentes familiares de salud	36
4.3.5	Percepción de la salud sexual y reproductiva	37
4.3.6	Uso de fármacos y medicina	38
4.4	Autopercepción sobre el estado emocional	39
4.4.1	Percepción general del propio estado emocional	39
4.4.2	Emociones predominantes en la vida de las mujeres y su impacto	40
4.4.3	Percepciones sobre el bienestar emocional	40
4.4.4	Percepciones sobre el malestar emocional	42
4.5	Hábitos de salud	44
4.5.1	Alimentación	44
4.5.2	Descanso	46
4.6	Elementos de los servicios sociales que afectan a la salud biopsicosocial	47
4.6.1	Percepción sobre el acceso a servicios sociales	47
4.6.2	Percepción sobre la discriminación en la atención	49
4.7	Elementos del sistema sanitario que afectan a la salud biopsicosocial	50
4.7.1	Percepción sobre el acceso al sistema sanitario	50
4.7.2	Evaluación de la calidad del trato y de la atención	52
4.7.3	Sesgos de género	53
4.7.4	Percepción sobre la atención integral y la violencia institucional	54
4.7.5	Percepción sobre la discriminación en la atención	55
4.7.6	Confianza para acudir al sistema de atención sanitaria ante un hecho de violencia de género	56
4.8	Elementos que afectan la salud biopsicosocial	58
4.8.1	Percepción sobre aspectos que mejoran la salud biopsicosocial de las mujeres	58
4.8.2	Potencialidades y deficiencias en la atención sociosanitaria	61
	Experiencias positivas	61
	Experiencias negativas	62
5.	Principales conclusiones	66
6.	Bibliografía	69
Anexo:	Percepción del personal técnico sobre la salud biopsicosocial de las mujeres	71



1. Introducción

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de salud es complejo y multifactorial, es decir, existen muchos factores que influyen directamente en el estado de esta. Según la OMS “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y sobre esta definición se desarrolla el concepto de salud biopsicosocial utilizado a lo largo de todo este Estudio.

La salud trasciende la consulta médica, pues hablar de salud implica hablar de la relación entre el bienestar físico, mental y las problemáticas que afectan a ambos. Hablar de salud es referirse a las relaciones de trabajo, de cuidados y dependencia, de sexualidad, de educación y de condiciones de vida, factores que afectan directamente a la salud física y mental de las personas. Si introducimos en este planteamiento la perspectiva feminista, tenemos que considerar que las sociedades están fundadas en el conocimiento androcéntrico y organizadas en base a las relaciones de poder patriarcales, en donde el machismo, la violencia, los estereotipos de género, impactan directamente en la salud de las mujeres, definiendo los límites y posibilidades de estar en el mundo.

Por ello, abordar la salud desde el género no es analizar la vida de las mujeres desde la norma y el conocimiento hegemónico, sino más bien desde la crítica y reflexión sobre la particularidad de las propias experiencias que emergen en el marco de las relaciones de poder patriarcales. Dichas experiencias no se deben reducir a la relación entre hombres y mujeres, sino también a las normas que atraviesan las identidades, subjetividades, conductas, percepciones y sentimientos.

En sus obras, Carmen Valls-Llobet (Barcelona, 1945) ha sido enfática en mencionar que las ciencias de la salud no han incorporado a las mujeres en los trabajos de investigación hasta finales del siglo XX, destacando que aun así la mayoría de las investigaciones no incluyen a las mujeres o, si lo hacen, no desglosan los datos por sexo. En los escasos estudios en los que se desdoblán las enfermedades con cifras de mujeres y hombres, el problema es que no se profundiza en las causas de las diferencias, retroalimentando la mirada androcentrista de la Medicina, muy presente todavía en nuestro tiempo. Esta autora señala que es necesaria una mirada feminista, analizando los mandatos de género y los estereotipos de la sociedad y dando mayor voz a las mujeres en la ciencia.

Además de introducir una perspectiva feminista, es importante atender a las múltiples intersecciones entorno a la salud de las mujeres, pues sin tener en cuenta las mismas los sesgos pueden distorsionar los resultados de los estudios de investigación llevados a cabo en las diferentes disciplinas de la Medicina, alejándolos de la verdad.

En esta línea, la autora Sue V. Rosser (Rosser, 1986), entendía que era necesario cambiar tanto el sujeto de estudio como la perspectiva de los sujetos que investigan:

“Las ciencias de la salud han de ser formuladas desde otra perspectiva que no sea la del hombre blanco del mundo desarrollado (...). Las ciencias de la salud han de analizarse con el género como una categoría de análisis, una perspectiva interdisciplinar, y la perspectiva cultural, de clase, y de raza”.

Rosser puso sobre la mesa el papel que podían tener en la salud, tanto física como mental, la clase social, la etnia y las diferencias entre hombres y mujeres, y entre las mismas mujeres según las características biológicas y el entorno social, cultural y económico de cada una de ellas. Entendía que era necesario pasar de “entes abstractos” a basarse en el entorno de las personas estudiadas dentro de la ciencia de la salud.

La salud biopsicosocial de las mujeres tiene que estar en la Agenda de todas las políticas públicas, pues no sólo tiene que ver con la Sanidad, sino también con los Servicios Sociales, la Educación, la Economía y el resto de las competencias que conforman el Estado de Bienestar, siendo un pilar imprescindible del mismo para evitar la desigualdad y luchar contra las violencias machistas y contra la vulneración de los Derechos Humanos.

Este Estudio, cuyos resultados se exponen a continuación, ha querido recoger a través de la muestra utilizada, las opiniones y experiencias de cada una de las mujeres que han participado en el mismo, respetando la individualidad de cada una de ellas con sus características, capacidades y situaciones particulares, intentado darles un Espacio Propio en el que sus voces se hagan oír.



2. Principales conceptos sobre el modelo de comprensión de la salud biopsicosocial

2. PRINCIPALES CONCEPTOS SOBRE EL MODELO DE COMPRESIÓN DE LA SALUD BIOPSIOSOCIAL

CIENCIA MÉDICA

De acuerdo con lo señalado por Carme Valls-Llobet (2022), la medicina surge del análisis de las personas hospitalizadas en centros de salud, gracias a las cuales se empezó a desarrollar conocimiento. Sin embargo, dado que la mayor cantidad de ingresos hospitalarios son masculinos, las investigaciones de muchas especialidades médicas no incluyeron a mujeres, considerándose al hombre como el estándar universal. La autora afirma que la ciencia médica nació sesgada, porque sus orígenes se fundan en el androcentrismo, no sólo por el estudio histórico de hombres, sino también porque los hombres eran quienes podían estudiar para ser médicos, de manera que el conocimiento es construido por hombres, para hombres.

Sin pretensiones de deslegitimar los avances de la medicina y sus importantes aportaciones al bienestar de las personas, presentamos estos cuestionamientos para dar cuenta de la importancia de considerar la perspectiva de género en el análisis de la salud de las mujeres. De manera que se puedan tensionar los conocimientos y lógicas de producción del conocimiento científico que continúan reproduciendo contenidos androcéntricos, traducidos en sesgos de género en la atención, en los diagnósticos y en los tratamientos.

Como se ha detallado en el libro “Mujeres invisibles para la medicina”, las mujeres y hombres pueden presentar diferencias frente a la susceptibilidad de enfermedades, así como en la respuesta, eficacia y efectos de los tratamientos, de manera que tal como indica la médica “los mecanismos subyacentes a las diferencias por sexo y género se deben a factores epigenéticos, genéticos, endocrinológicos, ambientales, sociales, económicos y conductuales y todos los factores deben ser estudiados para poder realizar una buena asistencia teniendo en cuenta las diferencias”.

En este sentido, la medicina sensible al sexo y género se centra en las diferencias biológicas y de las estructuras de poder socioculturales en la asistencia de la salud. Se estudia como el sexo y el género afectan las conductas saludables, el desarrollo de enfermedades, sus diagnósticos, el manejo y seguimiento de su evolución y los efectos a largo plazo. Por ejemplo, esto se traduce en considerar la relación entre los roles de género en el enmascaramiento de los síntomas, percepción del malestar y consideración del dolor.

SALUD BIOPSIOSOCIAL

La salud biopsicosocial recoge los diversos factores que influyen en el desarrollo y bienestar de una persona en un determinado contexto, estableciendo tres tipos de factores: biológicos, psicológicos y sociales. Dichos factores interacción entre sí e inciden en el estado de salud de una persona.

Dentro de los factores biológicos de la salud se encuentran la genética, la herencia y la anatomía, entendiendo que todos ellos contribuyen a determinar la salud física de una persona atendiendo a los diferentes aspectos de cada uno de estos:

- 🔴 Genética es el estudio de los genes y la herencia genética, para determinar cómo afectan a la salud de una persona.
- 🔴 Herencia: proceso mediante el cual los rasgos o características se transmiten de una generación a la siguiente a través de la transmisión de información genética.
- 🔴 Anatomía: es la rama de la biología que estudia la estructura de los seres vivos, desde el nivel microscópico de las células hasta el nivel macroscópico de los sistemas de órganos.

Cuando hablamos de factores psicológicos nos referimos a las conductas, emociones y pensamientos. Estos tres factores están relacionados entre sí y determinan los posteriores comportamientos de una persona atendiendo a dicha relación entre ellos.

- 🔊 **Conductas:** son manifestaciones externas de las emociones y pensamientos. Es la reacción o acción que surge cuando interactúan lo que pensamos con lo que sentimos.
- 🔊 **Emociones:** son las respuestas que damos a nuestros pensamientos e influyen en la adaptación, la supervivencia y las relaciones sociales.
- 🔊 **Pensamientos:** a través de ellos procesamos la información que recibimos. Son nuestras percepciones y evaluaciones de los hechos que vivimos.

Según la OMS, los factores sociales que intervienen en la salud biopsicosocial son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de vida de la vida cotidiana”. A este respecto, a la hora de configurar la parte “social” es importante tener en cuenta aspectos relacionados con el entorno social y familiar, la situación económica, las violencias sufridas, el acceso a la educación y al empleo y el ocio y la cultura para poder realizar un análisis completo de las situaciones de las personas y de la influencia de estas en su estado de salud. Cuando nos referimos concretamente a las mujeres, todos estos aspectos están atravesados por los pensamientos, las ideas y las praxis imperantes en el Sistema Patriarcal, vulnerando en muchas ocasiones sus derechos humanos y perjudicando por ello el estado de su salud biopsicosocial.

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD

La autopercepción de la salud es una concepción individual y subjetiva de la persona que resulta de la intersección de factores biológicos, psicológicos y sociales, considerándola como una medida para evaluar la salud en base a dichos factores. Cuando hablamos de autopercepción hacemos referencia a tres conceptos relacionados con el desarrollo personal:

- 🔊 **AUTOESTIMA:** se refiere al sentido de valor de la propia existencia. Es el juicio que la persona tiene de sí misma, dependiendo, entre otras cosas, de la relación que mantenemos con los/as demás. Valora una serie de rasgos físicos y psicológicos que componen la personalidad y determinan la forma en que la persona se percibe a sí misma. Además, tiene que ver con la auto – evaluación de la persona, desarrollando una opinión emocional y subjetiva sobre ella.
- 🔊 **AUTOCONCEPTO:** son las creencias y opiniones que la persona tiene de sí misma. Tiene que ver con la descripción que una persona hace de ella y con las capacidades y rasgos que la persona cree poseer. El autoconcepto es importante para desarrollar la identidad (“Yo”).
- 🔊 **AUTONOCOCIMIENTO:** implica que una persona se conoce y se valora a sí misma. Es la identificación y comprensión de las fortalezas, debilidades, creencias y metas de una persona. El autoconocimiento está relacionado con el crecimiento personal y la autorregulación emocional y con la habilidad de reconocerse como persona diferenciándose de otras. Es esencial para el desarrollo personal, la toma de decisiones y la construcción de relaciones sociales.

TRASVERSALIDAD DEL ENFOQUE DE GÉNERO

La transversalidad de género es una estrategia imprescindible en las políticas públicas para avanzar en la consecución de la igualdad entre mujeres y hombres. Contribuye a eliminar desigualdades relacionadas con el género, a corregir métodos de trabajo y procedimientos y a impulsar tendencias de cambio social. No sirve con aplicar medidas puntuales en las políticas públicas, sino que se tienen que aplicar de manera transversal en todos los ámbitos de dichas políticas para que los cambios sean estructurales y sociales.

“Aunque la propuesta de la transversalidad se lleva oyendo desde hace tiempo, la clave de la transversalidad del género está en promover acciones amplias que cambien las políticas y las prácticas, también en las prácticas sanitarias en la salud mental de las mujeres, lo que no se está consiguiendo claramente. Estas prácticas deberían incluir el compromiso con la diversidad de experiencias de las mujeres a través del trabajo con mujeres que utilizan los servicios de salud mental para diseñar y coproducir servicios; servicios solo para mujeres que reconocen que la violencia y el abuso perpetrados por hombres dejan a las mujeres vulnerables en entornos mixtos; servicios de un solo sexo por razones religiosas o culturales; personal cualificado que brinde seguridad relacional y pueda comprender y apoyar a las mujeres que se autolesionan, y permitir que las mujeres revelen historias de trauma y abuso; y servicios especializados,

que pueden trabajar terapéuticamente con mujeres sobre el impacto a menudo descuidado del abuso sexual infantil y el trauma en la salud mental". (Marta Aparicio, 2022).

INTERSECCIONALIDAD

El concepto de interseccionalidad es un enfoque teórico, metodológico y político basado en la percepción cruzada de las relaciones de poder. En la actualidad está muy presente a la hora de incluir esta perspectiva en las políticas públicas, aunque no se lleve a la práctica en muchas ocasiones, pero no es un concepto nuevo, pues hace más de dos siglos autoras feministas como Olivia de Gouges ya abordaban cuestiones relacionadas con la interseccionalidad sin ponerle un nombre al concepto.

En 1989, Kimberlé Crenshaw acuñó el concepto de interseccionalidad para visibilizar las múltiples dimensiones de opresión experimentadas por trabajadoras negras de la empresa estadounidense General Motors, siendo estas opresiones invisibilizadas a nivel jurídico y estando expuestas a violencias y discriminaciones por razones de raza, de género y de clase social. Por ello, consideraba imprescindible crear categorías jurídicas para enfrentar discriminaciones en múltiples y diferentes niveles. La autora destaca que la aplicación de la interseccionalidad tiene que ser contextual y práctica, siendo un concepto de uso práctico que analiza omisiones jurídicas y desigualdades concretas. Cuando atendemos a la dimensión estructural del concepto, hablamos de cómo diferentes sistemas de discriminación están relaciones y afectan directamente a la vida de las personas y de los grupos sociales. Por otro lado, atendiendo al enfoque político, el concepto de interseccionalidad explica cómo las estrategias que sólo se centran en un nivel de desigualdad marginan a aquellas personas y/o grupos cuya situación de vulnerabilidad es debida a la imbricación de diferentes sistemas de opresión. Además, dichas estrategias reproducen y refuerzan los sistemas de opresión que no tienen en cuenta la heterogeneidad de los grupos sociales. Incorporando al concepto de interseccionalidad otras ideas, la socióloga Patricia Hill Collins (1990-2000) habla de una matriz de dominación en la que los distintos sistemas de opresión están en interacción, interdependencia y mutua constitución de manera dinámica y contradictoria en muchas ocasiones, pues determinados grupos pueden ser opresores y a la vez oprimidos.

ROLES, ESTEREOTIPOS Y DESIGUALDAD DE GÉNERO

Los roles de género son construcciones sociales que conforman las características, los comportamientos, las actividades, las expectativas y las oportunidades definidas por la sociedad que se consideran apropiadas para los hombres, las mujeres, las niñas y los niños en un determinado contexto sociocultural, atendiendo a la distribución del poder en las relaciones entre las personas.

Los estereotipos de género tienen que ver con los modos de actuación considerados correctos e imputables a un rol determinado en la sociedad. En el caso de los estereotipos por razón de género, dificultan la consecución de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, dando lugar a situaciones de discriminación y vulneración de los derechos humanos.

La desigualdad de género es un fenómeno estructural arraigado en las relaciones desiguales entre hombres y mujeres, estando de manera generalizada los primeros en posiciones de poder en los ámbitos sociales y culturales dentro de una estructura patriarcal y dando lugar a la vulneración de los Derechos Humanos de las mujeres.

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL GÉNERO

Cuando hablamos de determinantes de la salud relacionados con el género, nos referimos a las normas, las expectativas y las funciones sociales que aumentan la tasa de exposición y la vulnerabilidad frente a los riesgos para la salud, así como a la protección frente a los mismos. Estos tres ítems establecen comportamientos de promoción de la salud y de búsqueda de atención sanitaria, además de definir las respuestas del sistema de salud en función del género. La falta de incorporación de la perspectiva de género en los sistemas de salud señala el género como causa de inequidades sanitarias y afecta directamente a seis componentes básicos relacionados con la salud: la prestación de servicios, la información e investigación, los productos y tecnologías médicas, el personal sanitario, la financiación de la atención sanitaria y el liderazgo y gobernanza. El género crea inequidades sanitarias por sí solo, pero también puede agravar otras relacionadas con la situación socio – económica, la etnia, situaciones de discapacidad, la edad y la orientación sexual, entre otras. Es imprescindible que los sistemas de salud tengan en cuenta cuestiones relacionadas con el género, reconociendo, comprendiendo y modificando la forma en que esta variable determina conductas en relación con los sistemas, el acceso a los servicios y las vías de atención sanitaria, interactuando con otros factores causantes de inequidades relacionadas con la salud.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Las diferentes formas de violencia ejercidas contra las mujeres atentan contra su integridad moral y física, además de ser un ataque directo a su dignidad. Esto significa que el ejercicio de estas es una grave violación de los derechos humanos de las mujeres y un problema que afecta a todas las sociedades en su conjunto, creando situaciones de desigualdad y discriminación.

La violencia contra las mujeres es un factor de riesgo que afecta directamente a la salud de las mujeres, teniendo múltiples consecuencias tanto en la salud física como en la salud mental. Conocer los efectos de las violencias sufridas es determinante para poder hacer un abordaje integral tanto en el sistema de salud como en el sistema de servicios sociales desde un modelo biopsicosocial.

SISTEMA DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de servicios de salud de la administración del estado y de las comunidades autónomas, e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

Los Servicios Sociales son los servicios de intervención social que las administraciones públicas ponen a disposición de la ciudadanía para responder a situaciones de especial necesidad. El objetivo es evitar que las personas se enfrenten a barreras tales que les impidan el ejercicio de sus derechos o el disfrute de una vida plena en comunidad, evitando o reduciendo situaciones de exclusión social o desprotección.



3. Metodología

3. METODOLOGÍA

3.1 OBJETIVOS

EL objetivo principal de este estudio es identificar los determinantes biopsicosociales que afectan a la salud y bienestar de las mujeres.

Los objetivos específicos son:

- Identificar las condiciones de vida de las mujeres.
- Conocer el estado de salud de las mujeres en sus dimensiones físicas y emocionales, incluyendo las sexuales y reproductivas.
- Identificar hábitos de salud de las mujeres.
- Identificar cuáles son los elementos de los servicios sociales que afectan a la salud biopsicosocial de las mujeres.
- Identificar cuáles son los elementos de los servicios de salud que afectan a la salud biopsicosocial de las mujeres.

3.2 INSTRUMENTOS

Para la realización de este estudio se empleó una metodología cuantitativa, con el fin de poder generar una aproximación a la realidad de la mayor cantidad posible de mujeres. Se utilizaron como herramientas de recogida de datos las siguientes:

- Encuesta auto aplicada: contempló una aplicación presencial (por parte de profesionales de recursos sociales).
- Encuesta online: se difundió un cuestionario a través de diferentes canales de comunicación para poder recoger las respuestas de las mujeres.
- Encuesta a profesionales: a través de esta herramienta se recogió información de diferentes agentes sociales.

Las encuestas fueron aplicadas a mujeres diversas, teniendo en cuenta el principio de interseccionalidad, para poder recoger información atendiendo a situaciones y casuísticas diferentes.

Los resultados de las diferentes herramientas utilizadas fueron volcados en una base de datos, procesándolos para obtener las estadísticas correspondientes.

3.3 DIMENSIONES DE ANÁLISIS

Los análisis se realizaron desde una perspectiva crítica y feminista, procurando no estandarizar los resultados, sino más bien profundizar en los datos considerando las experiencias de las mujeres que se recogieron a través de la encuesta.

En función de dar respuesta a los objetivos de este estudio, se realizó una operacionalización para el abordaje integral de los determinantes de la salud biopsicosocial, tal como se expresa en la siguiente tabla:

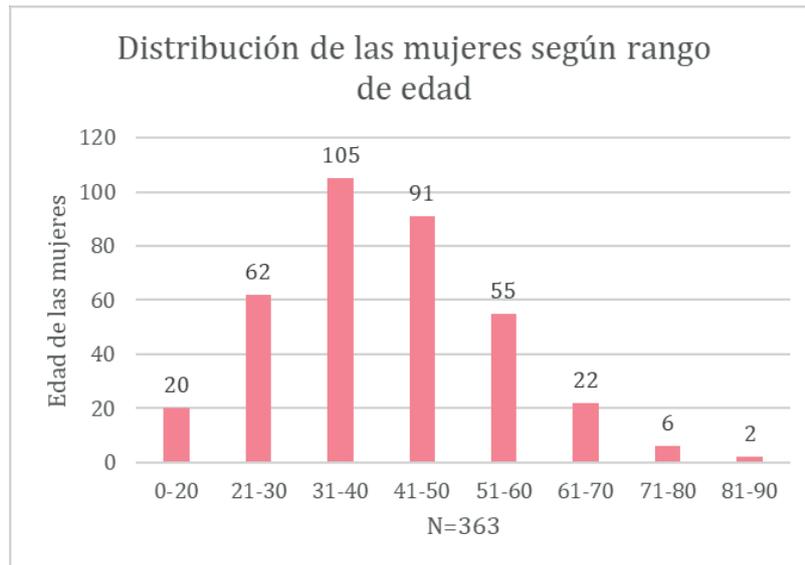
Dimensiones	Variables
Descriptivos personales	<ul style="list-style-type: none"> -Asociación -Edad -Sexo -Nacionalidad -Hijos e hijas -Documento de identidad -Estado civil - Nivel de estudios
Problemas de salud desde enfoque biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> Autopercepción general Autopercepción Salud física Autopercepción Salud mental Antecedentes familiares de salud Uso de fármacos Autopercepción de la Salud sexual y reproductiva
Estado emocional	<ul style="list-style-type: none"> Autopercepción del estado emocional Identificación de emociones y su impacto Bienestar emocional Malestar
Hábitos de salud	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación Descanso
Contexto social	<ul style="list-style-type: none"> Autopercepción del contexto social Familia Estatus socioeconómico Empleo Ocio Vivienda
Violencia contra la mujer	Experiencias de violencias machistas
Experiencia en servicios sociales	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a servicios sociales Percepción sobre la atención integral y violencia institucional
Experiencia en sistema sanitario	<ul style="list-style-type: none"> Acceso al sistema sanitario Evaluación de servicios primarios
Problemas en la atención por razón de género	<ul style="list-style-type: none"> Sesgo de género Confianza ante violencia de género Percepción sobre la atención integral y violencia institucional
Factores que mejoran la salud biopsicosocial	Percepción sobre aspectos que mejoran la salud biopsicosocial de las mujeres
Potencialidades y deficiencias en la atención sociosanitaria	Valorización de la atención sociosanitaria

3.4 MUESTRA

La Muestra está compuesta por 363 mujeres.

3.4.1 EDAD

En el siguiente gráfico se puede observar la distribución de la muestra (363 mujeres) de acuerdo con el rango de edad de pertenencia. Como se observa, la mayoría de las mujeres están ubicadas en el rango de edad de 31 a 50 años, las cuales representan el 54 % de la muestra.



3.4.2 SEXO - GÉNERO

Respecto al sexo de las personas (asignado al nacer), la muestra está compuesta por 362 mujeres y una mujer trans, cuyo sexo asignado al nacer fue el de hombre. Respecto al género, todas se identificaron con el género femenino.

3.4.3 SITUACIÓN DE PAREJA

Respecto a la distribución de las mujeres según su situación de pareja, los resultados muestran que el 51 % en el momento de responder la encuesta están con pareja y el 49 % están sin pareja, tal como se señala en el gráfico.



N=363

3.4.4 HIJOS E HIJAS

De acuerdo con los datos, del total de mujeres de la muestra (363), el 56 % de las encuestadas tienen hijos y/o hijas, frente al 43 % que no tienen, según se señala en la siguiente tabla.

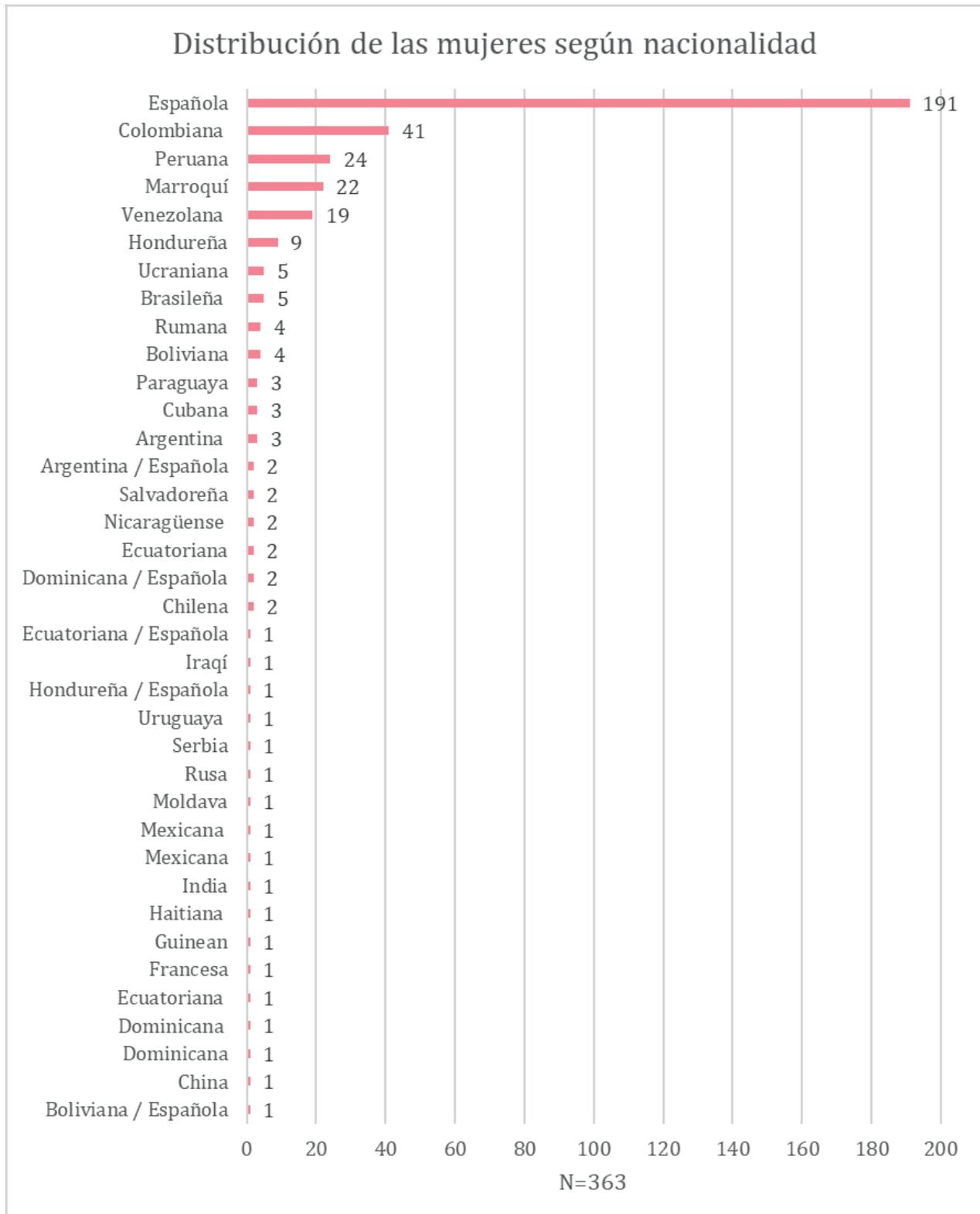
Hijas e hijos	Cantidad	Porcentaje
Tengo	205	56%
No tengo	157	43%
No contesta	2	1%

Del total de mujeres con hijas y/o hijos (205), la mayoría tienen entre 1 y 2, lo que representa el 72 % de la muestra. Específicamente, 73 mujeres indicaron tener 1 hija o hijo, y 74 señalaron tener 2. El 19 % de las mujeres (39) informaron tener 3 hijas y/o hijos, mientras que aproximadamente el 9 % tienen entre 4 y 6 hijas y/o hijos, representando la minoría de la muestra. En el gráfico se puede observar con detalle la frecuencia específica por cantidad de hijas y/o hijos.



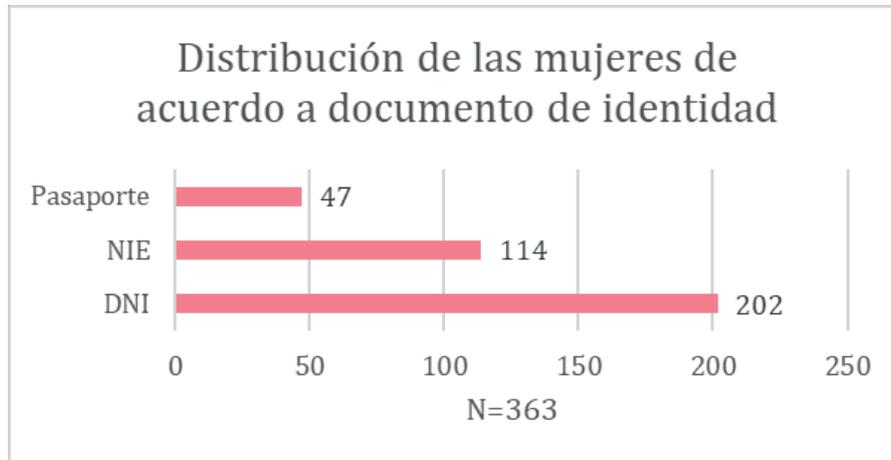
3.4.5 NACIONALIDAD

Tal como se señala en el gráfico que se presenta a continuación, se muestra que el 53 % (191) de las mujeres tienen nacionalidad española, el 11 % (41) nacionalidad colombiana, el 7 % (24) peruana, el 6 % (22) marroquí y el 5 % (19) venezolana. También se puede visualizar que hay 5 mujeres que tienen doble nacionalidad, siendo diferentes los países: argentina y española, dominicana y española, ecuatoriana y española, hondureña y española y, boliviana y española.



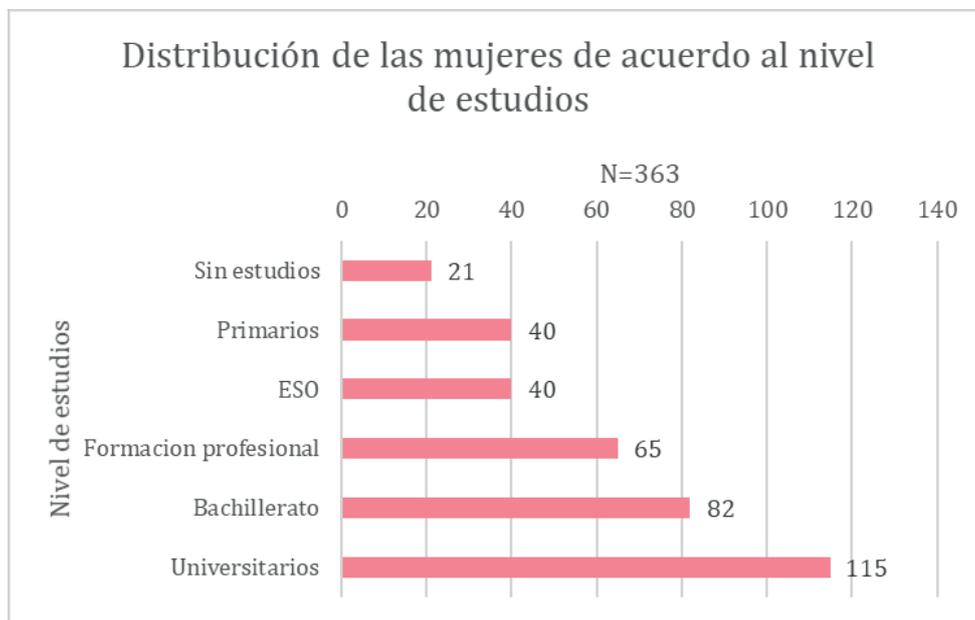
3.4.6 DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Respecto al documento de identidad, al momento de contestar la encuesta, el 53 % de las mujeres tenían Documento Nacional de Identidad (DNI), el 31 % Número de Identidad Extranjero (NIE) y el 13 % pasaporte. En el siguiente gráfico se observa la distribución de la muestra de acuerdo al tipo de documento de identidad.



3.4.7. NIVEL DE ESTUDIOS

Tal como indica el siguiente gráfico, del total de la muestra, se observa que el 32 % (115) de las mujeres cuentan con estudios universitarios, el 23 % (82) cuentan con bachillerato, el 18 % (65) con formación profesional, el 11 % (40) con ESO, el 11 % (40) con educación primaria y, el 6 % (21) no cuentan con estudios.





4. Presentación de los resultados

4. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 CONDICIONES DE VIDA Y VULNERABILIDAD

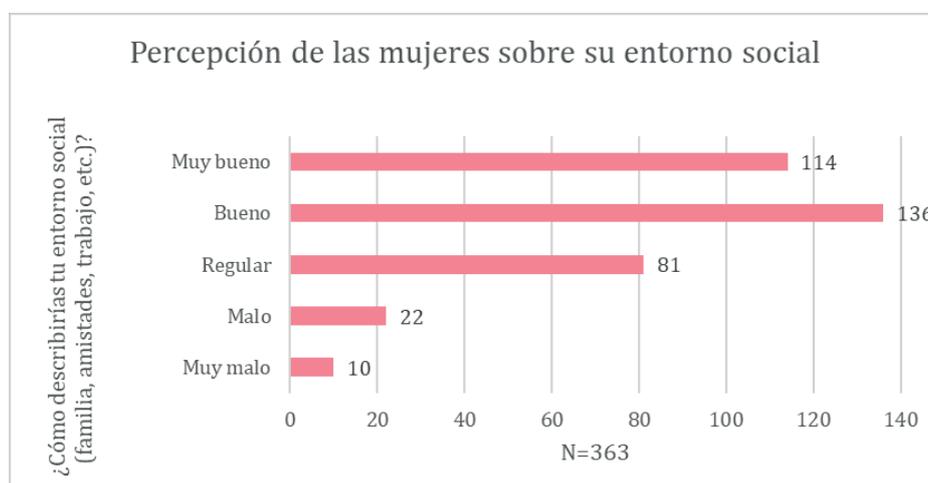
Las condiciones de vulnerabilidad se refieren a las circunstancias y contextos específicos que amplifican el riesgo de experimentar inequidades en salud entre diferentes grupos de población. Estas condiciones no son intrínsecas a las personas, sino que emergen de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, profundamente influenciados por estructuras de poder y desigualdad, tales como el capitalismo, el patriarcado, el racismo y otros sistemas de poder.

El enfoque integral es fundamental para abordar las complejidades de la salud en diversos contextos y para avanzar hacia una sociedad más equitativa y saludable. La justicia social en salud exige el reconocimiento de la particularidad de cada mujer, sus circunstancias y las relaciones sociales que median. Este enfoque tiene el propósito de promover intervenciones políticas y sociales que permitan reducir las brechas y garantizar que todas las mujeres, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad, accedan a derechos sociales y tengan una vida libre y plena de bienestar.

Para abordar esta dimensión, se presentarán resultados sobre la percepción que tienen las mujeres de su contexto social, profundizando en el contexto familiar, estatus socioeconómico, condiciones de vivienda, trabajo y acceso al ocio.

4.1.1 PERCEPCIÓN DEL CONTEXTO SOCIAL

De acuerdo con el gráfico presentado a continuación sobre la percepción de las mujeres respecto a su entorno social, se observa que **el 69 % de las mujeres de la muestra (250) tiene una percepción positiva**, calificando su entorno como muy bueno o bueno. Específicamente, el 31 % lo considera muy bueno y el 37 % bueno. El 22 % de la muestra (81 mujeres) describe su contexto social como regular, mientras que solo el 6 % lo califica como malo y el 3 % como muy malo.



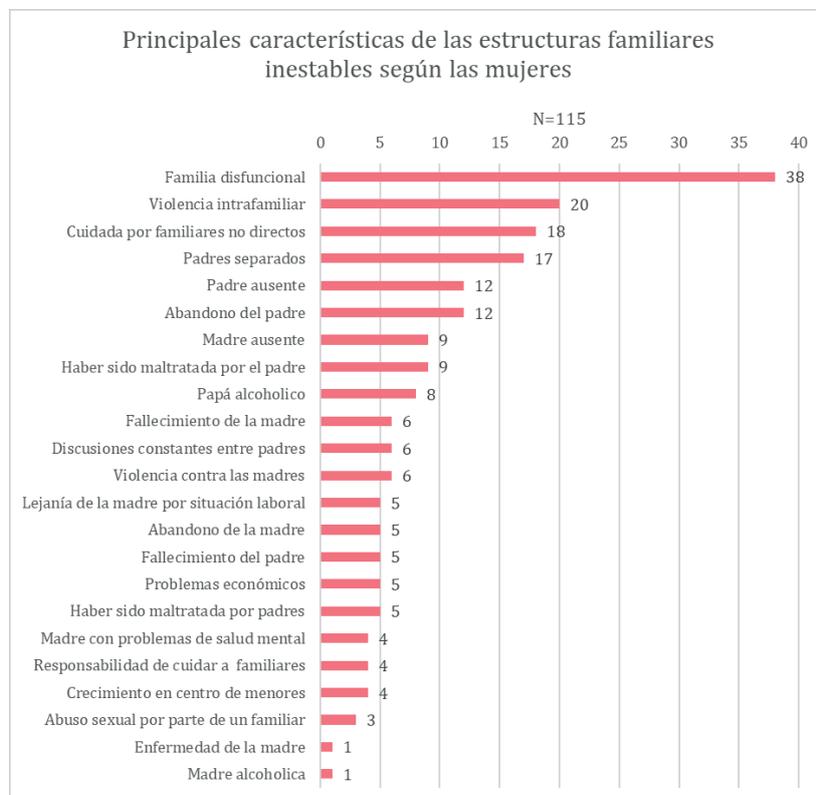
4.1.2 PERCEPCIÓN DEL CONTEXTO FAMILIAR

Para abordar el contexto familiar, se consultó a las mujeres por la percepción que tenían de su estructura familiar durante su adolescencia e infancia. De acuerdo con las respuestas que se señalan en el siguiente gráfico, podemos observar que **el 68 % (248) declaró haber tenido una estructura familiar estable**, frente al 32 % (115) que no tuvo una estructura familiar estable.



N=363

Del total de las 115 mujeres que respondieron no tener una estructura estable, se sistematizaron sus respuestas organizándolas de acuerdo con categorías para graficar la frecuencia de estas. En el siguiente gráfico se observan cuáles fueron las situaciones que vivieron las mujeres que indicaron no contar con una familia estable, organizadas según la frecuencia.



Al respecto, se observa que las principales características mencionadas para describir **una familia inestable están relacionadas con la disfuncionalidad, la violencia intrafamiliar y el hecho de que, en determinadas circunstancias, las mujeres tuvieron que ser cuidadas por personas ajenas al núcleo familiar**, como abuelos, abuelas u otros parientes, tal como se indica en las siguientes citas:

“Mis padres se han separado cuando yo era pequeña (mi padre era alcohólico, engañaba a mi madre con otras mujeres y la pegaba, incluso la iba a cortar el cuello con un hacha delante de nosotros). Yo soy la menor de 4 hermanos (2 chicas y 2 chicos) y nos han preguntado en el divorcio de mis padres con quien nos queremos quedar a vivir. Mi hermana y yo hemos elegido vivir con mi madre y mis hermanos han elegido vivir con nuestro padre. Y, aunque hemos vivido con ella, fue ausente y nos hemos criado y cuidado solas mi hermana y yo, además haciendo todas las tareas de la casa, por qué no sé dónde estaba nuestra madre durante el día. A veces, ni de noche. Teníamos una tía que íbamos a su casa y ella nos ha dado muchos consejos en la adolescencia y nos ha ayudado mucho en aclarar muchas dudas. Yo, fui abusada sexualmente durante años de un hermano de mi madre y ella no se ha enterado nunca de nada, porque creo que no nos amó y no estuvo nunca cercana a nosotras, ni nos ha aconsejado en nada, ni nos ha dado cariño, ni nunca estuvo contenta de nosotras, aunque hemos acabado el bachillerato en Idiomas o Matemáticas. Nos ponía apodos, nos pegaba, nos insultaba, etc...”

“La relación de mis padres no fue estable, se separaban, peleaban, agredían física y psicológicamente. La pasé muy mal.”

“Mis padres se separaron cuando era muy pequeña. Mi padre se desentendió. Mi madre y yo asumimos toda la carga de la casa y cuidado de hijos y hermanos.”

“No ya que fui criada por mi madre sola y mi familia materna, mi madre tenía que trabajar para sacarme adelante solita y me dejaba en casa de mis tías abuelos al cuidado de ellos el estar sin estabilidad emocional y la falta de mi madre seguidamente me hacían sentir muy sola así estuviera al cuidado de mi familia materna mi único amor fortaleza fueron Dios y el poco tiempo que mi madre me podía dedicar decido a su trabajo seguido mi padre jamás respondió por mis alimentos estudios salud nada solo mi madre lo hizo con sacrificios y trabajo forzoso esto hace que valore mi mamita y la ame más que a nada.”

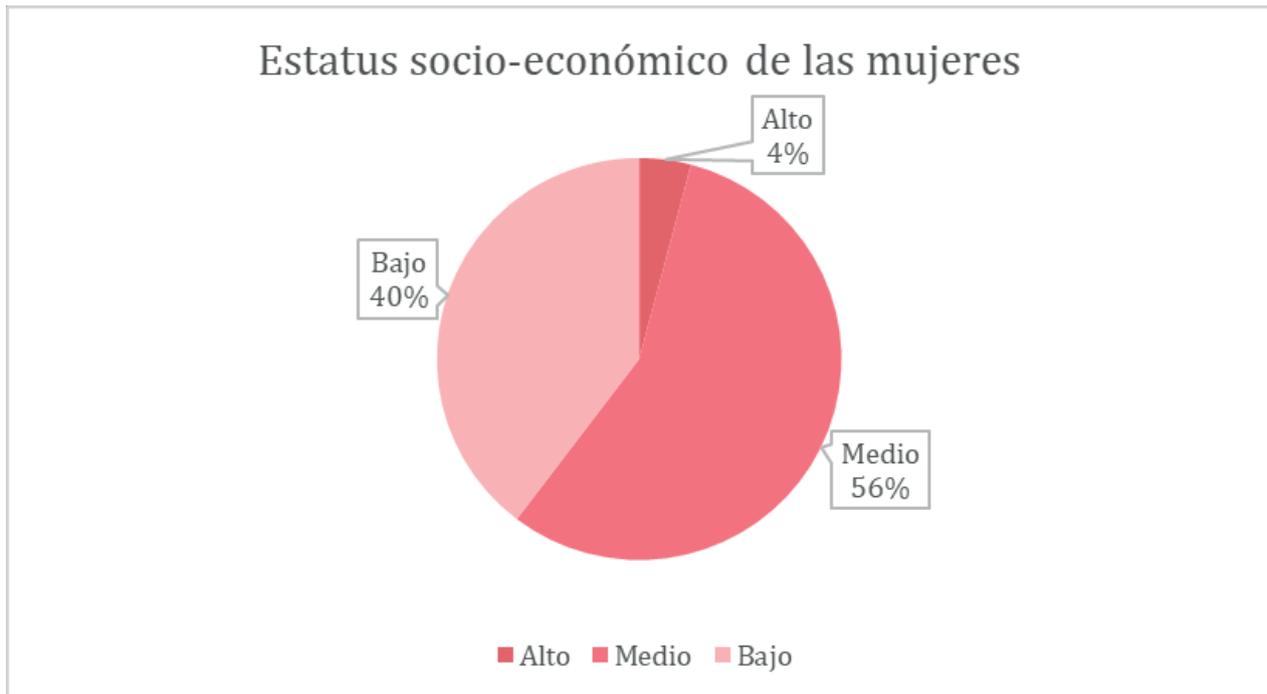
Otra de las características es **la separación de los padres**, que en articulación con otras situaciones de vulnerabilidad afectó a las mujeres en su niñez y juventud:

“Me crio mi abuelo paterno. mi padre pasó a ser mi hermano y mis tíos también. entre eso viví maltrato por parte de mi abuelo hacia mi abuela. el alcohol lo viví muy de cerca también, discusiones, pobreza etc.”

“Separación de mis padres, maltrato psicológico de mi madre. Abuelo maltratador.”

4.1.3 PERCEPCIÓN DEL ESTATUS SOCIOECONÓMICO

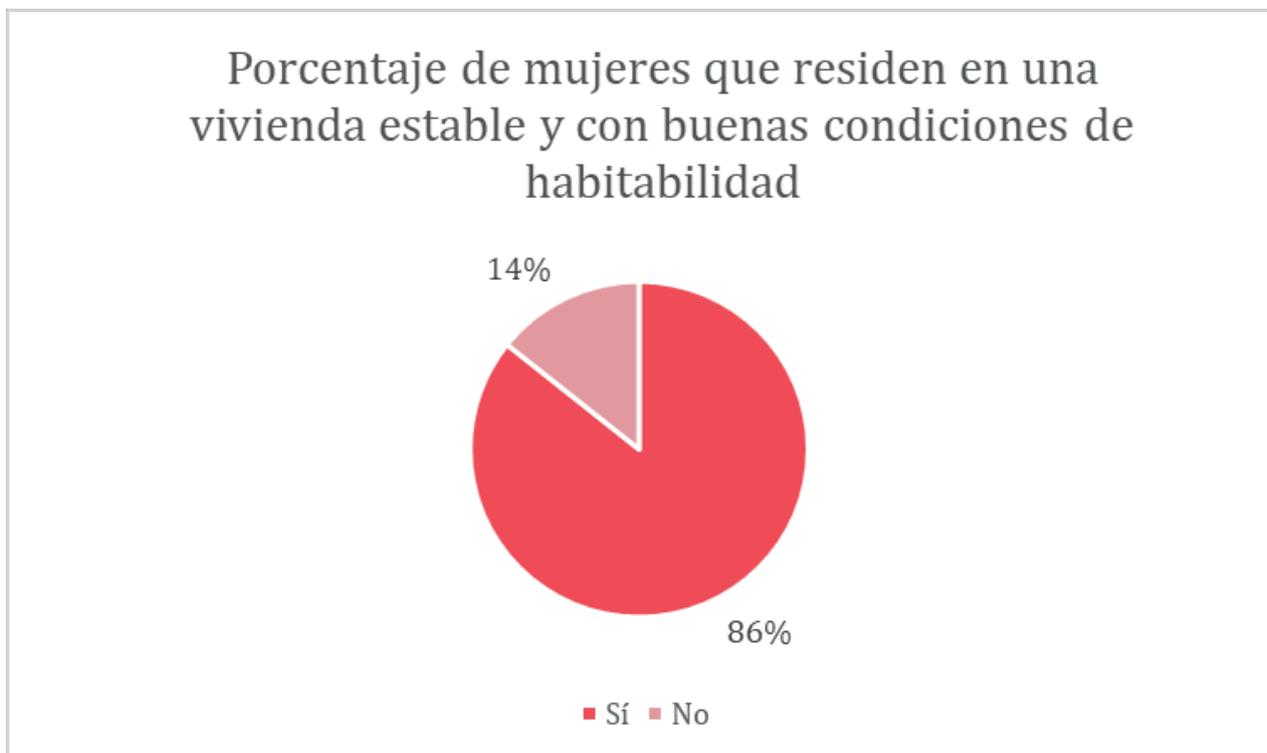
En el siguiente gráfico se señala la propia percepción de las mujeres frente a su estatus socioeconómico. Los resultados indican que sólo el **4 % (15) de la muestra percibe su estatus socioeconómico alto**, el **56 % (204) su estatus socioeconómico medio** y el **40 % (144) su estatus socioeconómico bajo**. Al respecto, se evidencia que la gran mayoría de las mujeres están concentradas en los estatus medios y bajos, correspondiendo al 96% del total de la muestra.



N=363

4.1.4 PERCEPCIÓN SOBRE LA VIVIENDA

De acuerdo con la pregunta sobre si residen en una vivienda estable y con buenas condiciones de habitabilidad, en el gráfico se indica que el **86 % (311) de las mujeres considera que sí** y que el 14 % (52) considera que no. Se puede observar que existe una percepción positiva general frente a la vivienda.



N=363

4.1.5 CONDICIONES DE EMPLEO

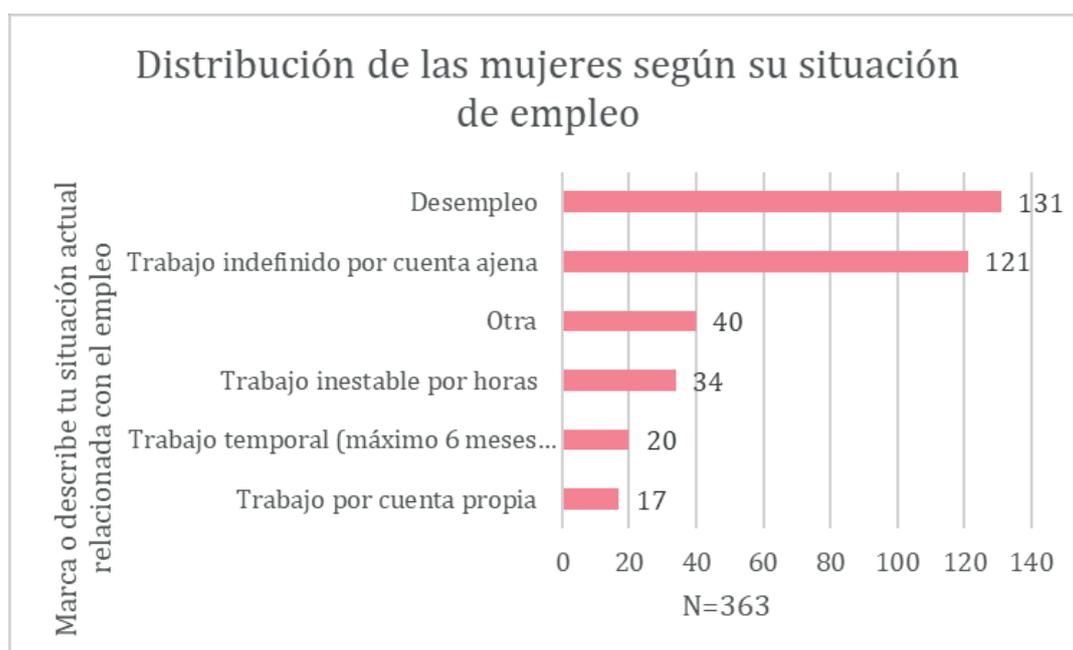
Para conocer las condiciones de empleo de las mujeres, se abordaron diferentes dimensiones como la situación de empleo, el ingreso mensual percibido y la situación del empleo de acuerdo con el salario.

SITUACIÓN DEL EMPLEO

En el siguiente gráfico se muestra la situación laboral de las mujeres en el momento de responder la encuesta. En primer lugar, destaca que **el 36 % (131 mujeres) se encuentran en situación de desempleo**. Le siguen aquellas que están empleadas con un contrato indefinido por cuenta ajena, es decir, que tienen un trabajo estable, representando al 33 % (121 mujeres) del total de la muestra. Resulta llamativa la baja proporción de mujeres en esta situación, considerando que es la forma de empleo más favorable, dado que regula el acceso a derechos, así como las condiciones de trabajo, funciones, horarios y remuneración.

Las situaciones de empleo como el trabajo inestable por horas, el trabajo temporal y el trabajo por cuenta propia, representan en conjunto al 20 % de las mujeres.

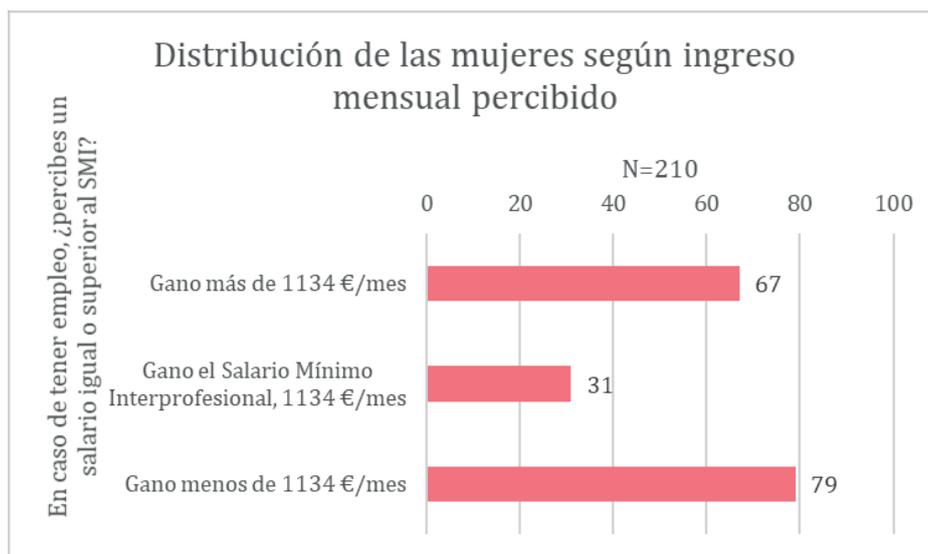
En el tercer lugar por porcentaje de las respuestas está “otra”, donde se mencionan situaciones como estar jubilada y ser estudiante.



INGRESO MENSUAL PERCIBIDO

Sobre el rango salarial, se estableció como criterio el salario mínimo interpersonal (SMI) para conocer la distribución. Del total de las 363 mujeres, **el 36 % (131) están desempleadas, por lo tanto, no reciben ingresos** y el 11 % (40) están en la categoría “otros”, que corresponde mayoritariamente a mujeres jubiladas y mujeres estudiantes.

El total de mujeres que están empleadas, independientemente de la formalidad, corresponde a 192 mujeres. De esta cantidad, el 35 % (67) recibe más del SMI, el 16 % (31) gana el SMI y **el 41 % (79) recibe menos del SMI**. Dentro de este grupo de 192 mujeres, el 8 % (15) no respondió.



RELACIÓN ENTRE EL EMPLEO Y EL INGRESO MENSUAL PERCIBIDO

En términos más específicos, a continuación, se presenta una tabla que muestra la distribución del salario según el tipo de empleo. Destaca que solo en el caso de trabajo indefinido por cuenta ajena, la proporción de mujeres que recibe más del SMI es mayor. En todas las demás situaciones de empleo – por cuenta propia, inestable y temporal – la mayor proporción de mujeres recibe un salario inferior al SMI. Esto evidencia claramente la relación entre la formalidad del empleo y el tipo de remuneración percibida.

Situación actual de empleo	Nº	Salario	Nº
Trabajo indefinido por cuenta ajena	121	Gano más de 1134 €/mes	53
		Gano el Salario Mínimo Interprofesional (1134 €/mes)	16
		Gano menos de 1134 €/mes	23
		No responde	10
Trabajo inestable por horas	34	Gano menos de 1134 €/mes	32
		No responde	2
Trabajo por cuenta propia	17	Gano más de 1134 €/mes	6
		Gano el Salario Mínimo Interprofesional (1134 €/mes)	2
		Gano menos de 1134 €/mes	7
		No responde	2
Trabajo temporal (máximo 6 meses al año)	20	Gano más de 1134 €/mes	3
		Gano el Salario Mínimo Interprofesional (1134 €/mes)	5
		Gano menos de 1134 €/mes	11
		No responde	1

PRESTACIONES ECONÓMICAS Y/O ASISTENCIALES

En relación con la consulta sobre si las mujeres están cobrando alguna prestación económica y/o asistencial, del total de la muestra, el **31 % (114)** indica que **cobran alguna prestación** y el 69 % (249) que no.



N=363

Tras consultar a las mujeres sobre las prestaciones que reciben, se obtuvieron 106 respuestas, sistematizando estas según su frecuencia de selección. Las prestaciones más frecuentemente mencionadas fueron la pensión por jubilación (seleccionada 21 veces), el ingreso mínimo vital (seleccionado 19 veces) y la prestación por desempleo (seleccionada 14 veces).



En algunas de las respuestas “otros” encontramos relatos que llaman la atención, destacando que algunas mujeres mencionan no conocer cuánto dinero reciben mensualmente porque sus recursos son gestionados por familiares. En las siguientes citas se reflejan algunas de estas situaciones:

“Mi padre se encarga de mi salario, por eso no sé cuánto es y de mi pensión.”

“No sé las dos preguntas anteriores. Lo lleva mi padre.”

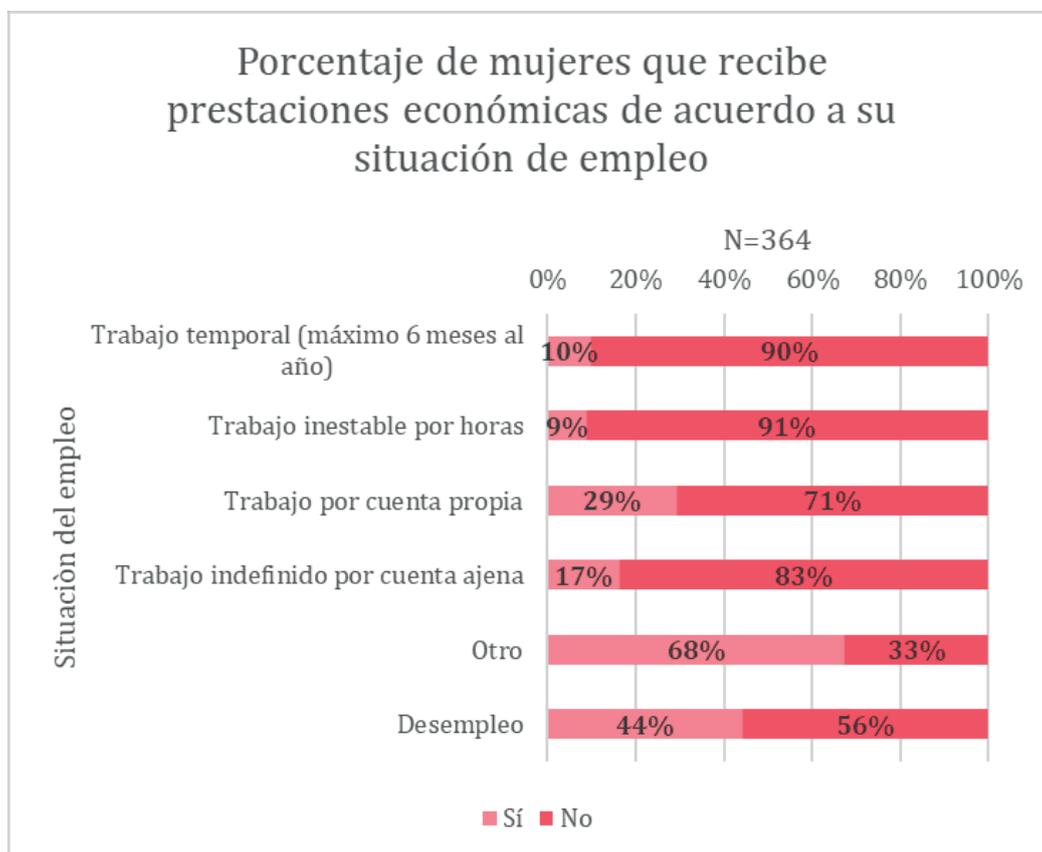
“No sé ninguna de las dos preguntas anteriores porque lo lleva mi hermana.”

“Pensión por discapacidad. Mi padre se encarga de mi salario, por eso no sé cuánto es y de mi pensión.”

“Pensión por discapacidad. En la pregunta 32 no sé lo que gano porque lo gestiona la madre de mi pareja.”

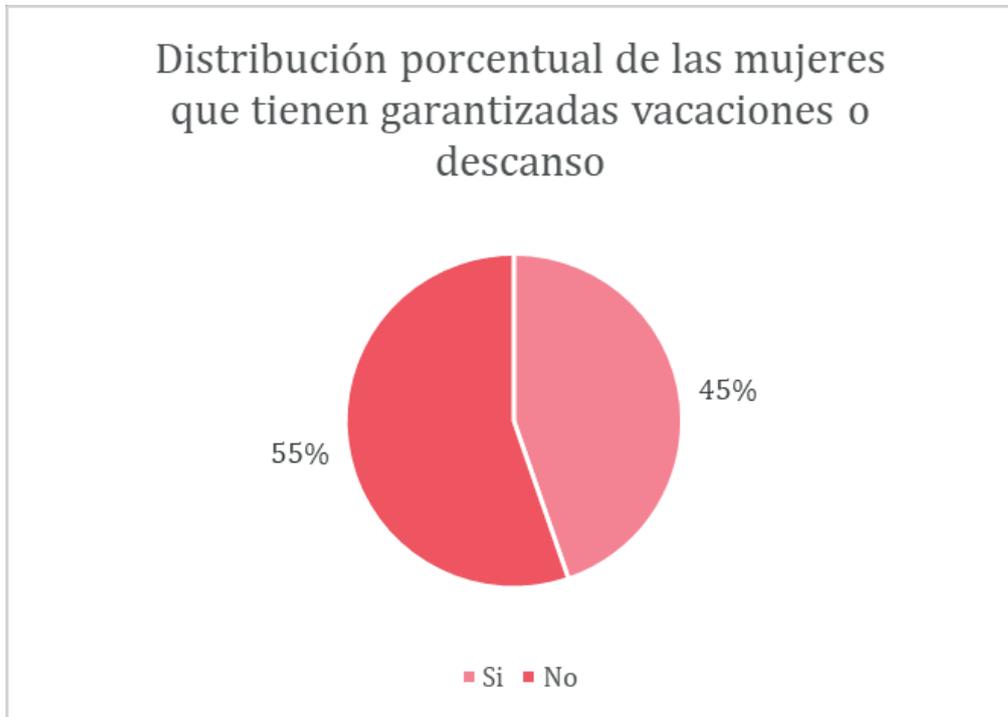
RELACIÓN ENTRE LA SITUACIÓN DE EMPLEO Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

En el siguiente gráfico se muestra la distribución porcentual de las mujeres según su situación de empleo y si cobran o no alguna prestación económica. Al respecto, se observa que la mayor proporción de las mujeres que cobran alguna prestación económica marcaron “otro”, siendo el 68 % de las mismas. Esto se explica porque gran parte de las mujeres que marcaron “otro” son mujeres jubiladas. También destaca el alto porcentaje de mujeres que reciben prestaciones económicas estando en situación de desempleo, siendo el 44 % de ellas. Sin embargo, el 56 % de las mujeres no recibe ningún tipo de prestación económica. Además, se observa que en la situación de trabajo por cuenta propia el 29 % de las mujeres reciben prestaciones económicas.



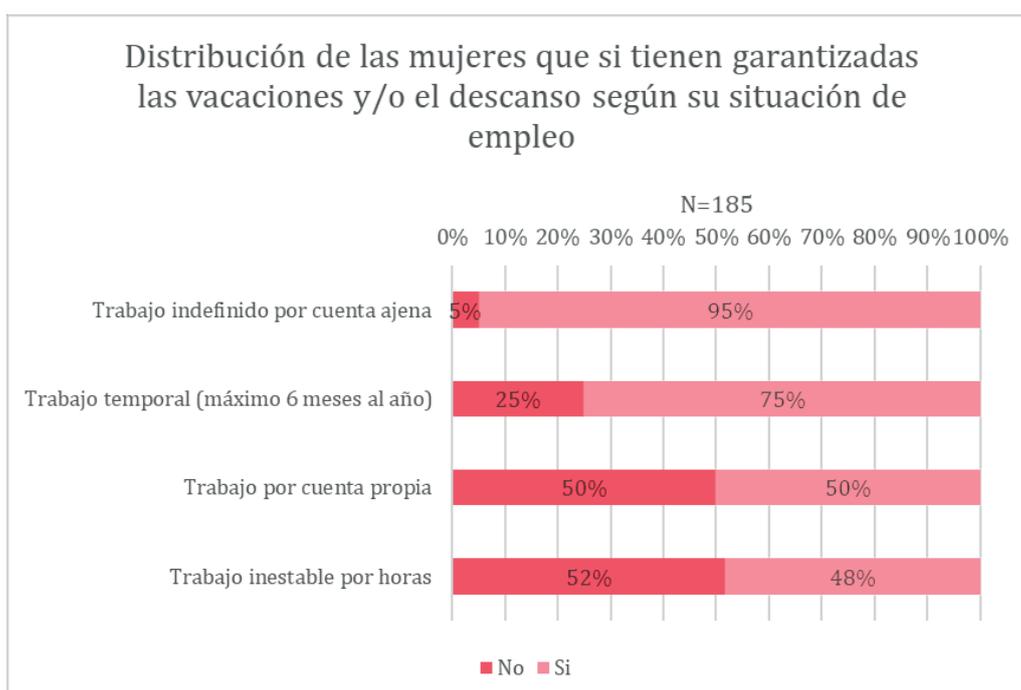
4.1.6 PERCEPCIÓN SOBRE EL OCIO

A continuación, se expone la proporción de mujeres que tienen acceso a vacaciones y tiempo de descanso. Del total de la muestra (363), sólo respondieron esta pregunta 342 mujeres. En este marco, del total de respuestas, **se obtiene que el 55 % (189) de las mujeres no tienen acceso a vacaciones y tiempo de descanso** versus un 45 % (153) que tienen acceso, tal como indica el gráfico.



N=342

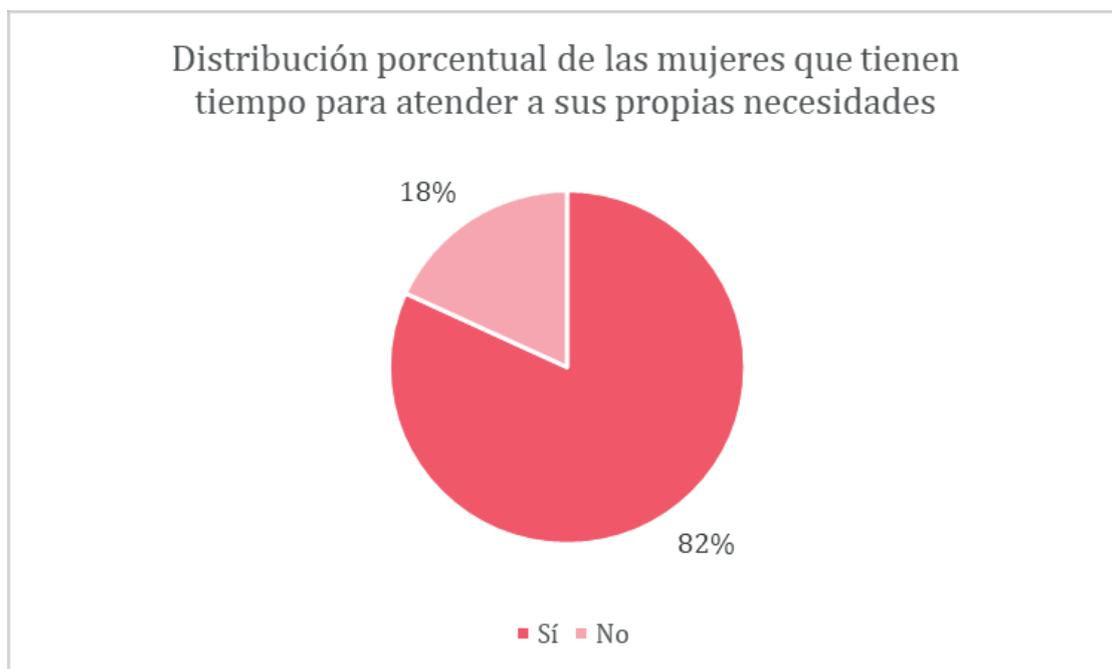
En términos específicos, en el siguiente gráfico se muestra la proporción de mujeres que tienen acceso a vacaciones y tiempo de descanso según su situación laboral. Del total de las mujeres que declararon estar trabajando (192), 7 de ellas no respondieron, de manera que el total de respuesta fue 185.



Los resultados indican **que las mujeres que están en situación de trabajo indefinido son las que más acceso tienen a vacaciones y tiempo de descanso**, representando al 95 % de ellas. Contrariamente, las mujeres que menos acceso tienen a vacaciones son las que está en trabajos inestables por horas, que representan el 52 % y las que están en situación de trabajo por cuenta propia, que representan el 50 %.

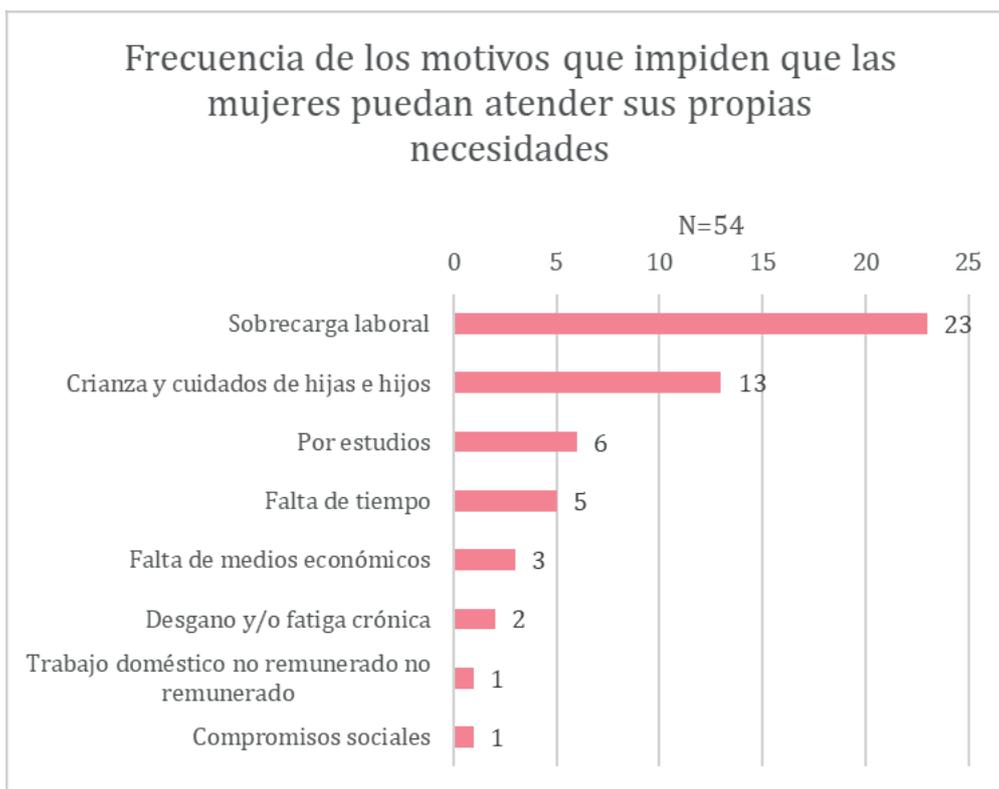
En términos generales, se observa que las mujeres con acceso a empleos más formales son las que disponen de más tiempo de ocio (vacaciones y descanso), en contraste con aquellas que trabajan por cuenta propia o en empleos inestables por horas.

En cuanto a la pregunta de si las mujeres disponen de tiempo para atender sus propias necesidades, la percepción es mayoritariamente positiva: **el 82 % (298 mujeres) afirma que sí tiene tiempo**, mientras que el 18 % (66 mujeres) manifiesta que no.



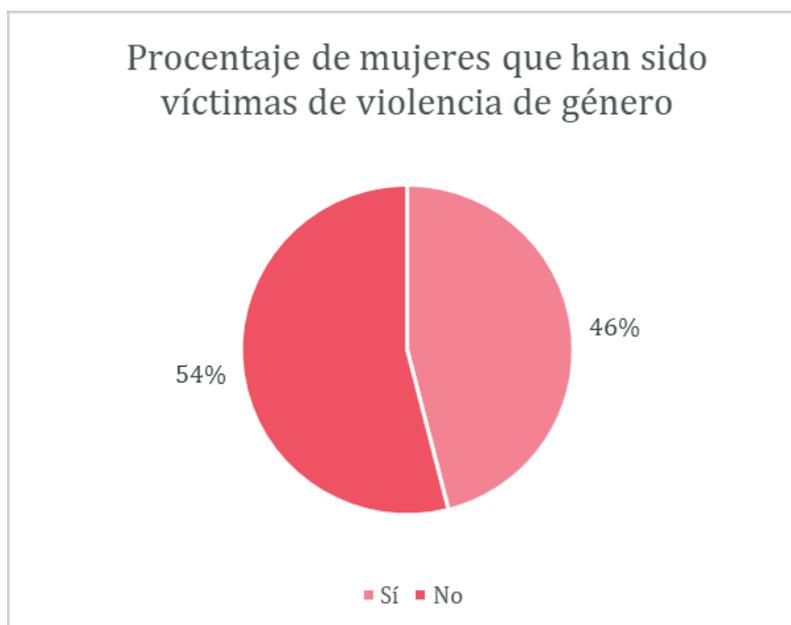
N=363

De las 66 mujeres que mencionaron no contar con tiempo para atender sus propias necesidades, 54 no mencionaron razones. En el gráfico que sigue, se presenta la sistematización de las respuestas múltiples, de manera que se contabilizan por frecuencia de respuesta. Las principales razones fueron **por sobrecarga laboral y por crianza y cuidado de hijos y/o hijas**, tal como se señala a continuación.



4.2 VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES POR RAZÓN DE GÉNERO

La violencia de género es un problema que afecta a las mujeres y niñas de manera transversal, teniendo graves impactos en su salud. Del total de la muestra, el porcentaje de mujeres que mencionaron ser víctimas de violencia de género corresponde al 46 % (167), frente al 54 % (196) que expresan no haber sido víctimas de violencia de género.



N=363

Del total de las 167 mujeres que afirmaron haber sufrido violencia de género en sus vidas, 153 detallaron qué tipos de violencia. Esta pregunta se reorganizó como una de respuesta múltiple, es decir, se consideró la cantidad de veces que un tipo de violencia fue referido.

La violencia de género representa un continuum a lo largo de la vida de las mujeres, de manera que podemos experimentar múltiples formas de violencia en variados o similares contextos, por diferentes o el mismo agresor, lo cual además puede estar relacionado con otras formas de discriminación.

Entre las violencias de género más identificadas por las mujeres, **en primer lugar, está la violencia de pareja o expareja** (50 veces mencionada), **en segundo lugar, la violencia psicológica y emocional** (45 veces mencionada), **en tercer lugar la violencia sexual** (35 veces mencionada) y **en cuarto lugar la violencia física** (33 veces mencionada).



Entre las respuestas nos interesa destacar los siguientes relatos, porque dan cuenta de la profundidad, cotidianidad y complejidad de la violencia de género en sus diferentes expresiones. De esta manera, en algunos relatos se identifican las **múltiples vivencias de violencia de género** a las que estamos sujetas las mujeres en diferentes contextos, organizadas bajo relaciones de poder patriarcales:

“Celos enfermizos que desencadenaron un mal trato hacia mi persona.”

“Tocamiento de culo por desconocidos en vías públicas o en el trabajo anterior por parte de un compañero.”

“Comentarios sexistas por parte de un superior en un trabajo en el que antes no había mujeres.”

“Somos mujeres, en un mundo patriarcal. Siempre hay algún comentario en la calle, algún espacio invadido en el transporte público, algún acoso en una discoteca o incluso que te toquen el culo en un espacio abarrotado de gente...”

“Acoso por la calle, después de un aborto que me retiren la palabra...”

“Mi primer marido era un maltratador, violento. Diagnosticado de esquizofrenia. Viví 6 años con él. Conseguí separarme, hace más de 40 años.”

“Las violencias sutiles en el trabajo. Las discriminaciones en la organización política mixta, con sus sutileza y paternalismo.”

Sobre la **violencia sexual**, podemos destacarse relatos como los siguientes:

“Con 3/4 años mi hermano intentaba abusar de mí con tocamientos un día que fuimos a montar a caballo. Con 14 años en un parque un hombre adulto me llamó y me violó. Lo denuncié y fue a prisión.”

“La pareja de mi madre, mi padre adoptivo me ha tratado muy mal siempre. Mi padre abusó de mí y me maltrató física y psicológicamente de manera continuada. Me pegaba mucho y me hacía sufrir haciendo que yo viera cómo trataba mal a otras personas como a mi hermano. Me culpabilizaba de todo. De las discusiones con mi madre, de todo. Ahora estoy liberada porque antes no podía hablar nada porque estaba manipulada, me decía exactamente lo que tenía que decir a mis amigos si me preguntaban. Era algo habitual. Si volviera a mi casa se repetirían las mismas situaciones.”

Hay relatos que dan cuenta de la **violencia en el contexto de pareja**, los cuales, más allá de los datos obtenidos, permiten poner en perspectiva la profundidad de las experiencias de violencia:

“Por parte de mi exmarido, padre de mis hijos, relación tóxica, él consumía droga y era insoportable para la convivencia. actualmente se niega a pagar la pensión alimentaria de mis hijos y estamos en procedimiento judicial. no se hace carga de sus hijos y toda la carga la tengo yo.”

“He estado en una relación abusiva durante varios años, con un solo episodio de violencia física.”

El siguiente relato permite reflexionar sobre cómo la posición de **migrante irregular** afecta y condiciona la vulnerabilidad de las mujeres frente a la violencia, a la vez que funciona como un elemento de control para los agresores, quienes se benefician de esta posición:

“Mi pareja me manipulaba por mi situación irregular en España. No me permitía tener amistades ni algún círculo social fuera de su entorno, me prometía ayudarme laboralmente, me amenazaba con lanzarse por la ventana si lo dejaba, me hacía sentir culpable de situaciones que yo no había creado, me condicionaba para salir de su casa cuando ya no quería discutir como pidiendo dinero por las cosas que me había regalado o sacándome en cara las cosas que había hecho por mí, etc.”

Se observan relatos de **violencia institucional** ejercida dentro de sistemas públicos, en este caso refiriéndose al sistema de salud:

“Abusos sexuales por parte de un Traumatólogo del servicio madrileño de salud (que denuncié y perdí el caso, teniendo encima que aguantar acusaciones por parte del Colegio de Médicos de que le había provocado ansiedad al demandado y ensuciado su nombre); varias agresiones verbales y emocionales por parte de otros médicos (ginecólogos, digestivos, médicos de familia); violencia en la calle (volviendo a casa, discotecas, bares, tiendas).”

“Un psiquiatra me besó en la boca.”

La **violencia simbólica** se puede evidenciar a través de diferentes relatos en los que se observa cómo los estereotipos y las normas de género presentes en las sociedades afectan al desarrollo pleno las mujeres:

“Estudios industriales y muchos profesores siguen pensando que es carrera de hombres.”

“Porque tengo que siempre limpiar, lavar, porque estoy en casa, mismo trabajo.”

“Brevemente no puedo especificar, por resumir: todas las mujeres recibimos violencia de tipos variados cotidianamente por el hecho de serlo.”

Algunas mujeres hacen referencia a como en **espacios laborales** son víctimas de acoso, de discriminaciones y de trato desigual:

“Violencia laboral agudizada tras la maternidad y la solicitud de modificación de horario.”

“Con 19 años, en mi primer trabajo como camarera, un hombre árabe se interesó por mí y me ofrecía riquezas y una vida con él donde yo quisiera si me casaba intentándolo durante más de 1 mes. Me acosaba, me esperaba todos los días al salir o al entrar a mi trabajo hasta que se cansó pasé mucho miedo.”

“En un trabajo el tipo con el que trabajé fue un abusivo y se propuso conmigo muchas veces.”

“Acoso laboral por parte de mi jefe. tras un tiempo trabajando como su asistente intento alcanzar otro tipo de relación, ante mi negativa no me dirigía la palabra ni me encargaba tareas lo que hacía difícil continuar con mis funciones profesionales. con el tiempo renuncié.”

Mujeres que pertenecen al colectivo de **disidencias sexuales** manifiestan haber sufrido violencia por sus procesos de transición, así como por la orientación sexual:

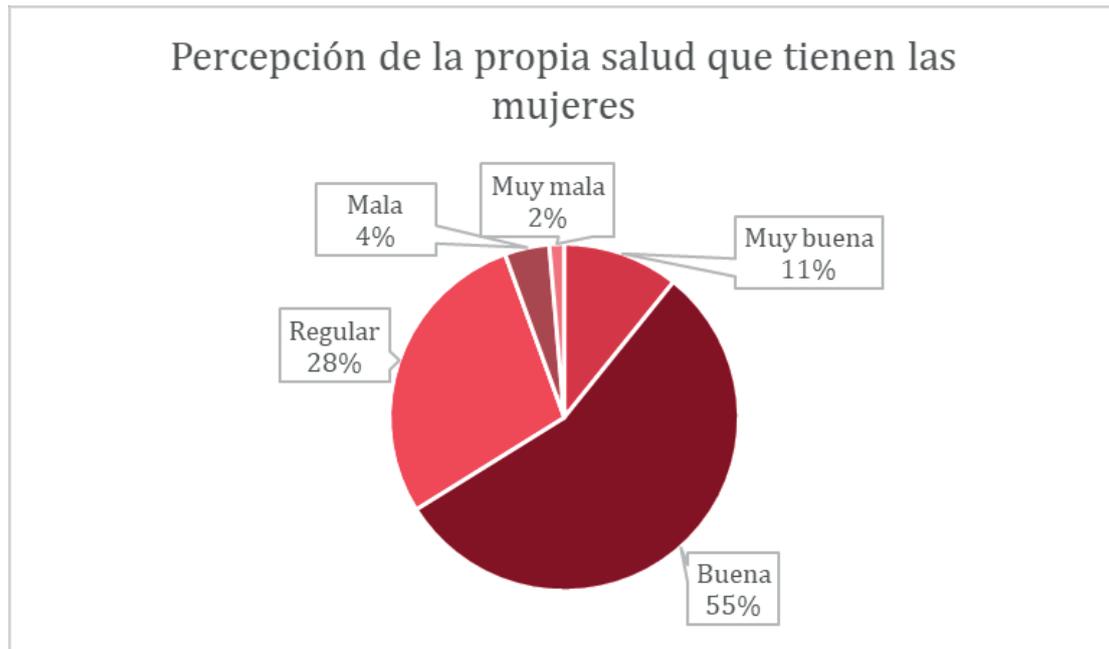
“Estoy en transición de género entonces ya sabes. no debo explicarme mucho sobre esto.”

“Por mi orientación sexual, homosexual, me discriminan tanto hombres como mujeres sobre todo cuando tengo que compartir espacios públicos.”

4.3 AUTOPERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD DESDE UN ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL

4.3.1 PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN GENERAL

Frente a la pregunta sobre la percepción por el estado de salud, en el siguiente gráfico se puede observar que el **55 % (201) de las mujeres percibe que su salud es buena**, el 29 % (103) manifiesta que su salud es regular y el 11 % (39) que es muy buena.

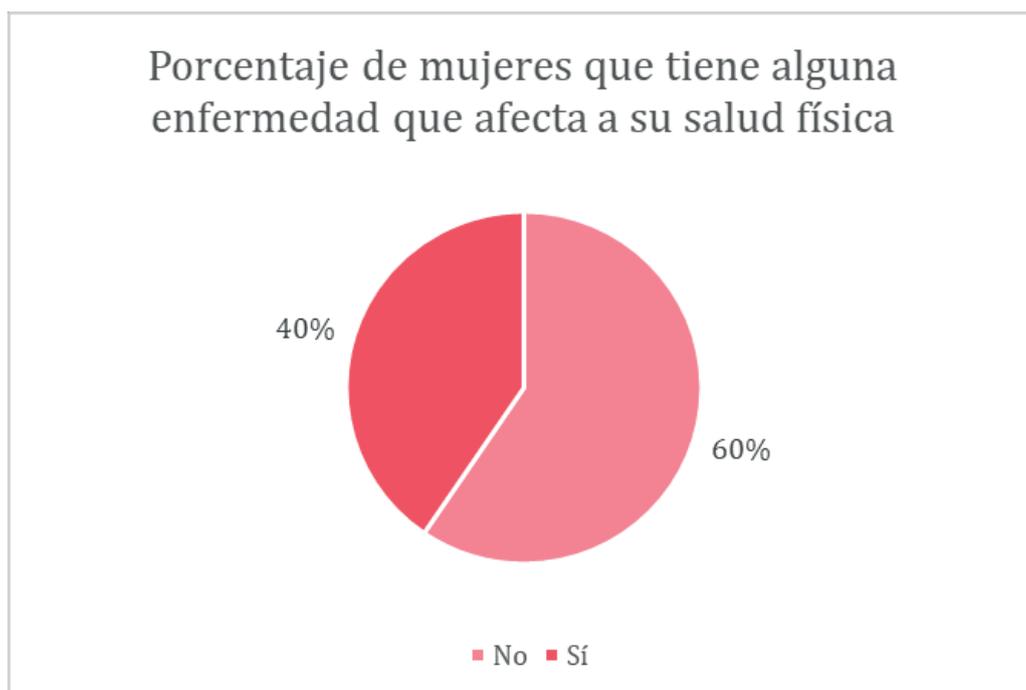


N=363

Estos resultados dan cuenta que la percepción sobre la propia salud es positiva, debido a que el 66 % manifiesta que esta es buena o muy buena, frente al 6 % que percibe que su salud es mala o muy mala.

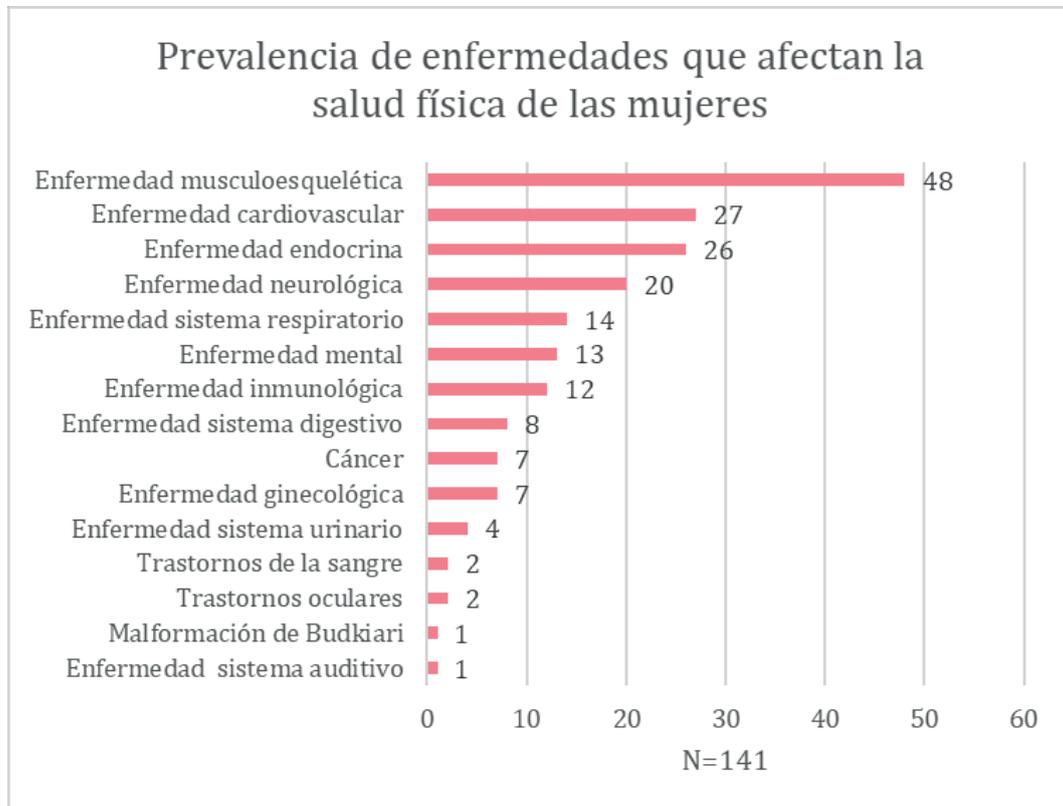
4.3.2 PERCEPCIÓN DE LA SALUD FÍSICA

Para conocer la percepción de la salud física se les preguntó a las mujeres si tienen alguna enfermedad que afecte a su salud física, para luego identificarlas. Los resultados indican que el **40 % (147) de las mujeres tienen una enfermedad que afecta a su salud**, frente al 60% (216) que no, tal como se indica en el gráfico.



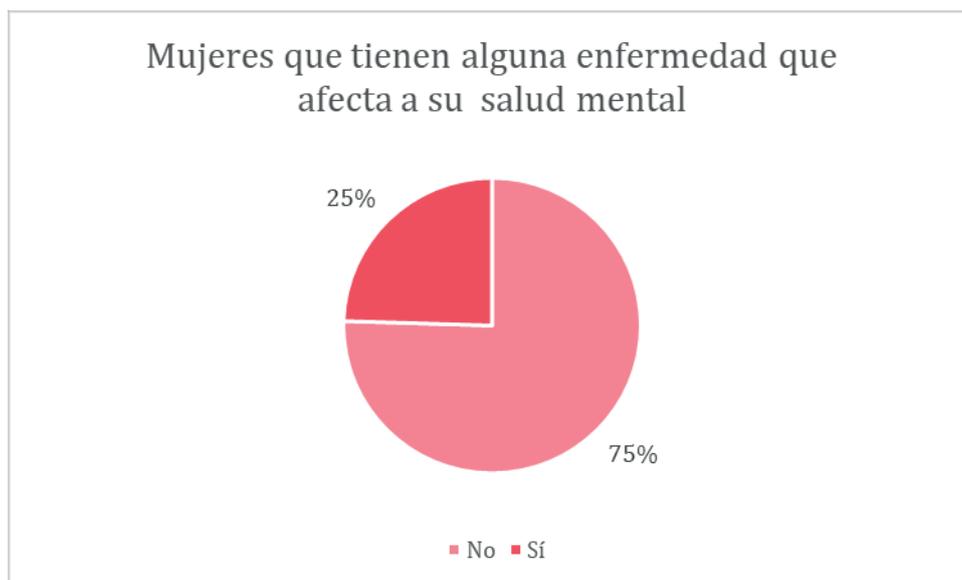
N=363

De las 147 mujeres que tienen alguna enfermedad, 141 indicaron cuáles. Entre las que tienen mayor prevalencia se encuentran las **enfermedades musculoesqueléticas (48 veces mencionadas)**, **cardiovasculares (27 veces mencionada)**, **endocrinas (26 veces mencionada)** y **neurológicas (20 veces mencionadas)**.



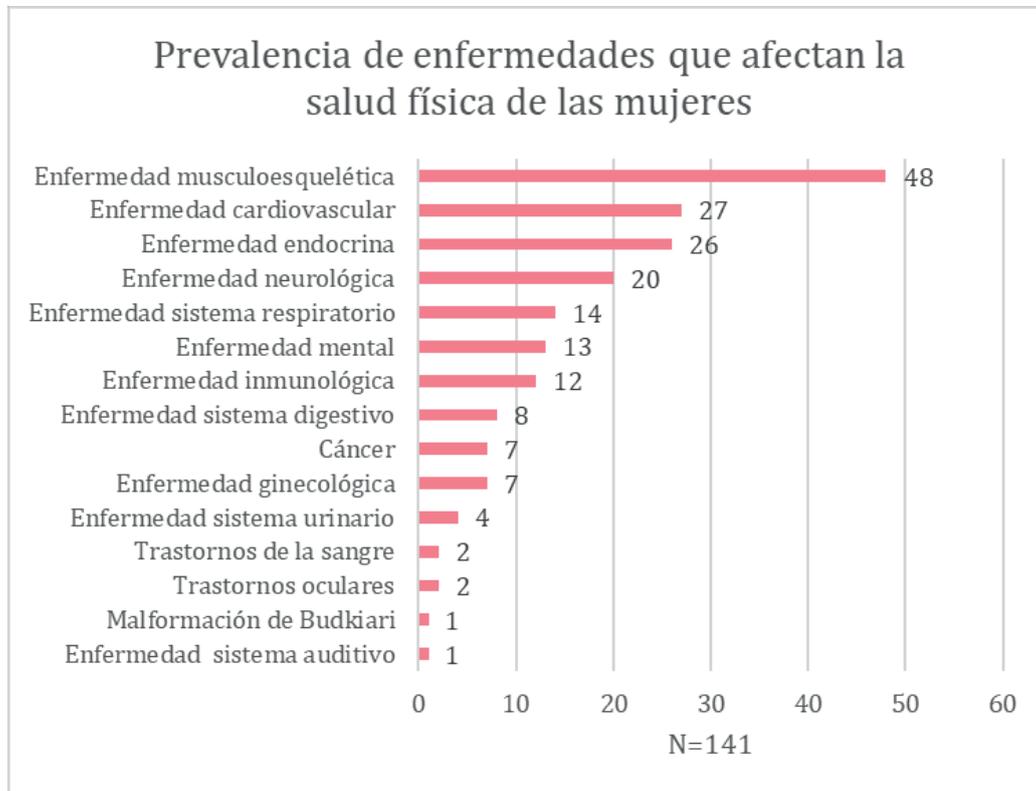
4.3.3 PERCEPCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Sobre el estado de salud mental, según los resultados obtenidos en el gráfico, se observa que el **25 % (89) del total de las mujeres indican tener alguna enfermedad que afecta a su salud mental**, frente a un 75 % (274) que indican que no.



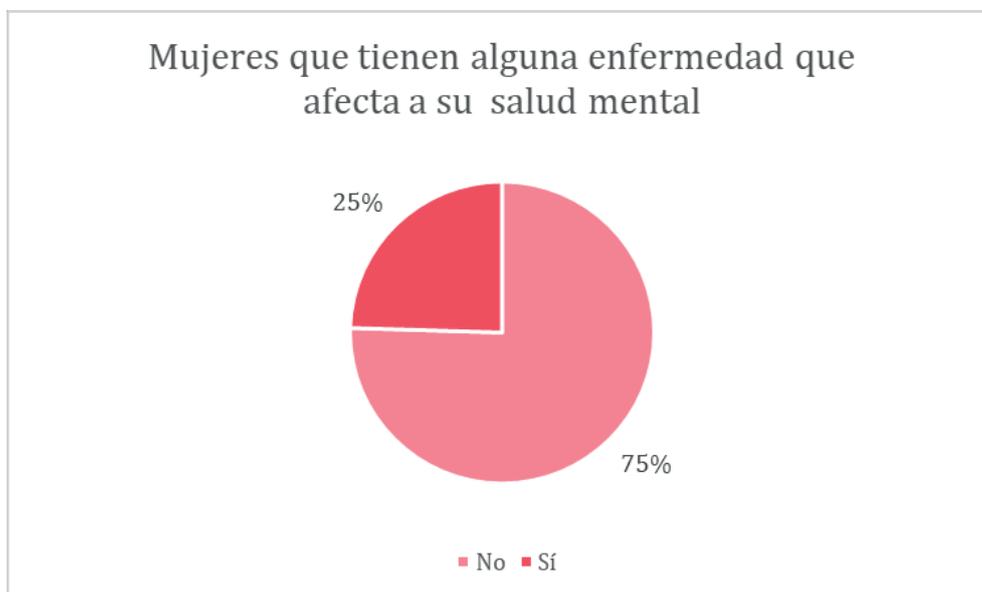
N=363

Para conocer cuáles son las enfermedades que más se manifiestan, se sistematizaron las respuestas de las mujeres para identificar las más presentes relacionadas con su salud mental. De las 89 mujeres que manifiestan tener una enfermedad que afecta a la salud mental, 52 indicaron cuáles. Para presentar los resultados, se sistematizaron las respuestas múltiples y así señalar la frecuencia de respuesta de cada enfermedad. Como se indica en el gráfico, **la ansiedad y depresión son las enfermedades que afectan con mayor proporción a las mujeres.**



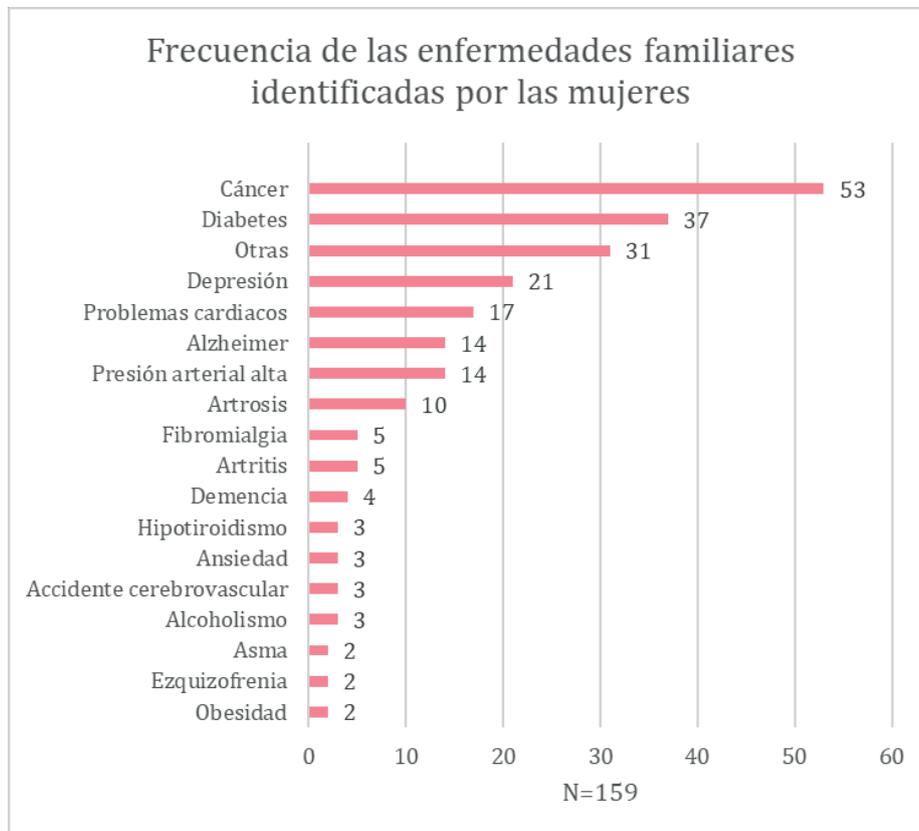
4.3.4 ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

Para conocer los antecedentes familiares de salud se les consultó a las mujeres si tenían información sobre antecedentes familiares de algún tipo de enfermedad física y/o mental, resultando que **el 52 % (190) sí**, y el 48 % (173) no, tal como se muestra a continuación.



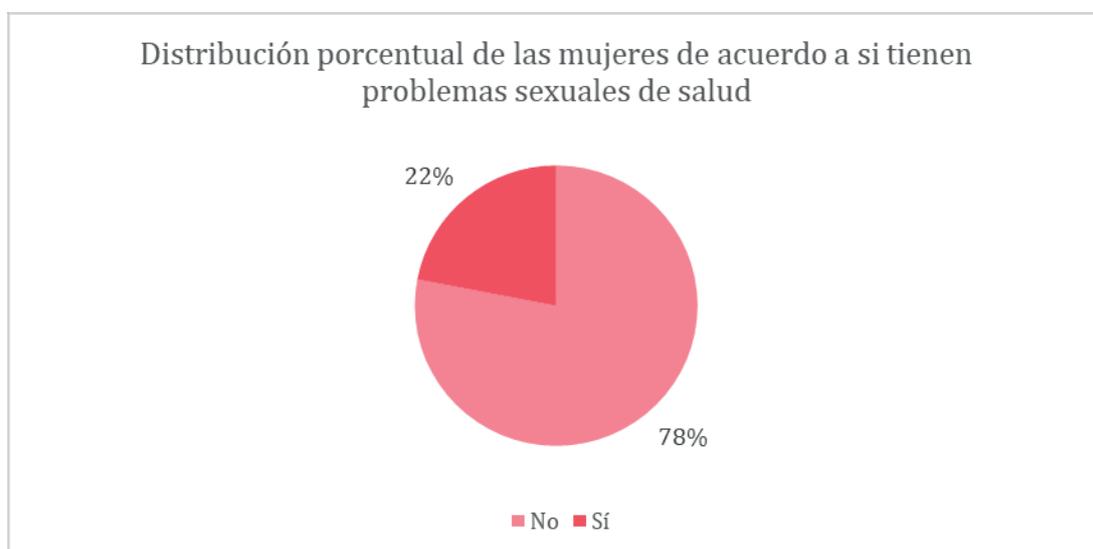
N=363

Del total de mujeres (190) que indicó conocer antecedentes familiares, 159 indicaron cuáles. Sus respuestas múltiples se organizaron de acuerdo con la frecuencia de respuesta de los diferentes tipos de enfermedades. En el gráfico se puede observar cuáles fueron las más identificadas dentro de esta muestra. **Al respecto destaca el cáncer (53 veces mencionado), la diabetes (37 veces mencionado) y otras.** En esta última se encuentran enfermedades como la bipolaridad, asma, epilepsia, enfermedades respiratorias, digestivas y de los riñones.



4.3.5 PERCEPCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En relación con problemas de salud en el ámbito sexual, **el 22 % (80) del total de la muestra indicó que sí tenía y el 78 % (283) que no.**

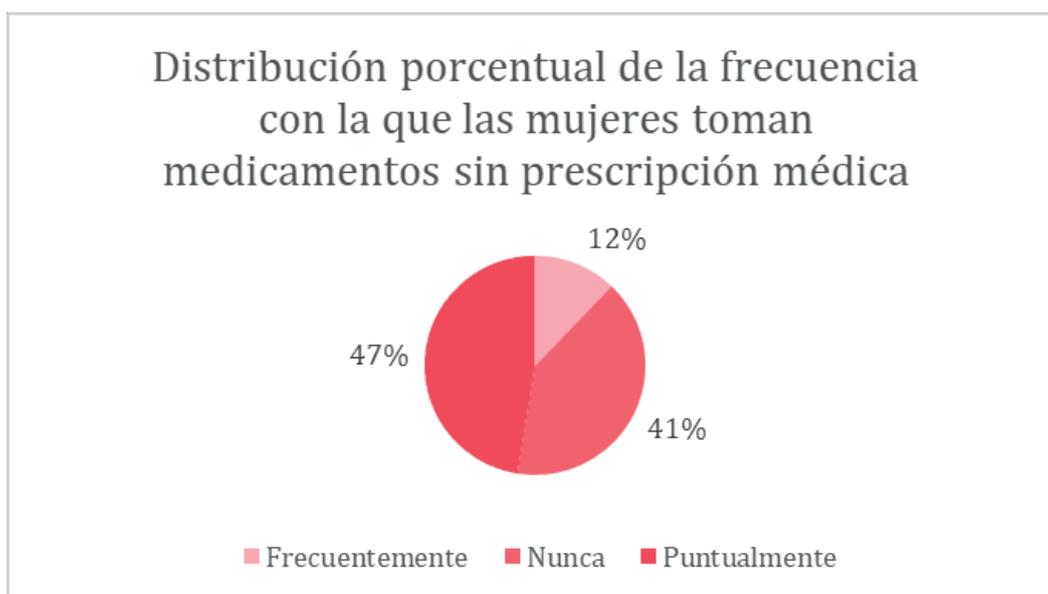


Del total de mujeres que indicaron tener problemas de salud sexual (80), 42 de ellas indicaron qué tipos de problema. Según los resultados, entre los principales se encuentran los abortos espontáneos, los problemas relacionados con la menstruación, los ovarios poliquísticos y las enfermedades de trasmisión sexual.



4.3.6 USO DE FÁRMACOS Y MEDICINA

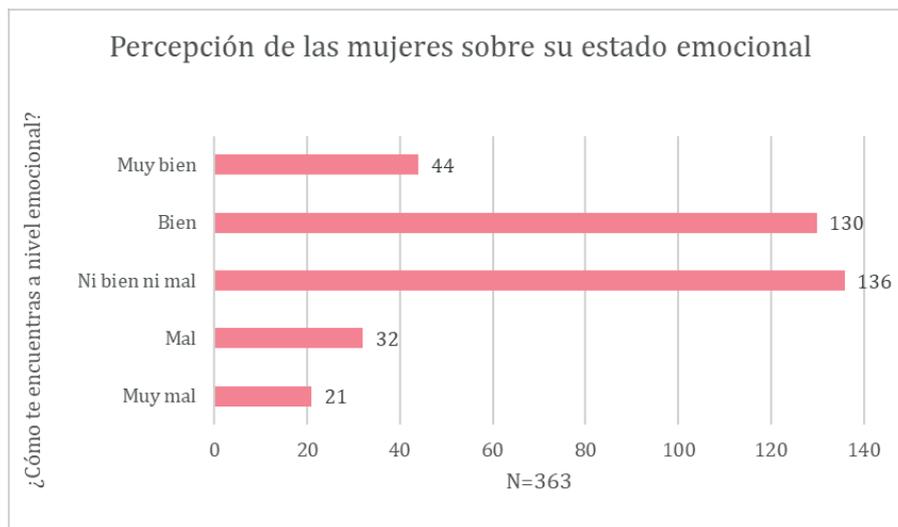
Frente al uso de fármacos y medicamentos, se les consultó a las mujeres sobre el uso de medicinas sin prescripción médica. Los resultados indican que **el 12 % (44) de ellas frecuentemente consumen fármacos sin prescripción médica**, el 47 % (172) puntualmente, y el 41 % (147) nunca.



4.4 AUTOPERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO EMOCIONAL

4.4.1 PERCEPCIÓN GENERAL DEL PROPIO ESTADO EMOCIONAL

Respecto a la percepción de las mujeres sobre su estado emocional, los resultados indican que, en mayor proporción, el **37 % (136) de las mujeres señalaron encontrarse ni bien ni mal**, el 36 % (130) indicó encontrarse bien y, en menor proporción, el 9 % (32) indicó estar mal y el 6 % (21) muy mal.

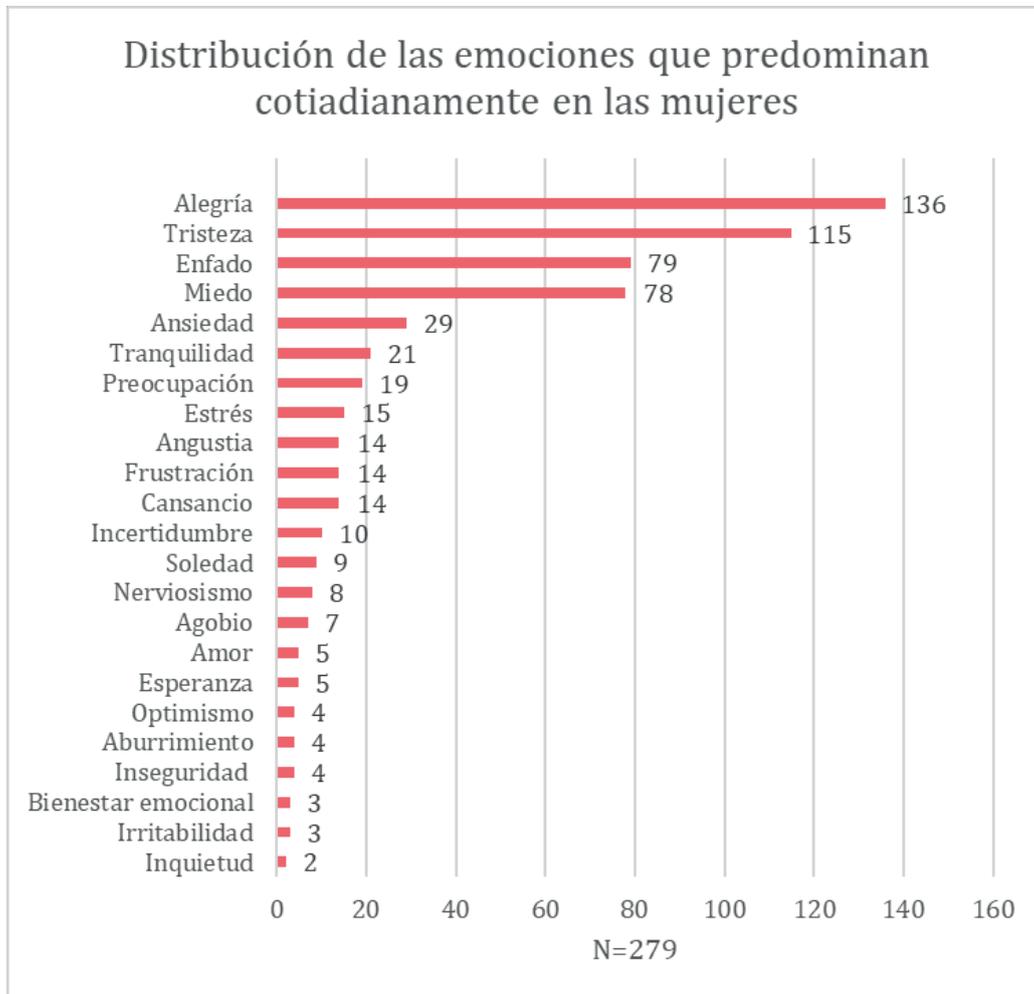


Para conocer las motivaciones que tenían las mujeres al momento de evaluar su estado emocional, se organizaron las respuestas múltiples, obteniendo 292 respuestas válidas, las cuales se pueden observar en el siguiente gráfico. Uno de los elementos que predomina en dicho gráfico es el **bienestar** (68 veces mencionado), seguido de los **problemas laborales** (37 veces seleccionado) relacionados con el exceso de carga laboral o con el desempleo, así como el **estrés** (27 veces seleccionado), la **ansiedad** (27 veces seleccionado) y los **problemas familiares** (26 veces seleccionado).



4.4.2 EMOCIONES PREDOMINANTES EN LA VIDA DE LAS MUJERES Y SU IMPACTO

Para analizar las emociones que predominan a lo largo de la vida de las mujeres, se sistematizaron sus respuestas para señalar la frecuencia de las opciones más señaladas por ellas. En el gráfico se observa que las emociones que predominan en mayor medida son la **alegría** (136 veces seleccionada), la **tristeza** (115 veces seleccionada), el **enfado** (79 veces seleccionada) y el **miedo** (78 veces seleccionada).



Al observar el gráfico se puede evidenciar el predominio de estas emociones sobre las demás. Destaca que, de las cuatro emociones predominantes, 3 de ellas – enfado, miedo y tristeza – son emociones que se asocian a situaciones de malestar, en contraposición a los resultados obtenidos anteriormente, donde el bienestar predomina sobre otras situaciones en el momento de evaluar el estado emocional. Sin embargo, este fue seguido por problemas laborales, ansiedad, estrés y problemas familiares.

4.4.3 PERCEPCIONES SOBRE EL BIENESTAR EMOCIONAL

Del total de la muestra (363), el **77 % (278)** de las mujeres considera que su bienestar depende de ellas mismas, frente al 23 % (85) que considera que no.



N=363

De las mujeres que creen que el bienestar emocional no depende de ellas, es importante considerar que este **depende de múltiples factores**, que pueden ser contextuales y que pueden ir variando durante el ciclo vital o a medida que se van viviendo diferentes experiencias:

“De factores externos a mi persona que no siempre son manejables por mí.”

“Depende, de lo que me pase a mi o de cómo otras personas pueden hacerme sentir.”

“Depende de mí, por supuesto, pero también de cómo se comporten conmigo las personas que quiero (amigos, pareja, familia) y de cómo se encuentren (si mi perro enferma, me afecta; si mi madre está deprimida, me afecta, etc.). Hay muchos factores externos que afectan al bienestar emocional.”

En este sentido, algunas mujeres manifestaron que esto depende de las **condiciones sociales y de las redes de apoyo**:

“Depende del sistema, de las políticas laborales, de la falta de un sistema de salud integral, de la carencia de recursos psicosociales accesibles y de los escenarios violentos y patriarcales que nos rodean.”

“También depende de tu red de apoyo, de tener tiempo para ti (los trabajos a día de hoy suelen dejar poco tiempo para la vida personal) y tú historia de vida y nivel socioeconómico también afecta.”

“Amistades, familia, recursos de la sanidad pública, recursos económicos.”

“El bienestar emocional es un conjunto de factores. Hay factores individuales que sí dependen de mí, peor otros como las circunstancias sociales y económicas que a nivel individual no se pueden controlar.”

“De poder contar con un trabajo digno, pero mis problemas de salud lo veo difícil. También me podría sentir mejor si las instituciones administrativas y la universidad se adaptaran un poco.”

Otras mujeres manifestaron que su bienestar emocional está relacionado con la **posibilidad de poder trabajar en ellas mismas**, pero con ayuda profesional:

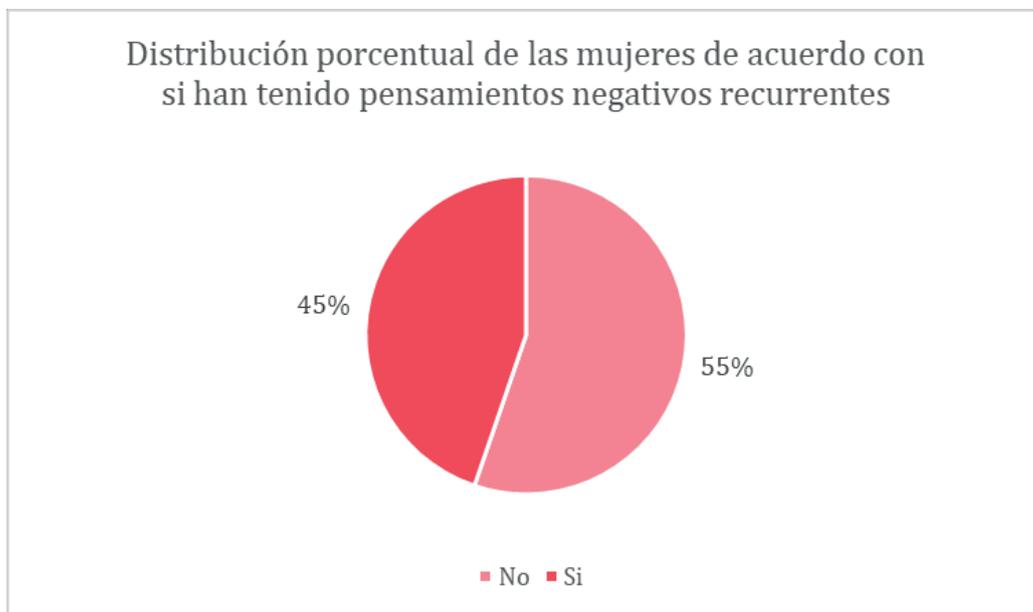
“Creo que tengo que trabajar en mí por mejorar mi estado emocional, pero que necesito ayuda profesional.”

“De ayudas de profesional médicos.”

“De la psiquiatra y de mi educadora social.”

4.4.4 PERCEPCIONES SOBRE EL MALESTAR EMOCIONAL

Sobre el malestar emocional, se les consultó a las mujeres si tenían o habían tenido pensamientos negativos de manera recurrente. Del total de la muestra, el 55 % (200) de ellas señaló que no y el 45 % (163) indicó que sí.

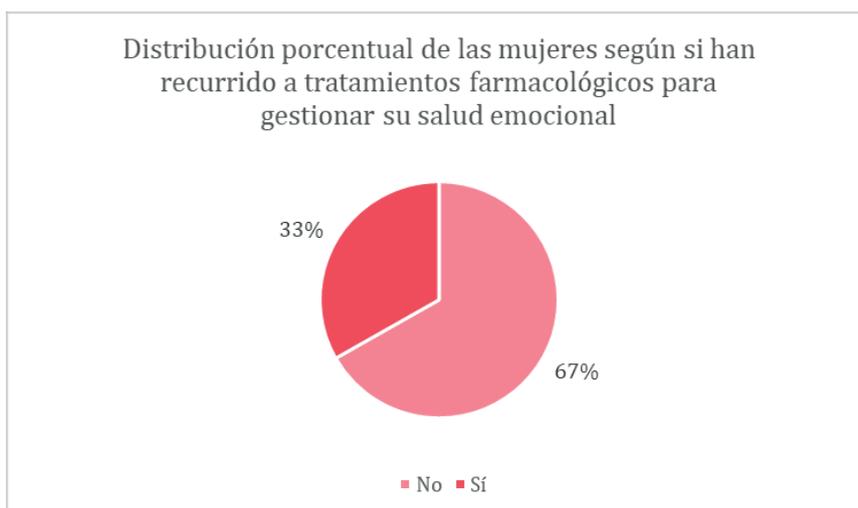


N=363

Para conocer los factores que desencadenan los pensamientos negativos, se les consultó a las mujeres cuáles eran los desencadenas. De un total de 163 respuesta, se obtuvieron 133 válidas, las cuales al ser múltiples se analizaron de acuerdo con la frecuencia de mención. En el gráfico que se expone a continuación se indican los principales factores que se encuentran: los **problemas y preocupaciones familiares**, los **problemas económicos**, las **experiencias traumáticas y/o violentas** y el **contexto laboral**.



Las mujeres que han recurrido a tratamientos farmacológicos para poder gestionar su salud emocional representan un 33 % de la muestra, es decir 121 de ellas. Y, por lo tanto, las que no han recurrido son el 67 % del total de la muestra (242), tal como se señala en el gráfico.



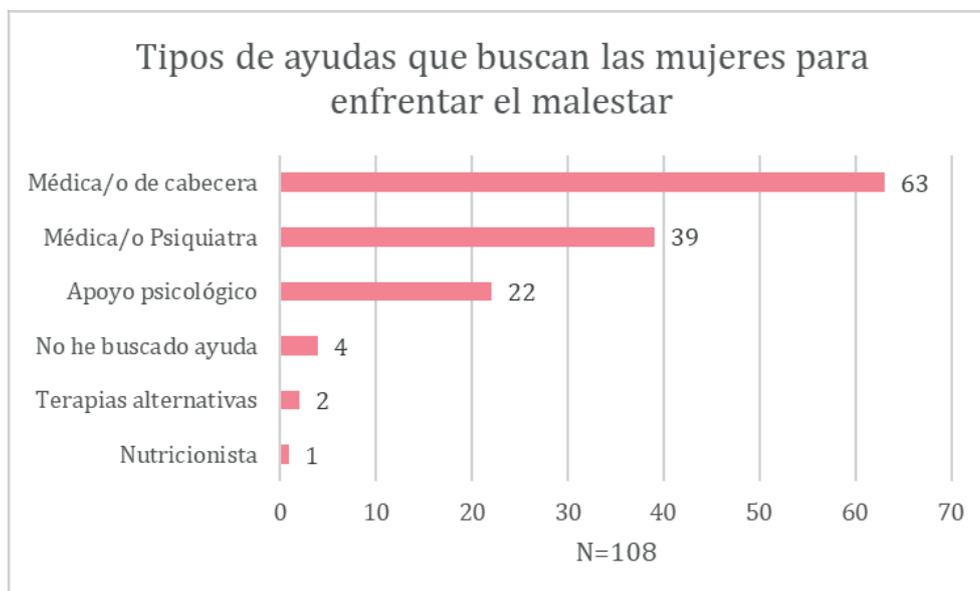
N=363

Para profundizar en el malestar de la salud emocional, se les consultó a las mujeres si su estado emocional había influido en conductas dañinas. Del total de la muestra, el 53 % (192) indicó que no y el **47 % (171) que sí**. Estos datos llaman la atención debido a que, aunque la menor proporción de mujeres evaluó como malo o muy malo su estado emocional, casi la mitad de ellas mencionan haber tenido pensamientos negativos de forma recurrente y que su estado emocional ha influido en conductas dañinas.



N=363

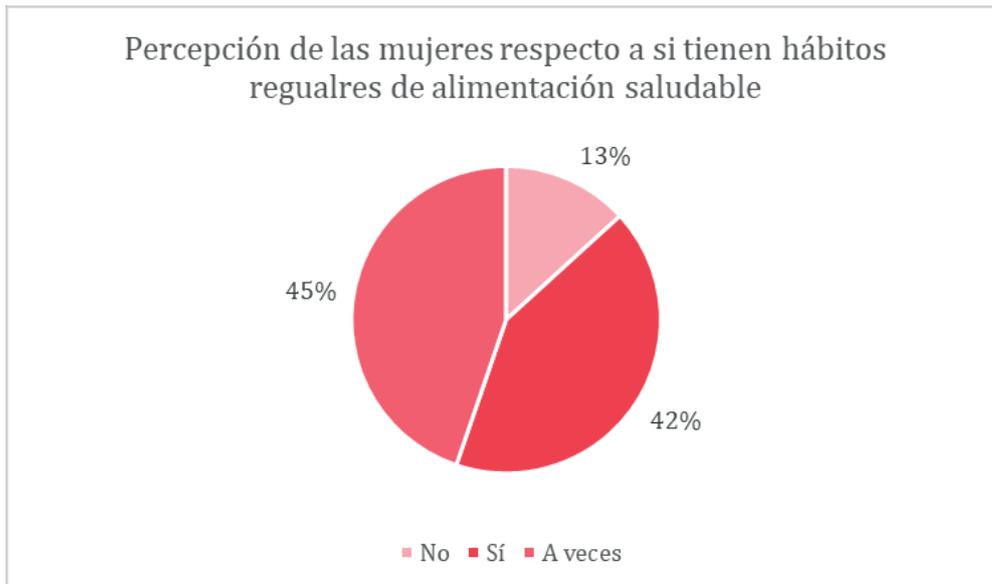
Para afrontar estas situaciones, se les consultó a las mujeres que mencionaron tener conductas dañinas (171), si habían recurrido y obtenido ayuda para enfrentar estas situaciones. Del total de ellas, se obtuvieron 108 respuestas múltiples válidas, las que se organizaron de acuerdo con la frecuencia de selección sobre qué tipo de ayuda buscaron. En el gráfico se observa que la gran mayoría buscó ayuda **en su médica o médico de cabecera, en una médica o médico psiquiatra y en apoyo psicológico**.



4.5 HÁBITOS DE SALUD

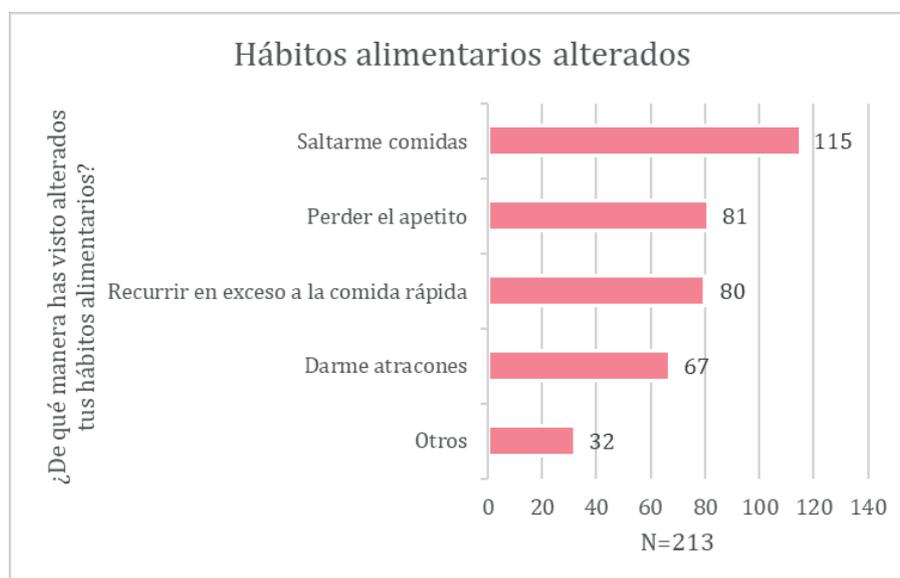
4.5.1 ALIMENTACIÓN

Del total de la muestra, el 45 % de las mujeres (162) considera que a veces sus hábitos regulares de alimentación son saludables, el 42 % (153) que si son saludables y el 13 % (48) que no lo son.



N=363

A consecuencia de los estereotipos de género, sobre todo los relacionados con la estética y la belleza, las mujeres son más vulnerables a sufrir trastornos de alimentación. La presión cultural y social que aún promueven estas idealizaciones influye en la aceptación y autopercepción de sus cuerpos. Para profundizar en este problema, a las mujeres que contestaron no o a veces (un total de 210), se les consultó de qué manera han visto alterados estos hábitos de alimentación, en una pregunta de respuestas múltiples. En el siguiente gráfico se expone que en primer lugar la alimentación se altera mediante la práctica de **saltarse comidas** (115 veces mencionado), seguida de **perder el apetito** (81 veces seleccionado) y de **recurrir en exceso a comida rápida** (80 veces seleccionado).



Entre las respuestas “otros” destacan las siguientes afirmaciones:

“Como sufrí anorexia de joven, esto influye en muchas ocasiones en tener una mala relación con la comida, en cuanto a que comer me puede hacer sentir culpable. A veces fumo más para no tener hambre.”

“Comer por ansiedad o situaciones de estrés.”

“Desde hace un año he controlado mejor el tema de la alimentación, sobre todo derivado de mi diagnóstico de endometriosis, llevando una alimentación antiinflamatoria. Pero antes de eso tenía mucha ansiedad por la comida y recurría a alimentos no saludables. Mi ansiedad dominaba mucho mi alimentación.”

“Horarios laborales.”

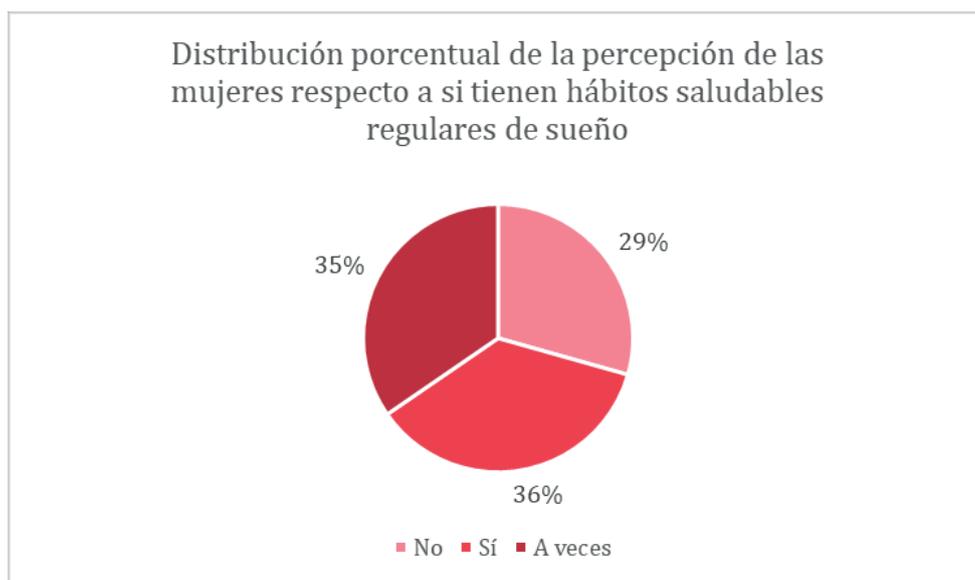
“Cocinar mucho, para comer mucho.”

“Por el dolor no como.”

“Problemas económicos.”

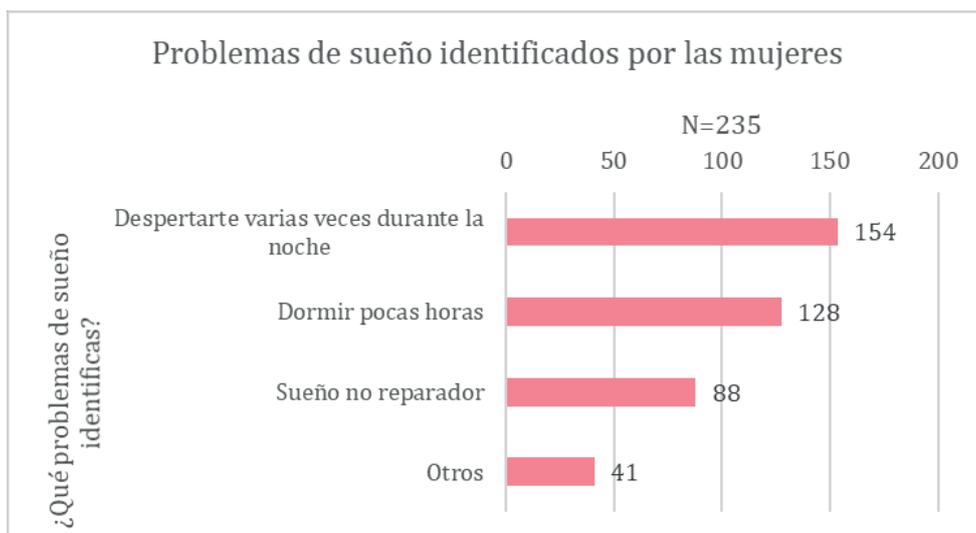
4.5.2 DESCANSO

En términos de hábitos regulares de sueño saludables, tal como indica el gráfico, **el 36 % de las mujeres (131) indicó que sí**, el 35 % (125) a veces y el 29 % (107) que no. En comparación a los hábitos alimenticios, los resultados indican que para los hábitos del sueño hay una mayor proporción de mujeres en los cuales estos no son saludables de forma regular.



N=363

Respecto a las mujeres que respondieron no o a veces sobre tener hábitos saludables, se les consultó por los principales problemas que identificaban en este ámbito. Según el gráfico, en el cual se muestran los resultados de las frecuencias de las respuestas múltiples, se señala que el principal problema es **despertarse varias veces durante la noche** (154 veces mencionado) y **dormir pocas horas** (128 veces seleccionado).



Entre las respuestas “otros” destacan las siguientes:

“A veces no quiero dormir y aunque esté derrotada no me voy a la cama y otras quiero dormir todo el día y puedo estar metida en la cama 16 horas.”

“Cuando no me encuentro bien anímicamente duermo mucho más.”

“Soy muy reflexiva y la cabeza no deja de pensar ante situaciones difíciles.”

“O dormir todo un día sin querer pararme sin ganas de nada.”

“Bebé que se despierta muchas veces en las madrugadas.”

“Sufro insomnio desde los 13 años. Ya por entonces recuerdo ir al instituto habiendo dormido dos horas. Y he recurrido varias veces desde entonces a los ansiolíticos para poder dormir porque había momentos en que ya no podía más del agotamiento. En los periodos en los que duermo mejor tengo un sueño muy ligero, me despierto con el ruido más pequeño.”

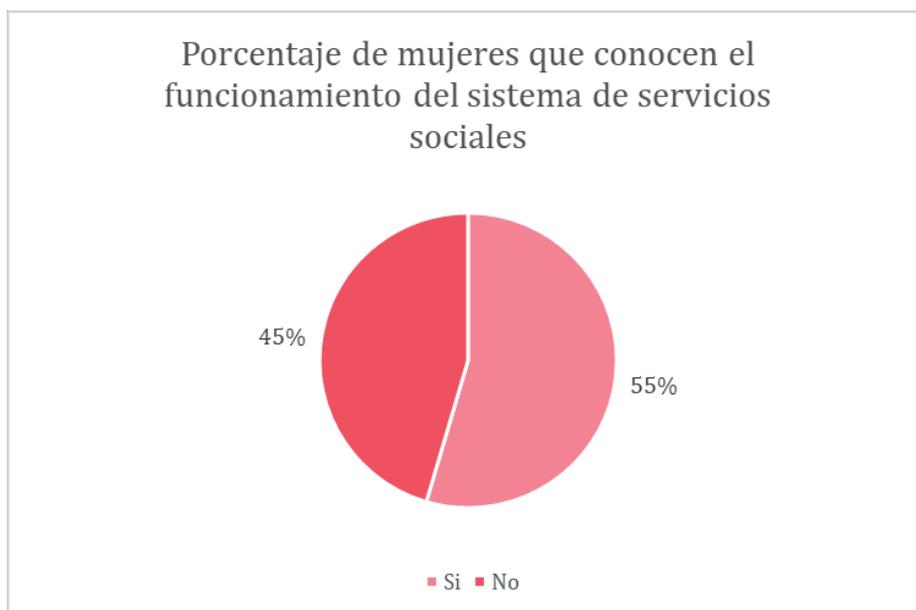
“Sensación de náuseas y cosquilleo por la columna vertebral que me despierta, ha sido rara vez, pero ha pasado por la ansiedad que a veces me produce mi trabajo.”

“Apnea del sueño.”

4.6 ELEMENTOS DE LOS SERVICIOS SOCIALES QUE AFECTAN A LA SALUD BIOPSIOSOCIAL

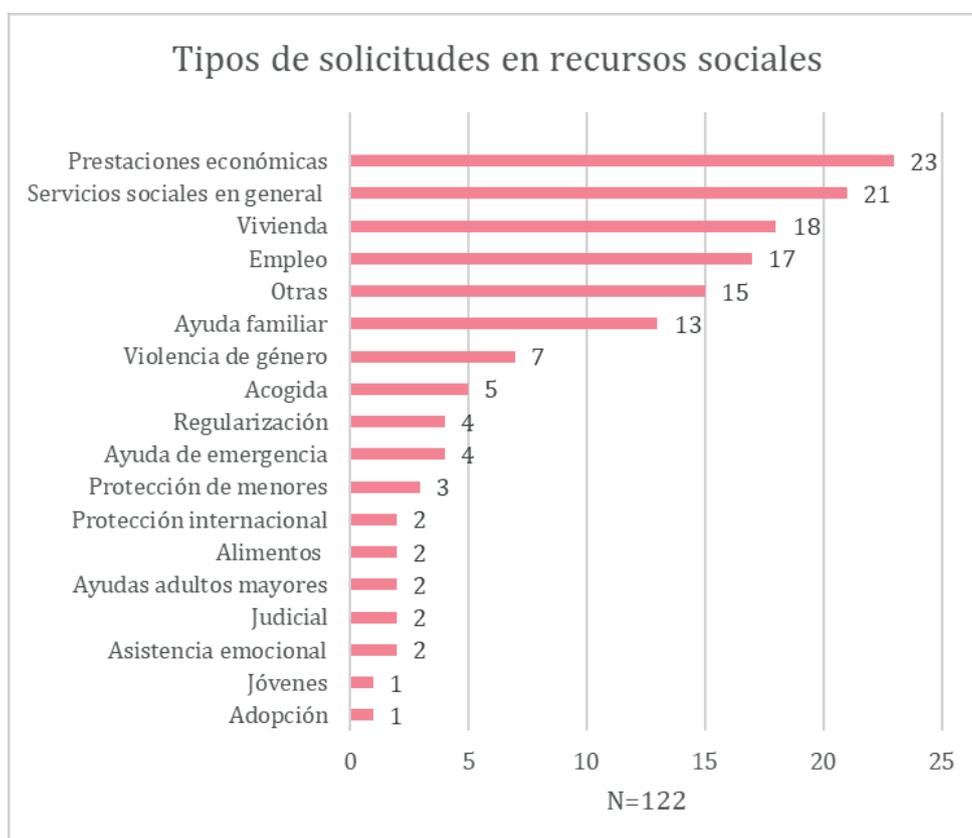
4.6.1 PERCEPCIÓN SOBRE EL ACCESO A SERVICIOS SOCIALES

Del total de la muestra, el 55 % (198) de las mujeres indica que sí conocen el funcionamiento de los servicios sociales, frente al 45 % (165) que no.



N=363

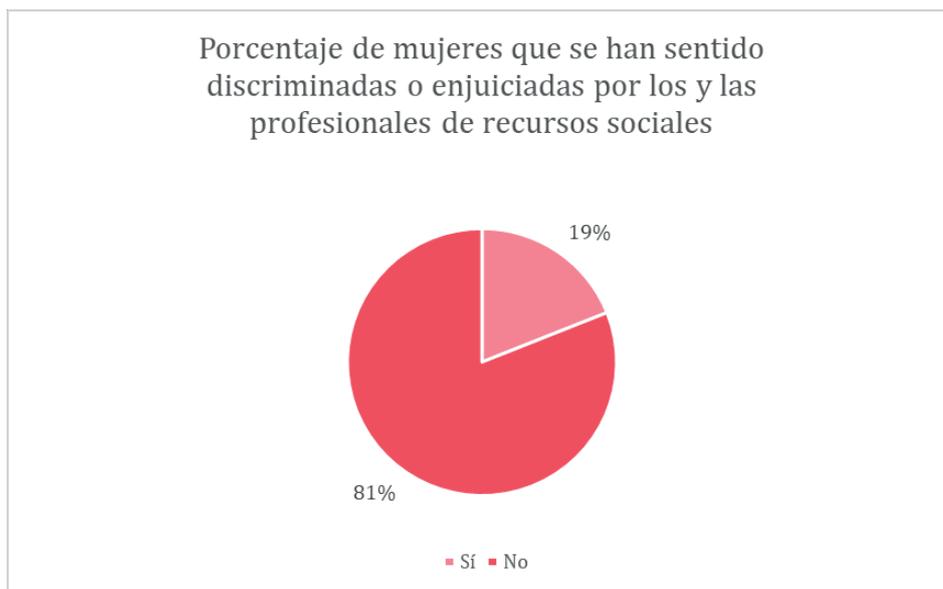
De las mujeres que indicaron sí conocer el funcionamiento de servicios sociales (198), 122 mujeres hicieron referencia a los motivos por los cuales se han acercado a solicitar información u orientación a diferentes servicios sociales. Al ser una pregunta que se codificó como respuestas múltiples, se organizaron las respuestas según la frecuencia de mención de los motivos. Los resultados expuestos en el gráfico indican que los motivos de consulta en servicios sociales son para **prestaciones económicas** (23 veces seleccionado), acceso a **servicios sociales en general** (21 veces seleccionado), **información sobre vivienda** (18 veces mencionado), **empleo** (17 veces mencionado) y otras (15 veces seleccionado) entre las cuales se encuentran discapacidad y vestimenta.



4.6.2 PERCEPCIÓN SOBRE LA DISCRIMINACIÓN EN LA ATENCIÓN

La discriminación o enjuiciamiento de profesionales de recursos sociales a mujeres por razones de género, origen, edad, aspectos físicos, etc., es considerada una forma de violencia institucional. Esta forma de violencia se caracteriza por abusos de poder que se manifiestan en acciones u omisiones que afectan a los derechos fundamentales de las personas, especialmente de aquellos grupos más vulnerables. Se puede ejercer a través de la discriminación, omisión, invisibilización o enjuiciamiento de las necesidades de las mujeres, obstaculizando el acceso a la información y a los derechos sociales.

Del total de la muestra, **las mujeres que se han sentido discriminadas o enjuiciadas por profesionales del ámbito de los recursos sociales corresponden al 19 % (69), frente a un 81 % que no.**



A pesar de ser 69 las mujeres que se han sentido discriminadas o enjuiciadas, la siguiente pregunta respecto a eso la han contestado 85 mujeres, indicando los motivos. Al ser una pregunta de respuesta múltiple, se organizaron en el gráfico por frecuencia de respuesta de cada alternativa. **Los principales motivos que manifestaron las mujeres fueron por su condición migratoria (37 veces seleccionado), por el tipo de demanda (24 veces seleccionado) y por la edad (21 veces seleccionado).**



En la respuesta “otras” algunas mujeres mencionaron lo siguiente:

“Juzgándome por años atrás mi estilo de vida.”

“Por el simple hecho de ser mujer.”

“Obligar/sugerir ingreso en entidades no pertenecientes al sistema público de salud para recibir el recurso solicitado. Al negarme, no tratarlo.”

“Por mi actividad profesional.”

“Porque decían que era negligente cuidando de mi hija.”

“Por la situación de violencia vivida, como si fuese tonta y cuestionasen lo que he vivido.”

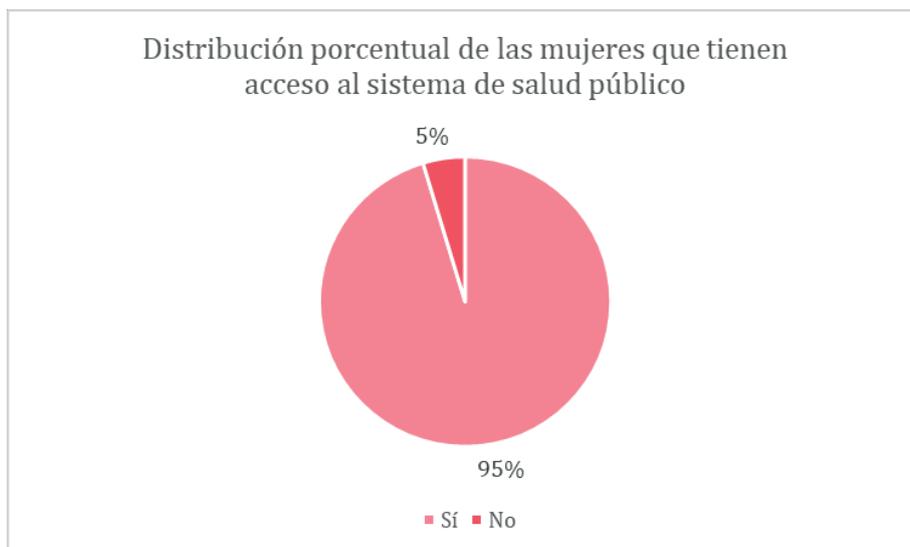
“Por no tomar en serio mis problemas de salud o siendo demasiado bruscos al hacer la exploración, llegando a reírse de mi por quejarme por el dolor. Trato totalmente deshumanizado y humillante en muchos casos.”

“Profesionales de centros me llamaron “yonki”.”

4.7 ELEMENTOS DEL SISTEMA SANITARIO QUE AFECTAN A LA SALUD BIOPSIOSOCIAL

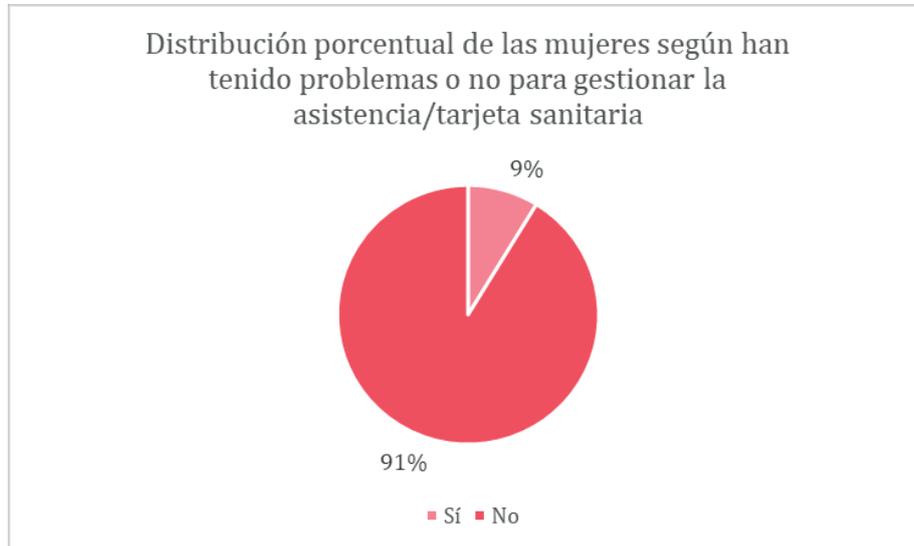
4.7.1 PERCEPCIÓN SOBRE EL ACCESO AL SISTEMA SANITARIO

Del total de mujeres, **el 95 % indicó tener acceso al sistema de salud** y el 5 % no, tal como se muestra en el gráfico. De las mujeres que indicaron que no, los motivos señalados fueron: no estar empadronada, no contar con la tarjeta sanitaria y llevar poco tiempo en el país.



N=363

Junto a ello, sólo el **9 % de las mujeres indicaron haber tenido problemas para gestionar la tarjeta sanitaria**, frente al 91 % que no los tuvo. De las mujeres que tuvieron problemas, las principales razones son: no poder solicitar información vía teléfono, la lentitud del proceso, la barrera idiomática, la burocracia, la denegación del asilo y no contar con el NIE, entre otras.



N=363

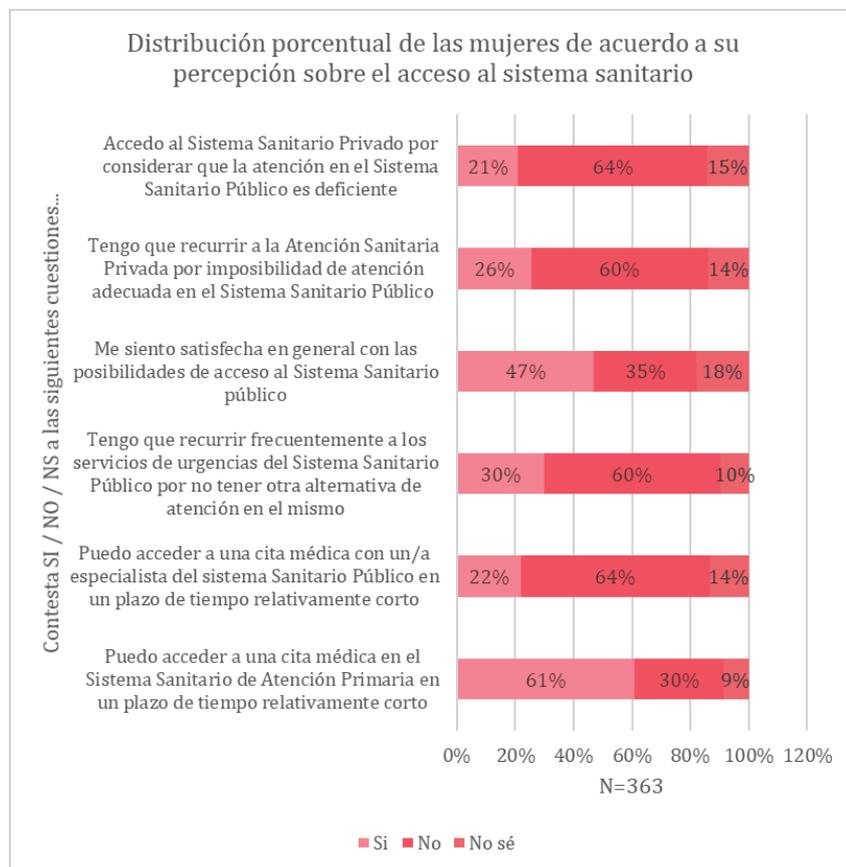
Respecto a la proporción de mujeres a las que le han negado la atención sanitaria, este porcentaje coincide con el porcentaje de mujeres que han tenido problemas para acceder a la tarjeta sanitaria. **El 9 % (31) del total de la muestra indica que se le ha negado la atención sanitaria**, frente al 91 % que no (332). Los motivos que indicaron las mujeres por los cuales se les negó la asistencia sanitaria fueron: racismo, no contar con la tarjeta sanitaria, falta de personal, no contar con padrón, no haber citas y falta de personal entre otras.



N=363

4.7.2 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL TRATO Y DE LA ATENCIÓN

En el siguiente gráfico se expone la valoración de las mujeres respecto a la calidad del sistema sanitario y su satisfacción con la atención. **En términos generales, los resultados indican que la satisfacción es regular y que los servicios no logran suplir las necesidades.**

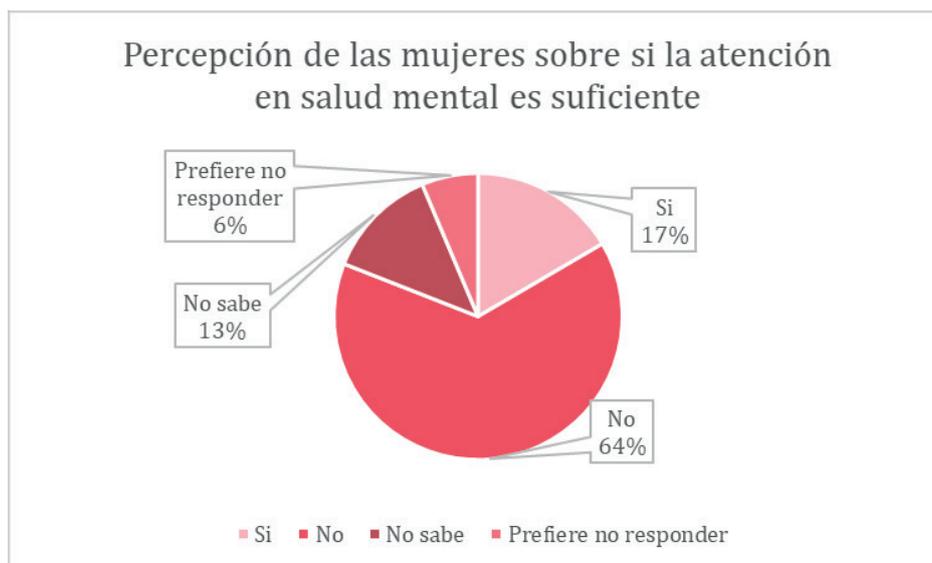


Tras comparar la atención pública con la privada, los resultados indican que **sólo el 21 % (77) del total de la muestra** accede al sistema sanitario privado por considerar que el sistema sanitario público es deficiente, y que el **26 % (93) debe recurrir a la atención privada por la imposibilidad de recibir una atención adecuada en el sistema público.**

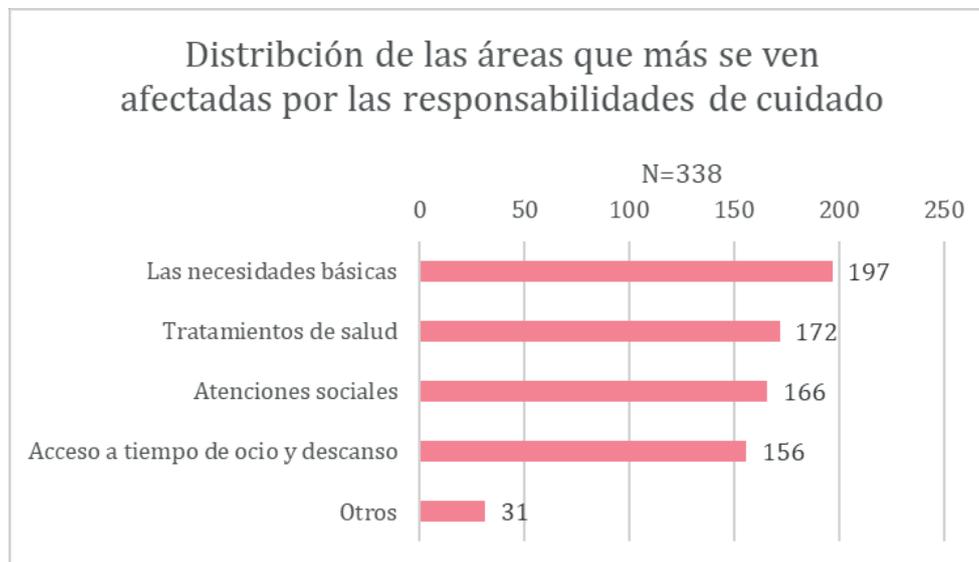
Sobre el acceso a la atención, el 61 % de las mujeres indica que puede acceder a una cita médica en atención primaria en un tiempo relativamente corto, frente al 30 % que no. Estas estadísticas disminuyen cuando se trata de una cita médica especializada en un tiempo relativamente corto, pues sólo el 22 % de las mujeres (80) indica que lo puede hacer y un 64 % (233) que no. Junto a ello el 30 % (108) indica que debe recurrir frecuentemente a servicios de urgencia en el sistema público.

Finalmente, el 47 % de las mujeres (170) indican sentirse satisfechas con las posibilidades de acceso al sistema sanitario público y un 35 % (127) no están satisfechas.

Respecto a la atención en **salud mental**, en el gráfico que continúa se muestra la evaluación que hacen las mujeres de la atención recibida. Tal como muestran los resultados, la evaluación no es positiva, pues del total de mujeres, el 64 % (234) indica que la atención en salud mental no es suficiente y el 17 % (60) considera que sí.



También se les consultó a las mujeres si las responsabilidades de cuidado, como tareas del hogar, cuidado de personas dependientes, de hijos o hijas, etc., influyen en los diferentes ámbitos de la vida, como el acceso a diferentes tipos de recursos sociales, el acceso al tiempo libre y la gestión de las necesidades básicas. Para esta pregunta el tipo de respuesta fue múltiple, de manera que se organizaron las respuestas de manera individual y por orden de frecuencia. Del total de 363, se obtuvieron 338 respuestas válidas. En el siguiente gráfico se muestra cuáles son los recursos más afectados por las labores de cuidado, organizados por frecuencia de respuesta.



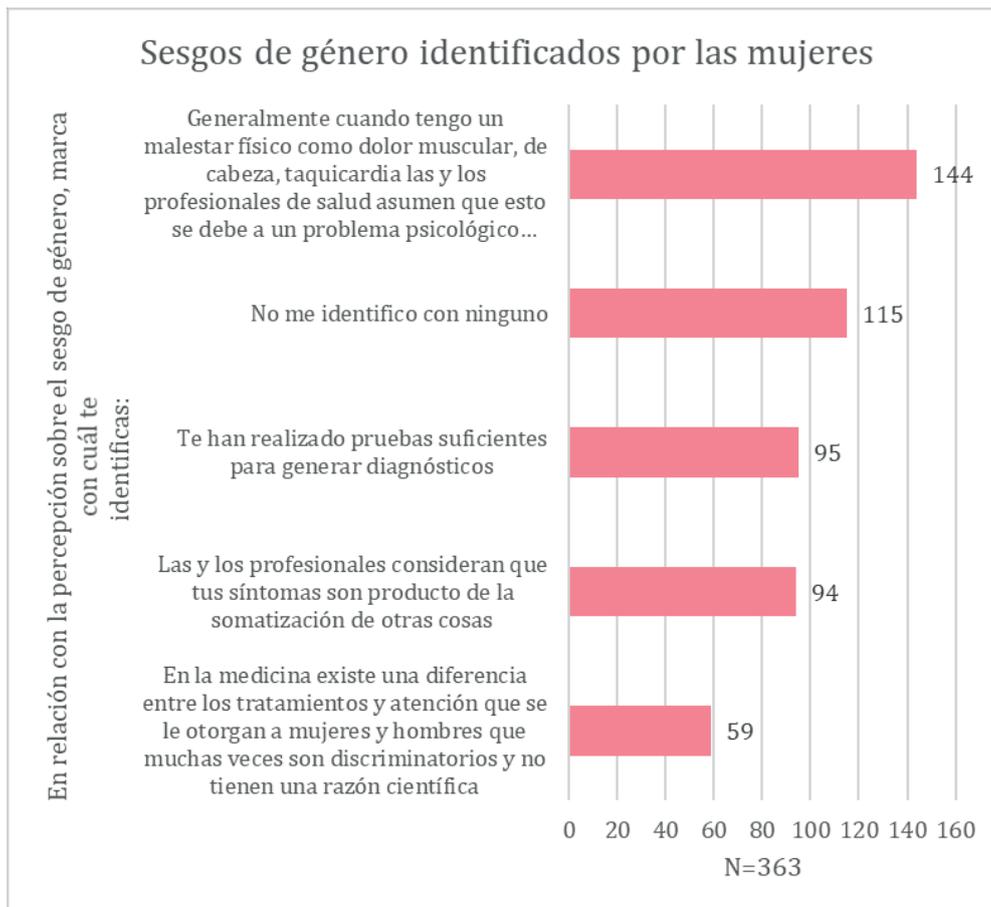
En el gráfico se observa que las labores de cuidado son un obstáculo, ya que impactan de manera transversal en todos los ámbitos consultados. Donde se observa un mayor grado de afección por las responsabilidades de cuidado es en la gestión de las necesidades básicas (seleccionado 197 veces), seguido del acceso a tratamientos de salud (seleccionado 172 veces).

4.7.3 SESGOS DE GÉNERO

El sesgo de género se refiere a las diferencias en la atención, tratamiento e investigación sanitaria dirigida a las mujeres. Este se manifiesta en la desigual atención que reciben los hombres y mujeres debido a los estereotipos y prejuicios de género, así como debido a la construcción androcéntrica de la ciencia, en la cual el hombre ha sido el objeto de estudio universal.

Estos sesgos se manifiestan cuando los y las profesionales de salud ofrecen diagnósticos y tratamientos diferentes a personas de distintos géneros, a pesar de que los síntomas o manifestaciones del problema de salud sean similares. Un ejemplo de ello es cuando ciertos malestares físicos de las mujeres se explican en base a preocupaciones del hogar o por ser “sensibles o exageradas”, mientras que similares malestares físicos en los hombres no se cuestionan, ofreciéndoles un tratamiento o estudio médico.

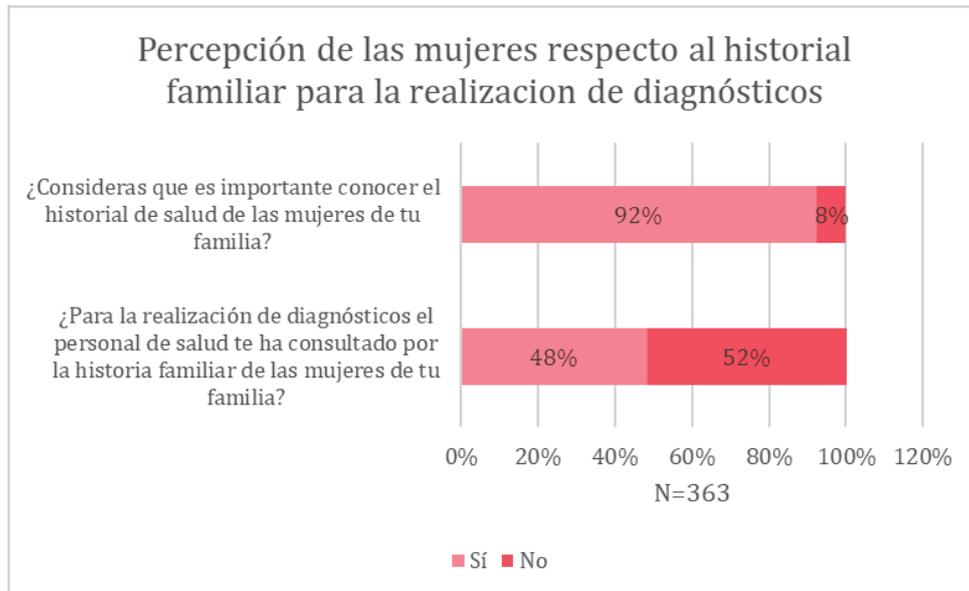
En el siguiente gráfico se exponen las percepciones de las mujeres respecto a ciertos sesgos de género y la calidad de la atención reciba. Estas respuestas se organizaron de acuerdo con la frecuencia de selección de cada opción, bajo la consideración de que era una pregunta de respuesta múltiple.



Los resultados indican que **el principal sesgo de género (144 veces seleccionado, es decir, por el 40 % de las mujeres) es que los y las profesionales de salud asuman como un problema psicológico (por ansiedad, estrés o sobrecarga de tareas) un malestar físico como dolor muscular, de cabeza o taquicardia.** Junto a ello, le sigue la opción “no me identifico con ninguno”, la cual fue seleccionada en 115 oportunidades, representado al 32 % del total de la muestra. Sólo el 26 % de la muestra cree que le han realizado pruebas suficientes para la generación de diagnósticos y el mismo porcentaje cree que las y los profesionales consideran que sus síntomas son producto de la somatización de otras cosas.

4.7.4 PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL Y LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL

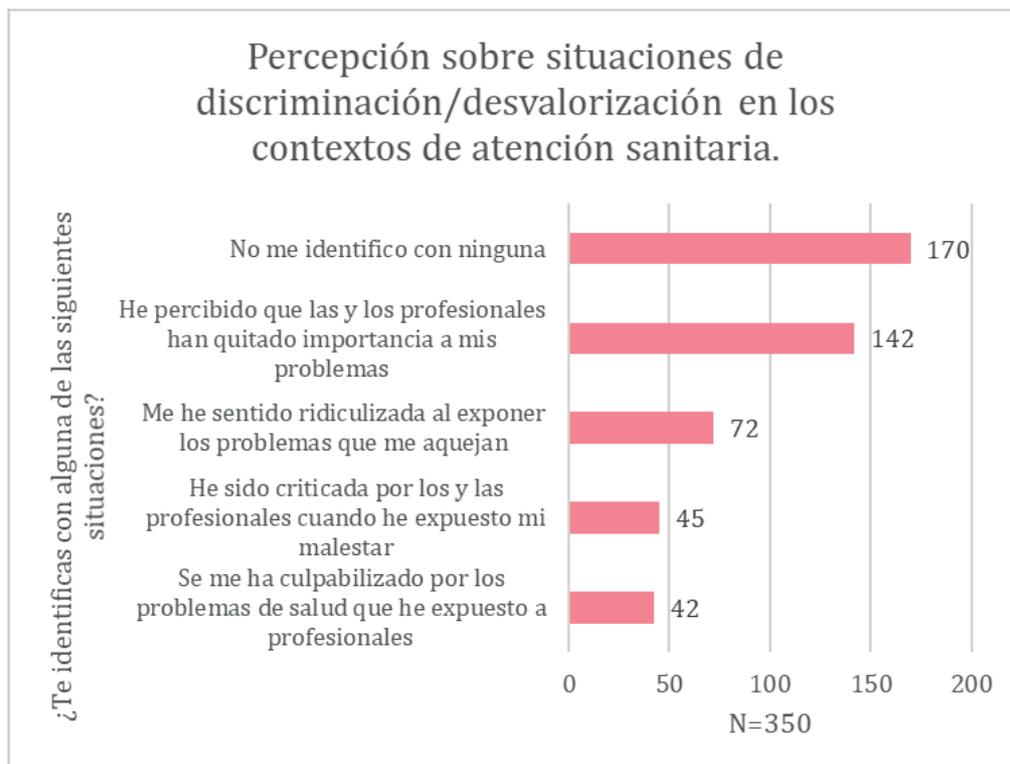
En el siguiente gráfico se expone la percepción de las mujeres respecto a la importancia de considerar el historial de las mujeres en las atenciones y diagnósticos de salud.



Los resultados indican que para el **92 % de las mujeres (335) es importante conocer el historial de salud de las mujeres de la familia**. Ahora bien, en base a la pregunta sobre el si el personal de salud ha considerado la historia familiar de las mujeres de su familia para realizar algún diagnóstico, el **52% (187) menciona que no** y el 48 % (176) que sí.

4.7.5 PERCEPCIÓN SOBRE LA DISCRIMINACIÓN EN LA ATENCIÓN

En cuanto a la discriminación en la atención de salud, se les consultó si han experimentado situaciones de discriminación o desvalorización en el marco de la atención sanitaria. Al ser una pregunta de respuesta múltiple, esta se organizó de acuerdo con la frecuencia de respuesta de cada opción. Del total de la muestra (363), se obtuvieron 350 respuestas válidas.

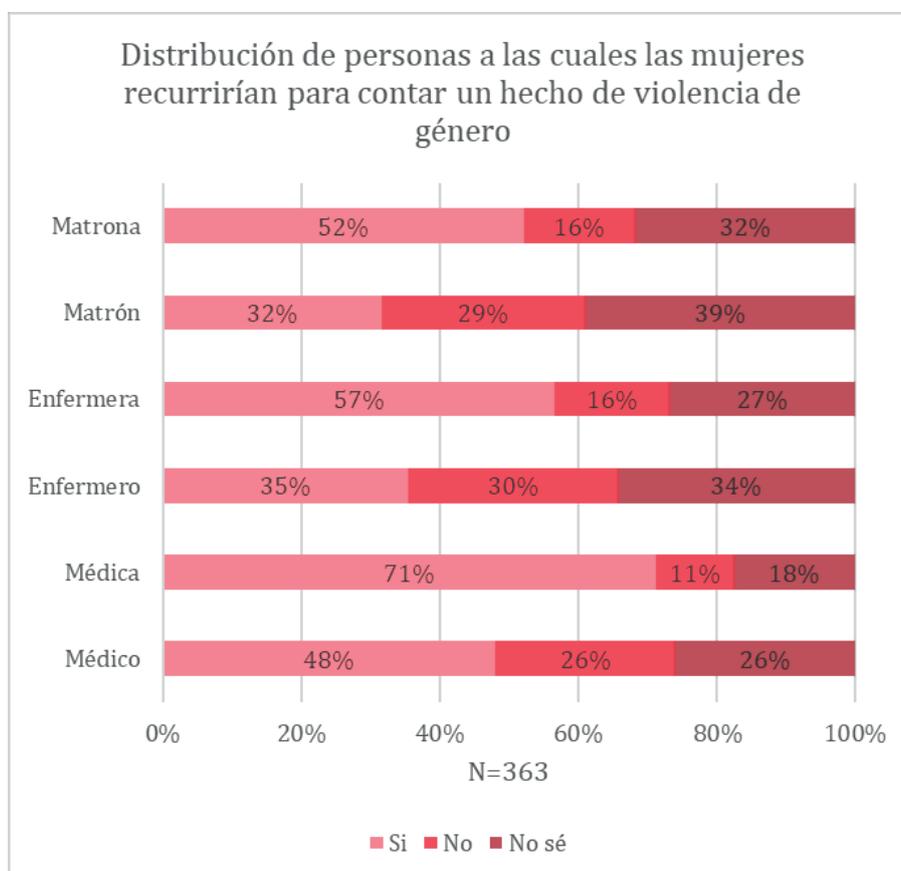


Se aprecia que 170 mujeres no se identifican con estas situaciones, lo cual representa al 49 % del total de las respuestas válidas. Sin embargo, **el 41 % sí se identifica con “he percibido que las y los profesionales han quitado importancia a mis problemas” (seleccionada en 142 oportunidades) y el 21 % de la muestra se identificó con “me he sentido ridiculizada al exponer los problemas que me aquejan” (seleccionada en 72 oportunidades).**

Las situaciones con las que menos se identificaron las mujeres es “he sido criticada por los y las profesionales cuando he expuesto mi malestar” (seleccionada 45 veces, representando al 13 % del total) y “se me ha culpabilizado por los problemas de salud que he expuesto a profesionales” (seleccionada 42 veces, representado al 42 % del total).

4.7.6 CONFIANZA PARA ACUDIR AL SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA ANTE UN HECHO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

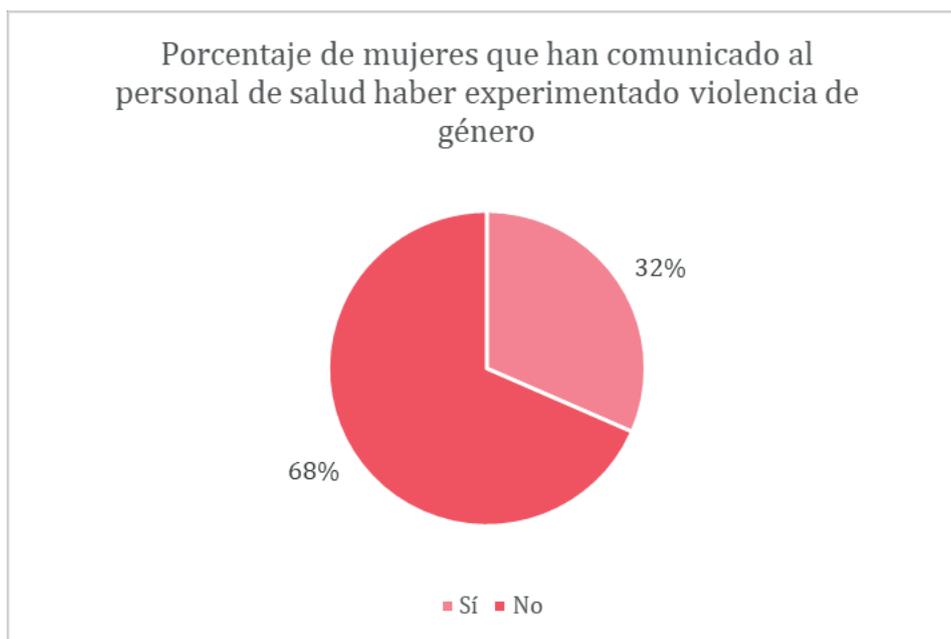
A continuación, se expone el grado de confianza de las mujeres para comunicar alguna situación de violencia de género a diferentes actores que integran el personal de salud. Se hizo una distinción por género para evaluar si existe una diferencia marcada en la confianza hacia personal femenino o masculino, tal como se expone en el gráfico.



En términos generales, en el gráfico se puede apreciar que los mayores grados de confianza para comunicar un hecho de violencia de género en el ámbito sanitario corresponden a roles femeninos. Destaca sobre todos que **el 71 % de las mujeres recurrirían a las médicas para contar algún hecho de violencia.**

Entre los profesionales masculinos destacan los médicos, pues **el 48 % de las mujeres se sentiría en confianza para expresar algún hecho de violencia a estos.** Ahora bien, los porcentajes de mujeres que no recurrirían a ellos (matrón 29 %, enfermero 30 % y médico 26 %) son mucho más altos en relación con las respuestas de las mujeres que no recurrirían a las profesionales femeninas (matrona 16 %, enfermera, 16 % y médica 11 %).

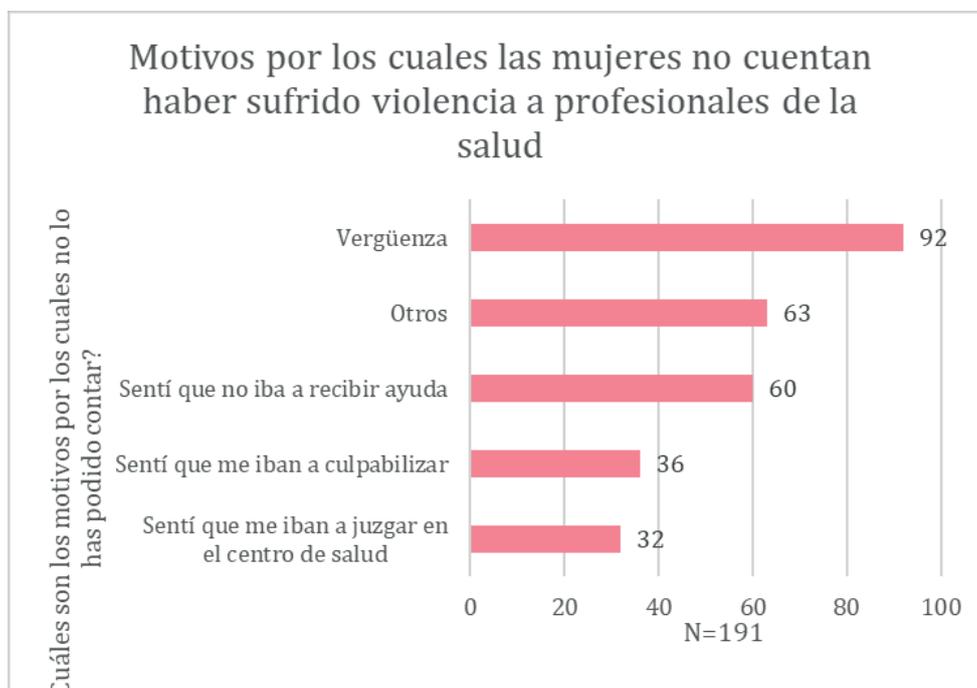
Continuando en esta dimensión de análisis, en el siguiente gráfico se indica el porcentaje de mujeres que ha vivido violencia de género y no se lo ha contado al personal de salud. En el gráfico se aprecia que el 32 % (115) de las mujeres ha vivido violencia de género que no ha mencionado al personal de salud, frente al 68 % (248) que no.



N=363

A las 248 mujeres que respondieron que no, se les consultó si en caso de vivir un hecho de violencia de género hubiera considerado útil comunicarlo al personal de salud. Con un total de 238 respuestas válidas, **el 76 % (182) indicó que sí**, mientras que el 24 % (57) que no.

En el siguiente gráfico se presentan los motivos por los cuales las mujeres no han podido contar sus experiencias de violencia de género. Esta pregunta de respuesta múltiple se organiza según la frecuencia de selección de cada categoría de respuesta. **Con 192 respuestas válidas, la razón predominante es “sentir vergüenza” (seleccionada 92 veces)**, seguida de “otros” (seleccionada 63 veces) y “sentir que no iba a recibir ayuda” (seleccionada 60 veces).



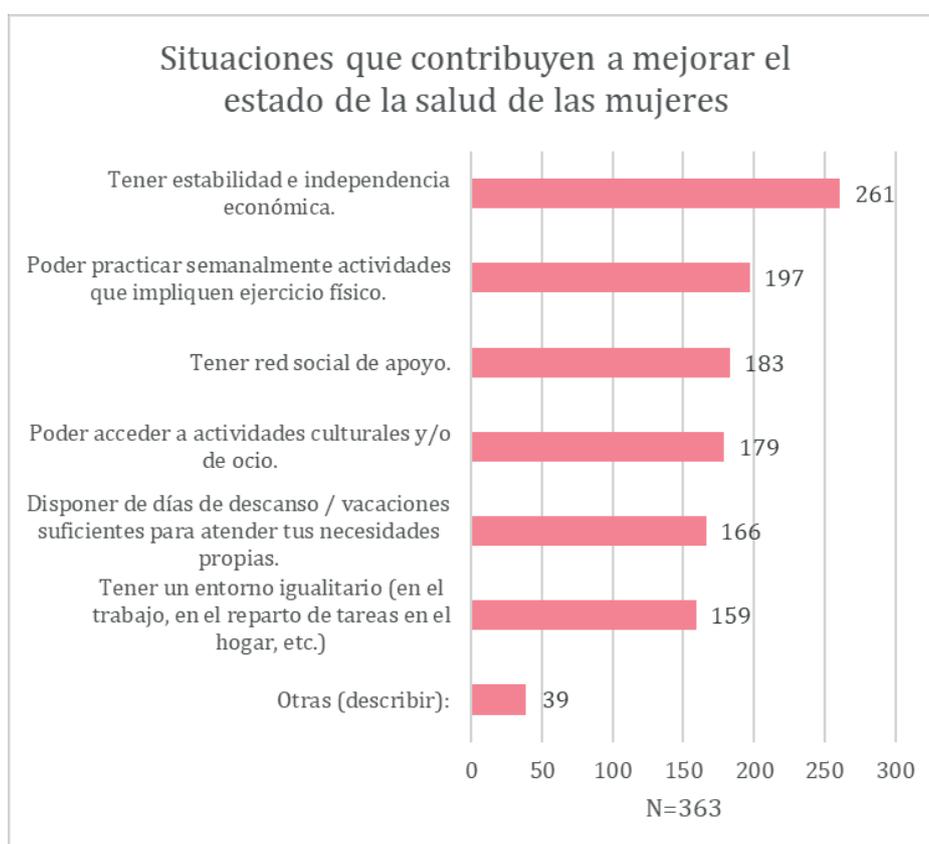
Para la respuesta “otros”, las mujeres indicaron como razones: miedo, estar amenazadas, no reconocer que era violencia, ser parte de su intimidad, no poder verbalizarla, evitar la revictimización, no tener tiempo para recibir ayuda, no confiar en que el problema se vaya a solucionar por contárselo al personal de salud, no poner en riesgo su vida o la de sus hijos e hijas, así como por miedo a la reacción de los padres.

Al respecto, se evidencia que existen muchas presiones de los agresores, además de diferentes formas de coacción social, por las que las mujeres que han sufrido violencia de género deciden no comunicar esto al personal de salud. Es importante considerar estos aspectos para mejorar las estrategias de intervención, considerando no sólo la voluntad de las mujeres, sino también las posibilidades de acción que tienen para enfrentar la violencia de género, con el propósito de que la intervención en salud pueda considerar estos aspectos y garantizar un trato digno y seguro.

4.8 ELEMENTOS QUE AFECTAN LA SALUD BIOPSIOSOCIAL

4.8.1 PERCEPCIÓN SOBRE ASPECTOS QUE MEJORAN LA SALUD BIOPSIOSOCIAL DE LAS MUJERES

A continuación, se señalan las situaciones que las mujeres consideran que podrían contribuir a mejorar su estado de salud. Esta pregunta de respuesta múltiple se organizó de acuerdo con la frecuencia de cada opción.



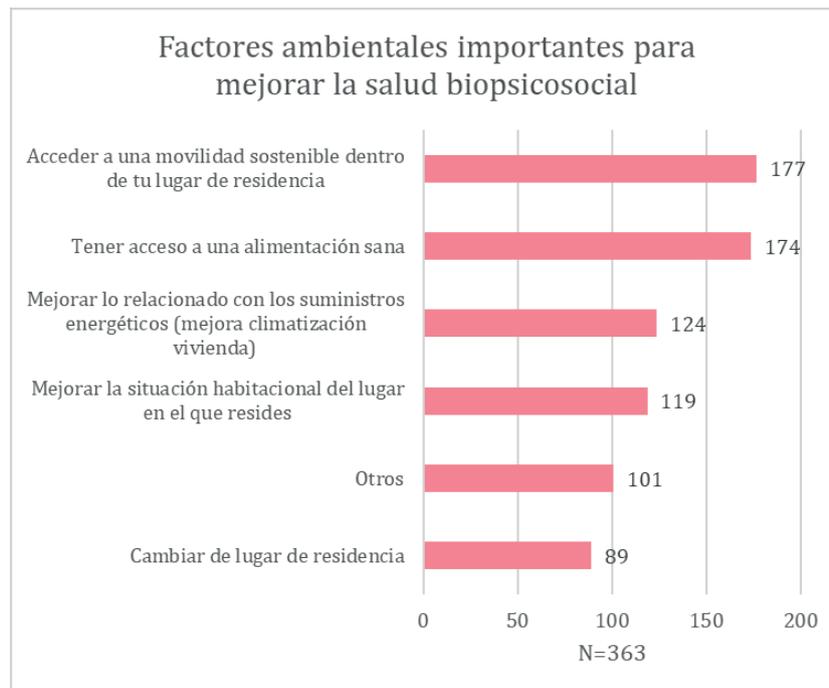
En el gráfico se evidencia cuáles son las principales situaciones que contribuyen a que las mujeres mantengan una buena salud. En general, todas se consideran importantes, pero las que fueron seleccionadas por al menos el 50 % de las mujeres son: **tener estabilidad e independencia económica (261 veces seleccionada, lo que representa al 72 % de las mujeres), poder practicar semanalmente actividades que impliquen ejercicio físico (197 veces seleccionada, representando al 54 % de las mujeres) y contar con redes de apoyo social (183 veces seleccionada, lo que representa al 50 % de las mujeres).**

Es relevante considerar que, para las mujeres, los principales aspectos que contribuyen a mejorar su salud están relacionados con las condiciones de vida, pues la estabilidad económica es un factor fundamental. En segundo lugar, el movimiento y el deporte son ejes clave y, en tercer lugar, contar con redes de apoyo contribuye al bienestar de las mujeres en todas las etapas de su vida, particularmente en la vejez, como señala la siguiente cita:

“Me apunto a la explicación que da Betty Friedan, según la cual la longevidad de las mujeres se fundamenta en su capacidad para la intimidad, la conexión y los vínculos afectivos. Esto facilita un estado de bienestar en cualquier momento del ciclo vital, pero en la edad avanzada se convierte en un importante capital y un amortiguador de las pérdidas debidas a la edad” (Anna Freixas Farré, 2022).

Entre la respuesta “otras”, se identificaron como factores importantes los siguientes: saber gestionar sus propios recursos, contar con medicina efectiva para sus malestares, tener acceso a vivienda, vivir en lugares tranquilos, contar con actividades de ocio accesibles, tener una alimentación saludable, conocer el idioma, estar en un entorno laboral saludable, contar con un proyecto de vida y contar con medidas de conciliación y distribución de los cuidados.

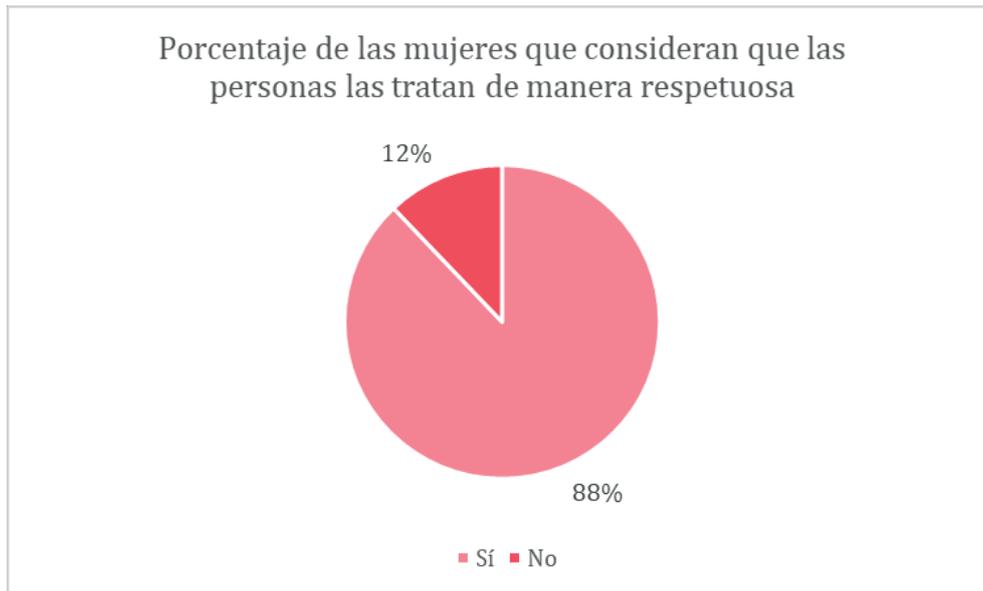
En el siguiente gráfico se exponen los **factores ambientales** que se consideran importantes para mejorar la salud biopsicosocial de las mujeres. Esta pregunta de respuesta múltiple se trabajó de la misma manera que la anterior, de manera que se presentan las frecuencias de respuesta para cada opción.



Según los resultados, las mujeres consideran que los factores importantes para mejorar la salud biopsicosocial son **“acceder a una movilidad sostenible dentro de tu lugar de residencia” (seleccionada 177 veces, lo cual representa al 49 % de la muestra) y “tener acceso a una alimentación sana” (seleccionada 174 veces, representando al 48 % de la muestra).**

Para la categoría “otros”, las mujeres hicieron referencia al acceso a zonas verdes y silenciosas, el reconocimiento profesional, tener un espacio propio para vivir, trabajar en lugares con buenas condiciones de infraestructura y vivir en entornos sociales seguros.

Finalmente, se les consultó si las personas las tratan de forma respetuosa, considerando que este es un aspecto importante para la percepción del bienestar. En el siguiente gráfico se evidencia que el 88 % de las mujeres (319) considera que sí las tratan bien y el 12 % que no (44).



N=363

Las mujeres que respondieron que en términos generales las personas no las tratan de manera respetuosa, señalaron algunas situaciones y sentimientos al respecto. Entre ellas encontramos: recibir trato discriminatorio y subestimación por ser inmigrante, por ser mujer, por el cuerpo, por la situación migratoria y por la orientación sexual. A continuación, se recogen situaciones descritas por las mujeres:

“Aunque no es algo recurrente, los comentarios de algunas personas son incómodos, más que por ser mujer, por ser extranjera, dicen cosas que creo no se lo dirían a un español o española. Hace poco mi jefe me dijo que si no necesitaba contrato de trabajo para poder estudiar entonces él podía seguir pagándome lo mismo pero que entonces se podía ahorrar la SS, con la excusa de que su madre no está para gastar tanto. Llevo años trabajando aquí, la mayoría del tiempo lo he hecho en negro y ahora estoy con contrato indefinido de 40 hrs pero sigo de interna. Comentarios de este tipo estoy segura de que no se lo haría a una amistad, familiar o siquiera conocido español porque creo que la respuesta sería evidente. No me he quedado callada sin embargo es molesto tener que escuchar algo tan abiertamente descarado, como si por ser extranjero no tuvieras los mismos derechos que cualquier español aun teniendo NIE. Me pregunto ¿qué pensaría si a su hija le dijera lo mismo su jefe? Luego algún dependiente que me ha casi tirado el vuelto sobre el mostrador porque sí, porque supongo que ver a un extranjero comprando en “su” tienda le molestaría, no lo sé. Gente maleducada hay en todas partes. Algún tipo en un bar con su comentario sobre tu físico, en forma de broma que es molesto sobre todo cuando no has dado la confianza para ello. No son cosas relevantes y han sido muy contadas veces sin embargo denota falta de respeto y empatía por la persona que tienes delante.”

“La mayoría de las personas te examinan antes de mirarte a la cara. Al principio me afecto mucho ahora ya lo normalice.”

“Por mi físico, soy obesa.”

“Me siento señalada por mi delgadez. En lo laboral he sentido rechazo. Me siento poca cosa, son poco sociables conmigo mis compañeras. no hay nada de empatía y vivo estresada con pocas ganas de ir, pero es de gran necesidad por varios factores.”

“Siempre me han discriminado por mi orientación sexual y la falta de comprensión y empatía por comprender mi situación me lleva a sentirme mal. es algo que me pasa cuando comparto o socializo con otras personas o por o menos trato de socializar al querer tener amigas.”

“He recibido discriminación, desvalorización por ser mujer y demasiada sexualización.”

“Hay muchas personas que me tratan con desprecio o condescendencia, sobre todo en servicios sociales.”

4.8.2 POTENCIALIDADES Y DEFICIENCIAS EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

En este apartado se abordan las experiencias positivas y negativas de las mujeres en atenciones sanitarias y sociales. El propósito de recoger dichas experiencias es poder reflexionar en torno a las potencialidades y deficiencias que se deben tomar en cuenta para el desarrollo de buenas prácticas.

EXPERIENCIAS POSITIVAS

Las experiencias positivas reflejan aspectos de la calidad de la atención relacionados con la eficiencia y la eficacia de los servicios, pero también con la igualdad de trato, el respeto, el reconocimiento de la diferencia, la pertinencia cultural y el cuidado hacia las personas.

Los resultados que se presentan a continuación se recogieron a través de una pregunta abierta, cuyas respuestas han sido sistematizadas para organizarlas entre el sistema de atención sanitario y social.

Respecto a la **atención sanitaria**, se observa que en los relatos se valora la empatía, el no sentirse juzgadas y la no culpabilización, sobre todo en atenciones de salud sexual o reproductiva, como se indica a continuación:

“Cuando mi último embarazo se interrumpió de manera natural la ginecóloga del hospital público que me atendió me dio la noticia con una empatía y sensibilidad que fue de agradecer.”

“En el seguimiento de mi embarazo estoy recibiendo muy buen trato por parte de las ginecólogas/matronas.”

“Médica y matronas que realmente están escuchando sin juzgar. Un fisio que nunca me culpabilizó, pero me explico de manera científica como se gestiona los dolores persistentes y me valorizó en cada momento del proceso de recuperación.”

“Sí, en la clínica Sandoval, especializada en ITS y ETS, cuando tuve que ir, hace años, viví un trato equitativo y sin prejuicios en la atención a todas las personas que generalmente vivimos violencias por parte del sistema sanitario, migrantes (en situación regular y no), personas no blancas y de origen no español, prostitutas/os, personas LGBTQ+, mujeres (sobre todo aquellas que no cumplen con los estereotipos ni exigencias sociales), etc. A todo el mundo atendían por igual con un trato profesional y sin prejuicios.”

También las mujeres valoran positivamente que, ante situaciones de vulnerabilidad producto de enfermedades o malestares físicos, se les trate con respeto y afectividad:

“Cuando estuve en tratamiento en San Pau todo el equipo de oncología me dieron soporte y cariño.”

“Me han cuidado con respeto y cariño cuando he necesitado atención, hospitalaria y/o primaria.”

Ante situaciones de violencia de género, las mujeres también valoran de manera positiva el apoyo recibido por parte del personal de salud:

“Frente a mi caso de acoso sexual tanto como el centro de mujeres (SIAD) como mi médico de atención primaria me apoyo en todo momento.”

En lo referente a la atención en **recursos sociales**, se mencionan como experiencias positivas la participación en los grupos y el apoyo por parte de profesionales con formación, tal como se señala en las siguientes citas:

“Si por ejemplo la orientadora social me ha ayudado mucho en lo que es apoyarme eh impulsarme a mejorar mi currículum y formarme en algún que otro curso. Por ejemplo, el de iniciación a la informática que le tengo algo de fobia, pero ella con su palabra de aliento ha logrado que yo lo intente... y también me eh sacado el certificado de manipulación de alimentos. He participado en la actividad de Newton working y fue una experiencia increíble. Y todo gracias a allá.”

“Me siento bien tratada en los grupos a los que asisto.”

Otro de los aspectos que se valora positivamente es sentir que las organizaciones del Tercer Sector o los servicios de la Administración Pública relacionados con la atención social hagan seguimiento a los procesos de las mujeres, reconociéndolas como personas activas:

“Fundación Trama, Fundación Integra, Asociación Progestión. Son unas de las entidades con las que me he sentido respaldada y apoyada en mi proceso.”

“Muy buena atención ayuda y disponibilidad guía para seguir en procesos ... movimiento por la paz ... Trabajadora social punto de la mujer y la agente de policía que me realiza seguimiento a mi caso”

“Quiero nombrar a dos asociaciones del tercer sector: asociación la Columbeta (me ha dado la posibilidad de formarme y socializar. la asociación de mujeres Arquia, me da la posibilidad de sentir que existo, a la hora de contar conmigo para proyectos y actividades.”

EXPERIENCIAS NEGATIVAS

Las experiencias negativas se abordan de la misma manera que las positivas, diferenciando entre la atención sanitaria y la atención social. En términos generales, estas experiencias están relacionadas con discriminaciones sufridas por diferentes motivos y por expresiones de abuso de poder.

En cuanto a las experiencias negativas en la atención sanitaria, encontramos diferentes formas de discriminación hacia las mujeres por estar en situación irregular y por su apariencia física y su cuerpo:

“Cuando no tenía documentación si se siente en el centro médico y en registro civil también discriminación ya que dicen que no somos de aquí y no atienden con gusto.”

“En el CAP por mi ginecóloga y con enfermeras. Por ejemplo, fui por una posible infección de orina y la enfermera me autodiagnóstico obesidad y que tenía que adelgazar, sin pruebas médicas ni demás. Al preguntarle por la prueba de infección, me dijo que eso me lo diría el médico...pero sí se atrevió a diagnosticarme obesidad sin saber nada de mí. Era la primera vez que veía a esa persona.”

“He sufrido gordofobia en varias consultas de especialistas, ninguna relacionada con nutrición.”

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, las experiencias negativas están relacionadas con el enjuiciamiento, la minimización del malestar, la ridiculización y la culpabilización:

“Minimizar mis dismenorreas y periodos dolorosos, quitando importancia a mi malestar.”

“Por supuesto, decenas de ellas. Abusos sexuales por parte de un traumatólogo, el culpabilizarme de ello por parte de profesionales sanitarios, no encontrar apoyo en el sector sociosanitario en el proceso judicial, ridiculizar mis síntomas de endometriosis durante años, achacar mis síntomas a que “las mujeres nos volvemos locas con las hormonas”, culpabilizarme por la ansiedad que me provocaba el trabajo, el dolor de endometriosis, etc.”

“Si, durante mis tres partos me sentí ninguneada, ignorada, hablaban con mi marido como si yo no existiera no me escuchan. Me sentí maltratada.”

“Trato vejatorio en una interrupción voluntaria de embarazo cuando era muy joven por parte de una auxiliar sanitaria que dijo, palabras textuales ante el hecho de que expresara que estaba asustada: “para el miedo jarabe de palo”.”

En este último relato, cabe destacar que los espacios de atención sanitaria y social también son espacios en los que se produce y reproduce la violencia de género. Esto a causa de que la violencia es un problema transversal que se expresa tanto en el ámbito público como en el privado. Las instituciones, la ciencia, el conocimiento, las normas y las leyes se han construido desde la perspectiva del androcentrismo, normalizado la desigualdad de género y la subordinación de las mujeres.

Otra de las situaciones que se constituye como una experiencia negativa es la incomodidad para comunicar información privada en espacios públicos, como se indica en el siguiente relato:

“Cuando voy a pedir la cita, para médico de cabecera o de urgencias, en la recepción te preguntan el motivo de la consulta, es muy difícil y bochornoso decir delante de toda la gente q hace la cola el motivo d la cita médica.”

También se considera como negativo el trato “sin cuidado” del personal de salud a la hora de entregar diagnósticos o tratamientos, no considerando la situación a la cual se están enfrentado las mujeres:

“Sí, con un médico, después de 2 sesiones rehabilitación, en una consulta me dijo con frialdad que tengo que aprender a vivir en el estado que me encuentro, que hay personas peores que yo.”

En relación con las atenciones sociales, se identificaron como situaciones negativas la discriminación hacia las mujeres por su situación de irregularidad:

“Si, las áreas administrativas son poco empáticas. No ponen atención solo actúan según su regulación y debería mejorar ahondando según cada caso y no agobiar.”

También las mujeres expresaron en sus relatos que existen situaciones de abuso de poder, mediante las cuales los y las trabajadoras de recursos sociales les hacen sentir que “los recursos que administran son de su propiedad”, enjuiciando la legitimidad de la solicitud y dando a entender que las están “haciendo un favor”:

“No. Que hay mucha discriminación también muchos actúan como si las ayudas que te puedan proporcionar sean de su propiedad.”

Otra de las formas de abuso de poder es el enjuiciamiento de las solicitudes de las mujeres:

“Si. En la mutua laboral. Fui por un accidente laboral “tonto” según ellos, pero doloroso, me hicieron sentir fatal porque se creía que lo que buscaba era una baja y no era así. Me encontraba fatal y muy adolorida, me quejé y finalmente me ayudaron. Pero me trataron fatal.”

Por otro lado, los problemas de burocracia generan que las mujeres no sientan validadas sus demandas, así como tampoco la importancia y urgencia de sus necesidades:

“No he tenido realmente suerte con las atenciones la asistente social, la verdad es que fue muy dura conmigo porque realmente no tenía empadronado a mis hijas, yo sí estaba, y no me podía ayudar, aunque sea para poder salir de ese momento que estaba mal. Al menos con víveres, no pedía dinero, mis hijas no tenían que comer. No fui atendida constantemente en servicios sociales durante casi un año. Recién estoy siendo atendida en el sentido de apoyo.”

“Servicios sociales, poca importancia a la situación, y muchas trabas para obtener alguna.”



5. Principales conclusiones

5. PRINCIPALES CONCLUSIONES

El concepto de salud biopsicosocial de las mujeres engloba muchos factores que cruzan la vida de estas e influyen directamente tanto en sus bienestar como en sus malestares relacionados con la salud. En este Estudio se han recogido las opiniones de una muestra compuesta por 363 mujeres, además de incluir un anexo en el que una muestra de 78 personas profesionales relacionadas con los ámbitos de la Salud y de los Servicios Sociales han aportado sus percepciones sobre la salud biopsicosocial de las mujeres que acuden a los diferentes servicios de estos ámbitos.

Atendiendo a las respuestas obtenidas en las encuestas, a continuación, hacemos un resumen de las principales conclusiones que podemos destacar en función de los objetivos marcados al inicio del Estudio.

En la primera parte de los resultados del Estudio podemos hacer un análisis de los factores relacionados con el entorno social, teniendo en cuenta que es uno de los tres ejes que afectan directamente a la salud biopsicosocial de las personas. Atendiendo al contexto familiar, aunque la percepción de la mayoría de las mujeres es buena, haciendo referencia a su infancia y adolescencia, cabe destacar que de las respuestas en las que la percepción no es positiva, los problemas detectados en mayor medida son haber tenido una estructura familiar disfuncional y haber sufrido violencia intrafamiliar directa o indirectamente. Las preguntas enfocadas a la situación socio – económica de las mujeres encuestadas arrojan informaciones en las que se puede establecer una relación directa entre el estatus socio – económico y la salud. La mayoría de las mujeres de la muestra reflejan que su estatus socio – económico es medio y bajo, por lo que el nivel adquisitivo influye en la cobertura de las necesidades básicas y en las que, no considerándose básicas, influyen directamente en la salud, pues beneficia o perjudica diferentes aspectos de esta. Dentro de estas necesidades se incluyen la vivienda, el acceso al empleo, el acceso a prestaciones sociales y el tiempo de ocio y descanso. El 14 % de las mujeres encuestadas manifiestan que no tienen condiciones de vivienda dignas y del porcentaje de las mujeres que responden que sí las tienen, basan sus respuestas en las condiciones de habitabilidad de estas, pero no en factores relacionados con la estabilidad, las condiciones económicas o la ubicación de estas viviendas. Cuando nos centramos en el empleo, el 36 % de las mujeres se encuentran en situación de desempleo y el 20 % no tienen empleos estables, situaciones ambas que limitan el acceso a derechos, haciendo hincapié en que el 41 % de las mujeres que están trabajando tienen ingresos inferiores al SMI. Respeto a la necesidad de recurrir a prestaciones sociales para cubrir sus necesidades básicas, el 31 % de las mujeres refieren estar cobrando algún tipo de prestación. Sobre el acceso a vacaciones y tiempo de descanso, el 55 % manifiesta que no dispone de este vinculado al empleo inestable y/o al desempleo, a la sobrecarga laboral, a la crianza y/o al cuidado de terceras personas. Aunque es transversal a los tres ejes del concepto biopsicosocial de la salud, en esta primera parte del Estudio es importante señalar que cuando se pregunta sobre si las mujeres han sufrido situaciones de Violencia contra las mujeres, el 46 % de ellas manifiesta que sí, señalando como tipos de violencias sufridas, en primer lugar, Violencia de Género (la ejercida por pareja y/o expareja), seguida de violencia psicológica, violencia sexual y violencia física.

Siguiendo con la estructura del Estudio en lo referente a los resultados obtenidos de la muestra, a continuación, hacemos un análisis de los datos obtenidos con relación a la percepción del estado de salud físico y emocional, otros dos de los ejes que conforman el concepto de salud biopsicosocial. En relación con el estado de salud, sólo el 6% de las mujeres afirman que este es malo o muy malo, sin embargo, el 40 % de ellas manifiestan que padecen alguna enfermedad que afecta a su salud, siendo las que más predominan en las respuestas las musculoesqueléticas (en muchas ocasiones debido al desarrollo de los cuidados a terceras personas), cardiovasculares, endocrinas y neurológicas. En quinto lugar, aparece la enfermedad mental, padeciendo algún tipo el 25 % de las mujeres de la muestra, con predominio de la ansiedad y la depresión dentro de esta categoría. Sobre el ámbito de salud sexual y reproductiva, el 22 % de las mujeres ha tenido problemas relacionados, siendo abortos espontáneos, trastornos relacionados con la menstruación, ovarios poliquísticos y ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) como los más repetidos. También se preguntó a las mujeres sobre el uso de fármacos, destacando el consumo de estos sin prescripción médica del 12 % de la muestra de forma frecuente y del 47 % de la muestra de forma puntual.

Atendiendo al estado emocional, sólo el 36 % de las mujeres encuestadas indicó encontrarse bien, teniendo en cuenta como ítems para valorar esta respuesta el bienestar, los problemas laborales, la ansiedad y los problemas familiares por ser los más destacados. Cuando hablan de las emociones más frecuentes en su cotidianidad, el enfado, el miedo y la tristeza están entre las cuatro más predominantes, siendo este dato significativo porque hace alusión a emociones generadoras de malestares. El 23 % de las mujeres manifiestan que el malestar depende de múltiples factores, entre los que se encuentran las condiciones sociales y las redes de apoyo, además de hacer referencia a la necesidad de “trabajar en ellas” con apoyo profesional para encontrarse mejor. Otro dato importante que cabe mencionar

es que el 45 % de las mujeres ha tenido o tiene pensamientos negativos de manera recurrente debido sobre todo a problemas familiares, a problemas económicos, a experiencias traumáticas y/o violentas y al contexto laboral. A su vez, 47 % de las mujeres dice que su estado emocional ha influido en tener conductas dañinas para sí mismas.

Como agentes implicados en la salud biopsicosocial de las mujeres, el Sistema de Salud y el Sistema de Servicios Sociales juegan un papel fundamental. Preguntadas por el conocimiento de los Servicios Sociales, el 45 % de las mujeres de la muestra manifiestan no conocerlos y, de las mujeres que sí tienen conocimiento sobre ellos, han solicitado atención por cuestiones relacionadas con prestaciones económicas, servicios sociales generalizados e información relacionada con la vivienda y el empleo. Si nos centramos en el Sistema de Salud, sólo el 5 % de las mujeres de la muestra manifiesta que no tiene acceso a servicios de salud, generalmente vinculado a la situación administrativa irregular. Otros datos que llaman la atención son, por un lado, que el 26 % de las mujeres dice recurrir a la sanidad privada porque la atención en el sistema público no la consideran buena y, por otro lado, que el 35 % no están satisfechas con el acceso al Sistema Público. Preguntadas por la atención en Salud Mental, el 64 % piensan que la atención no es suficiente. Cabe reseñar que el 40 % de las mujeres encuestadas dicen haber sufrido sesgos de género en lo referente a la atención sanitaria cuando han manifestado malestares físicos que han sido asumidos como problemas psicológicos, el 41 % han sentido que han quitado importancia a sus problemas y el 21 % se han sentido ridiculizadas al exponer sus problemas. Cuando se han abordado cuestiones relacionadas con las violencias sufridas, un 32 % de las mujeres que manifiesta que no lo han contado en los servicios sanitarios principalmente por vergüenza.

Finalmente, dentro de las cuestiones planteadas en relación con la mejora de la salud biopsicosocial, atendiendo a las condiciones de vida, el 72 % de las mujeres alude a la independencia y a la estabilidad económica, el 54 % valora que sería beneficioso el ejercicio físico y el 50 % manifiesta que la mejora de las redes de apoyo favorecería su salud biopsicosocial. Dentro de los factores ambientales señalan la movilidad sostenible y los hábitos de alimentación saludables. Y en cuanto a cuestiones más estructurales, señalan la mejora en la atención Sanitaria y en los Servicios Sociales.

En el anexo que sigue, dedicado a recoger las opiniones de las personas profesionales relacionadas con el sistema de Servicios Sociales y el Sistema Sanitario, de una muestra de 78 personas, 74 de ellas hablan de disconformidad y reivindican las situaciones de exclusión y desigualdad a las que se enfrentan las mujeres, en detrimento de su salud biopsicosocial. Los tres principales problemas que señalan son el rol de cuidadoras que asumen las mujeres, la falta de apoyos y recursos destinados a las unidades monomarentales y las situaciones de discriminación que sufren las mujeres migradas. En este último caso, las situaciones de racismo a las que se enfrentan y la no adecuación de los servicios a sus necesidades concretas atendiendo a factores culturales, sociales y personales, las alejan de ser consideradas personas titulares de derechos, agravando las situaciones de exclusión y desigualdad que viven e incurriendo en la no aplicación de los derechos humanos. Centrándonos en la Atención Sanitaria, se recoge en las opiniones de las personas encuestadas que existe una falta de perspectiva de género, de enfoque integral y de formación especializada que dan lugar a situaciones en las que se vulneran los derechos de las mujeres, situaciones relacionadas muchas veces con comportamientos racistas y machistas. La infantilización, la sobremedicación y el menosprecio a la percepción del dolor propio, son algunas de las prácticas más habituales que sirven como ejemplos para hablar de las discriminaciones que sufren las mujeres en el sistema sociosanitario. Como propuestas de mejora de la atención, cabe destacar la formación, la ampliación de recursos a todos los niveles, la atención centrada en la persona, el acompañamiento en los procesos, el aumento de los servicios especializados, la prevención de situaciones de violencia contra las mujeres, la protección a las mujeres migradas, la mejora de los servicios y la adaptación de los recursos.

El análisis de la salud biopsicosocial de las mujeres requiere de una perspectiva de género e interseccional. Este Estudio ha querido recoger datos e informaciones que ayuden a entender cómo los factores biológicos, psicológicos y sociales afectan directamente a la salud física y emocional y, concretamente en el caso de las mujeres, como los roles y estereotipos de género predominantes en la sociedad crean desigualdades y situaciones de discriminación que perjudican su salud a todos los niveles. Tener una visión sesgada de la realidad y no atender a las necesidades específicas como se expone a lo largo de este Informe, vulnera los derechos humanos de las mujeres y reproduce patrones violentos y desiguales mantenidos a lo largo del tiempo y amparados en el machismo y el racismo como formas de opresión. Continuar con la investigación y con la elaboración de estudios y materiales basados en la observación directa y en la recopilación de información a través de muestras representativas de la sociedad, con perspectiva de género e interseccional, favorece el conocimiento, la prevención y la atención en situaciones de violencia contra las mujeres, racismo y discriminación.



6. Bibliografía

6. BIBLIOGRAFÍA

- 📌 Marco de la OMS para la participación significativa de las personas con enfermedades no transmisibles y afecciones de salud mental y neurológicas. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2023. Licencia CCBY - NC - SA 3.0 IGO.
- 📌 Rosser, S. V. (1986). Teaching science and health from a feminist perspective. A practical guide. New York: Pergamon Press.
- 📌 Valls Lobet, Carmen (2022). Mujeres Invisibles en la Medicina. Madrid. Capitán Swing Libros.



Anexo: Percepción del personal técnico sobre la salud biopsicosocial de las mujeres

ANEXO: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO SOBRE LA SALUD BIOPSIOSOCIAL DE LAS MUJERES

Perfil profesionales - muestra

La muestra de personas profesionales que participan en este estudio ha sido seleccionada por un muestreo tipo bola; de esta manera, se ha contactado con diferentes entidades, organismos o instituciones que progresivamente, han ido ampliando la muestra con el objetivo de alcanzar la mayor representatividad.

Las encuestas dirigidas a personas profesionales en el campo de atención e intervención con mujeres se han aplicado de manera sistémica en las entidades, organismos o instituciones participantes no solo en territorio nacional, sino también, en ocasiones puntuales, en territorio extranjero. El total de la muestra alcanzada para esta encuesta ha sido de 78 profesionales, sin embargo; la tasa de respuesta en las preguntas varía en función de la aplicación de los instrumentos mencionados anteriormente, así como, por las respuestas nulas.

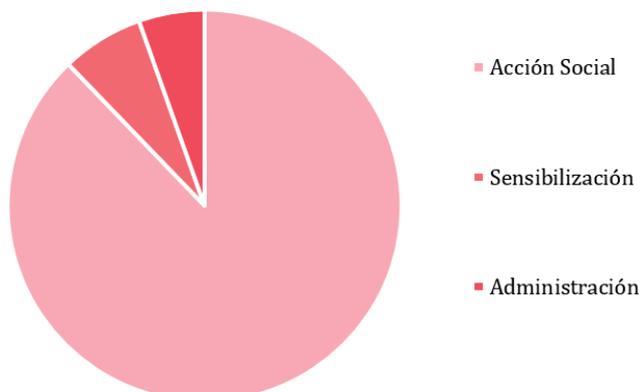
Entidad, organismo o institución participante

Del total de la muestra (N=78) para esta pregunta se han obtenido 71 respuestas válidas. La mayor parte de las personas encuestadas (29) pertenecen al Movimiento por la Paz el Desarme y la Libertad, - MPDL-, seguida de ALCER - Federación nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón - (5), del Servicio Madrileño de Salud - SERMAS - (3), de Asociación Barró (2) y de Fundación Pioneros (2). Las entidades, organismos o Instituciones mencionadas a continuación tienen representación en este estudio por una (1) persona de su equipo, a saber: Gerencia de Atención Primaria de la CAM, Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, Fundación Santo Hospital Residencial Inmaculada de Torreveja, Osakidetza, Servicio Cántabro de Salud, Hospital Mompía, Gobierno de Cantabria, Asociación de familiares y personas con enfermedad mental de Asturias (AFESA), Concello de Melide, Gobierno de La Rioja, Servicio Riojano de Salud -SERIS-, Mancomunidad de los Pueblos de Moncalvillo, CC.OO de La Rioja, Cocina Económica de Logroño, Distinto Formación, Provivienda, Accem, Grupo 5, Trama, Fundación Atenea, Confederación Nacional de Mujeres en Igualdad, Antonio Corripio, Asociación Color, Asociación Española contra el Cáncer -AECC-, Médicos del Mundo, Federación de Mujeres Progresistas, Fundación Cepaim, Fundació Pere Tarrés, Fundació Àmbit Prevenció y Secretaria de Cultura de Bogotá.

Area de trabajo

Del total de la muestra (N=78), para esta pregunta se han obtenido 74 respuestas válidas. El **área de acción social** supone el 88 % de la representación ya que recibe 65 respuestas y en entre ellas se encuentran todas las respuestas que tienen que ver con la Intervención social directa desde lo más general a lo más específico: sanidad (10), social (6), servicios sociales (4), trabajo social (5), inclusión social (2), socio sanitaria (2), área asistencial (1), salud mental (6), protección internacional (5), mujer y género (4), laboral (4), jurídica (3), área humanitaria (3), inmigración (1), inmigración y salud (1), adicciones (1), acogimiento familiar (1), servicio de asistencia y orientación a víctimas de discriminación racial o étnica (1), servicio de apoyo a jóvenes en proceso de autonomía (1), rehabilitación psicosocial (1), empleo y salud (1), programa de medidas judiciales en medio abierto con menores (1), prevención institucionalización infantil (1). El **área de sensibilización** recoge cinco respuestas: sensibilización (4), políticas sociales e igualdad (1); mientras que el **área de administración** incluye cuatro repuestas que son las siguientes: coordinación (3), administración (1).

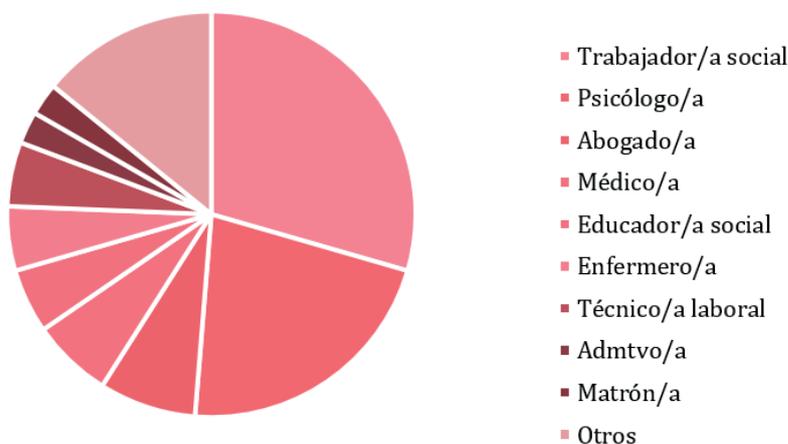
Áreas de trabajo



Profesion de las personas encuestadas

Del total de la muestra (N=78), para esta pregunta se han obtenido 78 respuestas válidas siendo claramente las profesiones más presentes en primer lugar: trabajo social y, en segundo lugar: psicología. Las respuestas según su nivel de representación son las siguientes: trabajador/a social (23), psicólogo/a (17), abogado/a (6), médico/a (5), educador/a social (4), enfermero/a (4), técnico laboral (4), administrativo/a (2), matrn/a (2), auxiliar (1), economista (1), integradora social (1), maestra (1), nutricionista (1), pedagoga social (1), sindicalista (1), socióloga (1), técnica de enfermería (1), técnica de intervención (1), técnica socioeducativa (1).

Profesiones representadas en la encuesta



Percepción sobre la salud y las condiciones de vida de las mujeres

Al tratarse esta de una pregunta abierta, se dan por válidas todas las respuestas obtenidas del total de la muestra (N=78). De 78 profesionales que han ofrecido respuesta, 6.41% (es decir 5 personas) han considerado que las condiciones de vida de las mujeres son buenas y favorables para su desarrollo.

Sin embargo, el grueso de las respuestas (74 personas), se mueven en un margen de disconformidad y reivindicación sobre las situaciones de exclusión y desigualdad que afectan directa y negativamente a las mujeres y a su proceso de desarrollo e inclusión a todos los niveles.

En primer lugar, y como concepto más repetido, se encuentra el mantenimiento del rol de la mujer como encargada de los cuidados de la familia y el hogar como uno de los mayores agravantes en materia de igualdad, y por tanto en las condiciones de vida y salud de las mujeres. La ausencia o falta de corresponsabilidad aumenta la carga mental en las mujeres, llegando a afectar gravemente su salud en todos sus planos. El desarrollo de esta parcela de la vida familiar es determinante en la progresión profesional de las mujeres; donde, con mucha diferencia, y principalmente debido

a problemas de conciliación, ellas están peor remuneradas, consideradas y realizadas que los hombres. La presión social hacia la adquisición de esos comportamientos relacionados con los cuidados se adquiere desde la infancia.

Como segunda idea más repetida se encuentra el hecho de que la situación anterior se vuelve insostenible cuando hablamos de unidades familiares monomarentales o de mujeres migradas. Se trata en ambos casos de sostenes familiares que han de enfrentar de manera solitaria todos los desafíos para lograr unas condiciones de vida dignas, sin ser alcanzables siempre.

A través de las respuestas, se recoge que el racismo de la sociedad impide ver a las mujeres migradas como personas titulares de derecho; por ello, en muchos casos el contexto que encuentran en destino es tan desfavorable, que su desarrollo está supeditado al apoyo y la atención que puedan recibir de las administraciones, organismos o entidades. Con normalidad, la dificultad de regularizar su situación administrativa, es decir: gestionar el permiso de residencia y trabajo (NIE), obliga a estas mujeres a desenvolverse en economía sumergida como única alternativa de supervivencia durante varios años. Esta relación supone una vinculación directa con el desarrollo de trabajos en el sector limpieza, cuidados o incluso, agricultura; abocándolas, en muchos casos, a problemas de salud crónicos; no sólo por el esfuerzo físico y mental que estas ocupaciones conllevan, sino porque la falta de seguridad en el trabajo aumenta el riesgo de lesiones y de desarrollo de enfermedades ocupacionales. Además, estas mujeres trabajan en condiciones laborales pésimas, estando expuestas a agresiones, explotadas con jornadas que, en muchas ocasiones, superan las 40 horas semanales y con sueldos que pueden estar lejos del SMI. La precariedad laboral o la ausencia de empleo tiene un impacto directo en los riesgos para la salud de las mujeres.

Las respuestas reflejan que la dificultad de acceder a los servicios de atención específicos y la poca adecuación de los mismos a las necesidades concretas culturales, sociales y personales de las mujeres y el desconocimiento del funcionamiento local; provocan que las mismas desconozcan el concepto de autocuidado y, por ende, no conciben ni contemplen su desarrollo e ignoren su propio estado de salud mental. La vulnerabilidad en el progreso de estas mujeres junto con su proceso de migración trae a sus presentes situaciones de violencias, agresiones, desestructuración familiar, falta de recursos... etc., que no pueden compartir ni tratar; sospechando el consecuente desarrollo de enfermedades mentales que afectan directamente en su rutina diaria y en sus condiciones de vida. En otras ocasiones sucede lo contrario, las mujeres migradas viajan con dolencias físicas desde origen y en destino son sobremedicadas por diagnóstico de enfermedad mental (depresión, ansiedad, estrés... etc.), sin llegar a estudiar su sintomatología de forma integral concibiendo los aspectos sociales y personales además de los médicos.

El acceso a la vivienda es, de igual manera, un factor determinante en la salud de las mujeres. Su más baja remuneración, la ausencia de contratos laborales, o las situaciones administrativas personales, provocan que muchas unidades familiares no cuenten con una vivienda digna, vivan en condiciones de hacinamiento e inseguridad y se vean obligadas a participar de las redes de mafias con respecto al acceso del empadronamiento por medio del desembolso de grandes cantidades de dinero, con todas las consecuencias negativas que todo esto acarrea para la salud.

En cuanto a la atención médica, las respuestas muestran una clara falta de perspectiva de género en el estudio, tratamiento y seguimiento de enfermedades de las mujeres. No se aplica en la atención un enfoque integral que considere los aspectos médicos y las implicaciones psicosociales y de ello, no es ilógico encontrar un mayor consumo de ansiolíticos y antidepresivos por parte de las mujeres. Además, cuando por todo lo explicado anteriormente estas mujeres enferman, debido a su escasa red social de apoyo, nadie ejerce sobre ellas el cuidado que precisan, por lo que se ven obligadas a vivir en soledad el proceso de la enfermedad. También cabe mencionar la representatividad en las respuestas que tiene la dificultad de las mujeres en general, y las mujeres migradas en particular, para acceder a servicios médicos concretos de salud sexual y reproductiva, lo cual tiene un impacto negativo directo en las condiciones de vida y salud de las mujeres. Cuando no se facilita el acceso a sanidad de las mujeres migradas se impide el correcto desarrollo de seguimiento de salud, especialmente de embarazos y pospartos en los casos de obstetricia y ginecología. Esto supone que a dichos servicios solo puedan acceder de forma privada las mujeres que cuentan con recursos económicos para sufragarlos personalmente.

Como conclusión, las respuestas exponen la situación de que en general las mujeres están expuestas a una mayor vulnerabilidad en sus condiciones de vida y salud porque con frecuencia no existe la posibilidad para estas mujeres de atender necesidades propias o establecer hábitos saludables, por falta de tiempo, recursos, apoyos o desconocimiento.

Situaciones de discriminación a las que se enfrentan las mujeres en las instituciones, especialmente las sociosanitarias y justificación

Al tratarse esta de una pregunta abierta, se dan por válidas todas las respuestas obtenidas del total de la muestra (N=78). De 78 profesionales que han respondido, solo una persona manifiesta no conocer situaciones de discriminación a las que se enfrentan las mujeres, por el contrario, el resto de las respuestas se unifican para poner de relieve una realidad compleja en cuanto a la atención a las mujeres desde las instituciones.

Como circunstancia principal, y en relación con las instituciones sanitarias, se expone una obvia falta de perspectiva de género en el desarrollo de la medicina y su aplicación. El estudio tradicional de medicina se lleva a cabo históricamente por hombres y se realiza sobre los cuerpos de los hombres; dejando fuera las posibles diferencias que puedan existir para con el cuerpo de las mujeres. Esto conlleva a la no identificación de sintomatología específica de las mujeres por su desarrollo fisisiológico. Por otro lado, la situación de muchas mujeres en la atención sanitaria conlleva una medicalización excesiva y, a través de la minimización de síntomas, dolencias físicas o situaciones sociales de riesgo como pueden ser indicios de violencia de género, quedan encubiertas y son diagnosticadas como problemas de salud mental. Además, se percibe una considerable representación de la discriminación que las mujeres reciben de los servicios específicos de salud sexual y reproductiva; entendiéndose que la responsabilidad de muchos de los diferentes tratamientos (fertilidad, métodos anticonceptivos hormonales...etc.) recaen sobre ellas. Por otro lado, y en relación con estas circunstancias, vuelve a ser representada en las respuestas el doble papel que cumple la mujer enferma, tanto el rol de paciente, como el rol de cuidadora.

Además, por medio de las respuestas se recogen una serie de barreras que dificultan una atención adecuada a las mujeres y que, por tanto, suponen formas de discriminación hacia ellas. Por un lado, se encuentran las barreras culturales, por las que no solamente las mujeres reciben discriminación por no hablar el mismo idioma desde el que se les atiende, dejándoles al margen del sistema y no concibiendo sus situaciones como susceptibles de ser atendidas; sino que, cuando logran esa atención, no se abordan sus demandas de forma integral ni se tiene en cuenta la perspectiva interseccional que contempla otras especificidades concretas en cada caso. Es muy frecuente infantilizar a estas mujeres restándoles de criterio y credibilidad propia. Por otro lado, en las respuestas se encuentra representación de las barreras administrativas y burocráticas a las que las mujeres hacen frente. Desde las dificultades en el acceso a sanidad (limitado por la situación administrativa) que, de no estar regulado conlleva facturación del servicio con lo que ello implica; hasta la falta de información sobre protocolos básicos que permitan a las mujeres el ejercicio de sus derechos (por ejemplo, comúnmente las mujeres migrantes no son conocedoras de que pueden acceder a servicios médicos). El hecho de que los trámites conlleven tramitación de documentación específica, recolección de información, citas, esperas, recursos...etc., no facilita, sino todo lo contrario, todas estas gestiones a las mujeres. También se repite a lo largo de las respuestas la presencia de las barreras digitales como una forma de discriminación hacia las mujeres que, o bien por edad, o bien por cultura, o bien por ausencia de oportunidad de aprendizaje, no han podido desarrollar conocimientos que les permitan manejarse con independencia y autonomía por las administraciones.

Centrando las respuestas en cuanto a la atención desde las instituciones sanitarias, se obtiene del análisis, una falta de empatía y de escucha hacia las demandas y situaciones de las mujeres por las que pueden ser sometidas a infantilización, sobre-medicación y menosprecio de la percepción del dolor propio. Además, se entiende que hay racismo en la atención a las mujeres migradas, de quienes, muchas veces se ha dudado de la motivación para migrar y a quienes se les proporcionan juicios de valor que no son necesarios para la atención médica. Las mujeres a menudo tienen menos oportunidades para participar activamente en la toma de decisiones sobre su atención médica, lo que puede resultar en tratamientos inapropiados o falta de consideración de sus preferencias y necesidades individuales. También se considera que existen machismo en la atención a las mujeres quienes pueden experimentar prejuicios de género por parte del personal de salud o social, lo que puede afectar a la calidad y el tipo de atención que reciben. Además, es común el acoso sexual y laboral en estos entornos, creando situaciones de incomodidad y vulnerabilidad para las mujeres. Se suma a esta situación la transfobia y el desconocimiento y prejuicios sobre las realidades trans. Por otro lado, se refleja la sub-representación de las mujeres en las causas que posibilitan las incapacidades laborales, al no tener en cuenta que algunas dolencias propias de las mujeres (dismenorrea, endometriosis, desajustes hormonales...etc.) pueden limitar directamente el desarrollo diario de las mujeres. Además, debido a su común peor situación laboral, las mujeres tienen menos recursos económicos para acceder a tratamientos específicos frente a los hombres. Por último, y en relación con la atención, cabe mencionar que las mujeres reciben una negación emocional hacia su desarrollo, por la que no cuentan con un acompañamiento desde las instituciones, lo cual las aboca a la soledad en su proceso.

Laboralmente hablando, de las respuestas se extrae que, en las instituciones sociosanitarias, las mujeres a menudo se enfrentan a formas de discriminación que afectan su experiencia laboral y su acceso a servicios. Una de las principales áreas de discriminación es la brecha salarial y las oportunidades laborales desiguales. Además, persisten estereotipos de género que limitan las oportunidades de las mujeres en estas instituciones. La falta de apoyo para la conciliación entre el trabajo y la vida familiar es otra área problemática. Las políticas y prácticas laborales suelen no ser inclusivas, lo que dificulta que las mujeres equilibren sus responsabilidades laborales y familiares de manera efectiva. Además, las mujeres pueden estar sub-representadas en los niveles de toma de decisiones y en los órganos de gobierno de estas instituciones, lo que limita su capacidad para influir en las políticas y programas que las afectan directamente.

En cuanto a la justificación de estas situaciones de las respuestas se analiza una clara coincidencia en la falta de formación específica en las personas profesionales que trabajan desde estas instituciones (en violencia de género, interseccionalidad, mediación cultural...etc.) y la facilitación de nuevas herramientas que agilicen su trabajo. Este argumento viene seguido de la falta de recursos personales y materiales que hay en estas instituciones. También se considera a la Administración como un ente alejado de la población que no facilita los trámites y que, así como la ausencia de políticas y prácticas inclusivas en las instituciones sociosanitarias, contribuye a estas situaciones de discriminación.

Mejoras propuestas para abordar de una manera integral aspectos relacionados con la salud bio – psico – social de las mujeres desde las organizaciones/ instituciones

Al tratarse esta de una pregunta abierta, se dan por válidas todas las respuestas obtenidas del total de la muestra (N=78). De las respuestas obtenidas, se plantean las siguientes propuestas, a modo de conclusión, como formas de mejora en la atención de las mujeres desde las organizaciones e instituciones.

- ✦ Formación especializada a los equipos profesionales de atención a mujeres en materias tales como: violencia de género, feminismo e igualdad, integración cultural, interseccionalidad, sensibilización y trabajo en red entre otros.
- ✦ Ampliación de los recursos a todos los niveles:
 - Ampliar nº de profesionales, especialmente en salud mental.
 - Incorporar mediadores culturales.
 - Incorporar intérpretes y traductores en servicios esenciales.
 - Reducir las ratios en educación.
 - Ampliar el nº de plazas de los recursos específicos para mujeres.
- ✦ Atención e intervención centrada en la persona, mediante la cual las mujeres son conocedoras y participan activamente en las decisiones que influyen en su proceso de desarrollo.
- ✦ Incorporación del acompañamiento durante la intervención como forma de generar una buena adherencia a la misma y con el fin de impulsar el desarrollo de la autonomía e independencia y facilitar el seguimiento psicosocial de las mujeres.
- ✦ Aumento de los servicios de apoyo psico-emocional para las mujeres.
- ✦ Empoderamiento económico y social de las mujeres mediante programas que promuevan la capacitación laboral y el acceso a oportunidades de empleo digno.
- ✦ Trabajo interdisciplinar en red que fomente la coordinación continua entre las partes implicadas.
- ✦ Desarrollo de planes profesionales que contemplen el acceso de las mujeres a servicios específicos de atención médica y social.
- ✦ Protección especial para mujeres migradas, mujeres en riesgo de exclusión, unidades familiares monomarentales.

- 🚩 Abordaje de la salud integral de las mujeres desde un enfoque holístico que considere los aspectos biopsicosociales y con el que se atiende a las mujeres de forma integral, interseccional, respetuosa y coordinada bajo un enfoque con perspectiva de género que no solo aborda las necesidades físicas sino también emocionales y sociales de las mujeres.
- 🚩 Desmedicalización de la atención a la salud.
- 🚩 Prevención de la violencia de género, con políticas y programas específicos y servicios de apoyo para mujeres víctimas. Promoción de la inclusión y diversidad en todos los servicios y programas, respetando las diversas identidades.
- 🚩 Incorporación una perspectiva antirracista que promueva la aceptación de la idea de la mujer como ser de derechos.
- 🚩 Incluir formación sobre psi coeducación tanto al profesorado como al alumnado de centros educativos.
- 🚩 Programación de talleres profesionales de cuidados de equipos de trabajo que atienden a mujeres en situaciones de vulnerabilidad.
- 🚩 Ampliación de los horarios de atención para facilitar el acceso a las mismas a las mujeres.
- 🚩 Desarrollo de intervención grupal como manera de crear y fortalecer redes informales de apoyo social entre mujeres.
- 🚩 Facilitación de clases de español para las mujeres usuarias cuya barrera idiomática las deja al margen de recibir atención especializada.
- 🚩 Facilitación de trámites administrativos y burocráticos a través de talleres de información sobre protocolos de acceso a los servicios y sobre los derechos de las mujeres.

Buenas prácticas realizadas desde las instituciones y organizaciones

Al tratarse esta de una pregunta abierta, se dan por válidas todas las respuestas obtenidas del total de la muestra (N=78). De las respuestas obtenidas, se plantean las siguientes prácticas, a modo de conclusión.

- 🚩 Control de habilidades sociales para trabajar con mujeres. Desarrollo de empatía y escucha activa.
- 🚩 Cualificación profesional del equipo. Formación continua como manera de actualizar los conocimientos, los protocolos y la atención a las mujeres.
- 🚩 Incorporación de profesionales de la interpretación y traducción que faciliten la intervención con las mujeres y aseguren su derecho a ser atendidas.
- 🚩 Presencia de mediador/a intercultural en el equipo de trabajo.
- 🚩 Inclusión de la perspectiva de género en la atención integral, tanto individual como grupal.
- 🚩 Aplicación de un programa de fomento de bienestar emocional y psicosocial.
- 🚩 Atención no discriminatoria por ningún motivo.
- 🚩 Ejecución de planes de acompañamiento personalizado durante el proceso de intervención.
- 🚩 Impulso de la atención centrada en la persona de forma individualizada e interdisciplinar en las que se respeten las decisiones de las mujeres usuarias.
- 🚩 Desarrollo de programas que fomentan el desarrollo de autonomía de las mujeres usuarias.

- 🔊 Desarrollo de programas que fomenten el empoderamiento, la autoestima y la capacitación de las mujeres usuarias.
- 🔊 Creación de áreas de trabajo específicas destinadas a la cobertura de necesidades concretas (por ejemplo: área de inclusión laboral para las mujeres).
- 🔊 En el área laboral, contemplar el historial profesional de las mujeres antes de su proceso de migración, entendiendo sus intereses profesionales.
- 🔊 Existencia del área de mujer y protocolo de detección de situaciones de violencia de género.
- 🔊 Desarrollo de trabajo en red.
- 🔊 Planificación de talleres de formación sobre temas de interés para las mujeres (por ejemplo, de salud sexual y reproductiva).
- 🔊 Ejecución de talleres de información sobre recursos y formas de acceder para las mujeres.
- 🔊 Desarrollo de formación específica sobre feminismo, igualdad, anti-racismo y transversalidad.
- 🔊 Desarrollo de seminarios sobre educación social actualizada.
- 🔊 Creación de un espacio propio para dar voz a las mujeres migradas.
- 🔊 Fomento de los espacios seguros en ambientes sanitarios donde las mujeres pueden aprender y exponer dudas.
- 🔊 Ejecución de planes de apoyo para la conciliación.
- 🔊 Creación de espacio que trabaja la desculpabilización de las mujeres a favor de su autoestima.
- 🔊 Desarrollo de actividades culturales, artísticas o físicas como espacio de autocuidado.
- 🔊 Empoderamiento del trabajo comunitario.



www.mpdl.org

