



**Mental
Health
Europe**

Equal rights.
Better mental health.
For all.

Diciembre de 2025

Repensar para reconstruir: Hacia sistemas de salud mental basados en los derechos y con justicia de género en Europa

Repensar para reconstruir:
Hacia sistemas de salud mental basados en
los derechos y con justicia de género en
Europa

2025

Descargo de responsabilidad: Este documento ha sido traducido del inglés utilizando un software de traducción automática; por lo tanto, no se garantiza la exactitud de la traducción.

«Porque las herramientas del amo nunca dismantlarán la casa del amo. Puede que nos permitan vencerlo temporalmente en su propio juego, pero nunca nos permitirán lograr un cambio genuino. El racismo y la homofobia son condiciones reales de todas nuestras vidas en este lugar y en este momento. Insto a cada uno de nosotros aquí presentes a que profundicemos en ese lugar profundo del conocimiento dentro de nosotros mismos y toquemos ese terror y ese odio hacia cualquier diferencia que vive aquí. Ver qué rostro tiene. Entonces, lo personal como lo político puede comenzar a iluminar todas nuestras elecciones».

Audre Lorde

Autora:

Dra. Ugnė Grigaitė

Copropietaria, directora de proyectos e investigadora de la ONG Mental Health Perspectives, www.perspektyvos.org;

Doctora en Salud Pública Global, Instituto de Salud Mental Global de Lisboa, Centro de Investigación Integral en Salud, Facultad de Medicina NOVA, Universidad NOVA de Lisboa.

Revisores:

Ann-Katrin Orr, responsable de políticas de MHE, y Camille Roux, directora de políticas de MHE.

Editor:

Nabil Sanaullah, director de comunicaciones de MHE.

Diseño y maquetación:

Alexandre Verlinden, de Grat-Grat.

Por encargo de Mental Health Europe

Agradecimientos:

Agradecemos sinceramente a Cianán B. Russell e ILGA Europe, Camille Butin y la Red Europea de la IPPF, Julieann Cullen y la Red Mundial de Pares en Salud Mental, Giulia Traversi y el Foro Europeo de la Discapacidad, y EIGE por su inestimable orientación, asesoramiento y contribuciones esenciales.

Índice

Resumen.....	6
Introducción	8
Por qué el género es importante en la salud mental: alcance y objetivos del informe	8
Perspectiva interseccional y basada en los derechos	8
Realidades actuales en Europa y su impacto en la salud mental	10
Desigualdades de género, violencia de género y salud mental de las mujeres y las niñas	10
Mujeres lesbianas, bisexuales, trans e intersexuales: marginación e impacto en la salud mental.....	13
Discapacidad psicosocial y realidades de género de la coacción y la institucionalización	15
Misoginia médica y devaluación de la experiencia vivida en los sistemas de salud mental y atención sanitaria.....	18
Género e interseccionalidad en la salud mental	20
Relevancia práctica del modelo psicosocial de la salud mental	20
Retos de la falta de datos y los sistemas de salud mental que ignoran el género	21
Investigación, políticas y prácticas participativas e inclusivas	21
Enfoques holísticos de la salud mental.....	23
Determinantes sociales y enfoque de recuperación	23
Atención informada sobre el trauma y la violencia.....	23
Políticas de la UE sobre igualdad de género y salud mental	26
Resumen de los principales marcos de la UE.....	26
Lagunas y compartimentación: falta de integración entre las agendas de salud mental e igualdad de género	29
Conclusión.....	31
Recomendaciones políticas	32
Recomendaciones para las instituciones de la UE:	32
Recomendaciones para los Estados miembros:	33
Anexo 1: Métodos.....	35
Metodología y enfoque ético	35
Reflexividad y reflexión metodológica.....	35
Anexo 2: Glosario de términos.....	37

Resumen

Este estudio exploratorio a nivel de la UE examina la intersección entre el género y la salud mental, analizando las experiencias de las personas que se identifican como mujeres, y ofrece recomendaciones políticas basadas en pruebas y en los derechos humanos para los responsables políticos de la UE y nacionales. Destaca las realidades de la salud mental de las mujeres, incluidas las mujeres lesbianas, bisexuales, trans e intersexuales (LBTI+) y las mujeres con discapacidades psicosociales, y proporciona datos que sirven de base para políticas inclusivas, sensibles al género y orientadas a la recuperación. Muestra que, a pesar de los compromisos de la UE con la igualdad de género, la salud mental y los derechos de las personas con discapacidad, estas agendas y los datos y herramientas de seguimiento relacionados siguen estando fragmentados.

Las desigualdades sistémicas de género influyen directamente en los resultados de salud mental de las mujeres. Las disparidades socioeconómicas, incluidas las diferencias salariales y de pensiones entre hombres y mujeres, el trabajo precario y las responsabilidades de cuidado desproporcionadas, amplifican los factores de estrés para la salud mental. Uno de los determinantes más importantes de la salud mental de las mujeres es la exposición a la violencia de género, que aumenta el riesgo de padecer problemas de salud mental, mientras que aquellas que padecen trastornos de salud mental corren un riesgo mucho mayor de sufrir violencia de género. Los grupos marginados, como los migrantes, los refugiados, las mujeres racializadas y las mujeres LBTI+, se enfrentan a importantes obstáculos adicionales para acceder a una atención de salud mental segura, informada sobre el trauma y la violencia y orientada a la recuperación. Las mujeres LBTI+ suelen sufrir riesgos agravados para su salud mental debido al estigma, el estrés de las minorías y la exclusión sistémica, lo que incluye a las mujeres trans, que se enfrentan a una mayor violencia, mientras que las mujeres intersexuales son objeto de intervenciones médicas no consentidas de manera desproporcionada.

Los prejuicios de género a menudo dan lugar a que las experiencias de las mujeres se minimicen, se descarten o se medicalicen en exceso, lo que agrava los ciclos de desempoderamiento, incluso dentro de los servicios y las instituciones. Las mujeres con discapacidades psicosociales están expuestas de manera desproporcionada a la violencia sexual, las prácticas coercitivas, la medicación forzada, el aislamiento y, en algunos casos, la esterilización forzada o la denegación de los derechos reproductivos. Estas violaciones causan daños inmediatos y a largo plazo a la salud mental y a la confianza en los sistemas de atención sanitaria y de apoyo. Estas prácticas erosionan la autonomía corporal, exacerbando el trauma y violan la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNCRPD).

Este informe subraya un mensaje urgente: las políticas de salud mental que pasan por alto el género y las políticas de igualdad de género que descuidan su intersección con la salud mental corren el riesgo de reforzar las desigualdades y excluir aún más a las poblaciones marginadas. Comprender el género y la salud mental requiere una perspectiva interseccional, que reconozca cómo la posición social, la identidad y las desigualdades estructurales configuran la salud mental. Esto se ajusta al modelo psicosocial de la salud mental, que sitúa la salud mental en contextos de vida más amplios. Los determinantes sociales y ambientales, como la pobreza, la desigualdad, la violencia y el trauma, influyen significativamente en los resultados de salud mental.

El apoyo entre pares y basado en la comunidad es crucial, pero cuenta con una financiación insuficiente. Es urgente reforzar estos apoyos junto con la atención profesional. La recuperación personal debe respaldarse mediante sistemas de apoyo complejos que incluyan el apoyo entre pares, servicios comunitarios accesibles y políticas inclusivas que, en su diseño y práctica, reconozcan a las personas con experiencia vivida y actual

como expertas en su propia recuperación, haciendo hincapié así en la autonomía, la elección y la participación significativa.

Reimaginar los sistemas de salud mental, tanto en las políticas como en la práctica, desde una perspectiva de justicia de género requiere un cambio estructural. Es esencial incorporar un enfoque sensible al género, justo en materia de género, basado en modelos psicosociales y orientado a la recuperación en las estrategias de salud, igualdad, discapacidad y derechos humanos. Las políticas deben abordar la violencia de género, las cargas desiguales en la prestación de cuidados, las normas restrictivas y la discriminación institucional, al tiempo que promueven enfoques que tengan en cuenta el trauma y la violencia, sean participativos, estén dirigidos por los supervivientes, sean psicosociales, se basen en los derechos humanos y estén orientados a la recuperación. Incorporar la justicia de género en la salud mental es una obligación en materia de derechos humanos y un imperativo de interés público, en consonancia con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Convenio de Estambul y los compromisos de la UE en materia de igualdad y derechos humanos.

Introducción

Por qué el género es importante en la salud mental: alcance y objetivos del informe

El género determina fundamentalmente la forma en que las personas experimentan, expresan y responden a los problemas de salud mental, pero a menudo es invisible y sigue siendo marginal en los marcos políticos dominantes en materia de salud mental. Desde las condiciones sociales y los traumas que contribuyen al malestar hasta la forma en que se diagnostica, trata, apoya o excluye a las personas de la atención sanitaria, el género es un factor decisivo que determina los resultados en materia de salud mental.¹

Se observan patrones distintos en los diferentes grupos. Las mujeres se ven afectadas de manera desproporcionada por la ansiedad, la depresión y los trastornos relacionados con el estrés, a menudo vinculados a la distribución desigual de las responsabilidades de cuidados no remunerados, la exposición a la violencia de género y las desigualdades estructurales persistentes.² Por el contrario, los hombres son más propensos a sufrir presiones relacionadas con las normas dominantes de masculinidad, como las expectativas de dureza, autosuficiencia y represión emocional. Estas «normas» pueden suponer un obstáculo para buscar ayuda y se asocian con tasas elevadas de consumo de sustancias y suicidio.^{3 4} Además, la prevalencia de la mala salud mental parece estar aumentando entre grupos específicos, en particular los hombres mayores y las mujeres jóvenes.⁵ Estas diferencias demuestran la importancia de desarrollar políticas y prácticas de salud mental que no solo respondan al género, sino que también desafíen activamente los estereotipos restrictivos, dañinos y binarios, y aborden los factores sistémicos que los sustentan.⁶

El presente informe tiene por objeto situar el género en el centro del debate sobre las políticas de salud mental a nivel de la UE, en lugar de relegarlo a un segundo plano. Al explorar cómo los sistemas de salud mental reproducen o se resisten a las desigualdades de género, identifica áreas clave para la transformación. Traza un mapa de las tendencias emergentes y destaca los retos que no se han abordado suficientemente, situándolos en un examen crítico del panorama actual de las políticas de la UE. A continuación, se formulan recomendaciones específicas y a varios niveles para crear sistemas de salud mental inclusivos y justos en materia de género. El objetivo no es solo informar, sino también sentar las bases para una defensa sostenida, garantizando que las futuras estrategias de salud mental e igualdad de género se basen en la equidad, la justicia y la experiencia vivida.

Perspectiva interseccional y basada en los derechos

Este informe adopta un enfoque interseccional y basado en los derechos para comprender el género y la salud mental en Europa. Basado en los principios de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNCRPD), reconoce la salud mental como una cuestión de salud pública, derechos humanos, justicia social y de género. Se aplica una perspectiva interseccional para explicar cómo las estructuras de opresión superpuestas, como la misoginia, el sexismo, la discriminación por discapacidad,

¹ Baños RM, Miragall M. (2024) El género importa: una pieza fundamental en la salud mental. *Revista Española de Psicología*. 27:e28. DOI:10.1017/SJP.2024.29

² Ibid.

³ Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, et al. (2010) Asociaciones transnacionales entre el género y los trastornos mentales en las encuestas mundiales de salud mental de la Organización Mundial de la Salud. *Arch Gen Psychiatry*. 66(7):785–795. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36

⁴ OMS (2025) La salud mental en el mundo hoy: últimos datos. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31714489-1345-4439-8b37-6cbdc52e15ca/content>

⁵ Eurofound (2025) Salud mental: grupos de riesgo, tendencias, servicios y políticas: <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/mental-health-risk-groups-trends-services-and-policies>

⁶ Red Europea de la IPPF: <https://en.europe.ippf.org/address-the-root-causes-of-gender-inequality>. Consultado el 22 de octubre de 2025.

la transfobia y la homofobia, pueden interactuar para configurar los resultados de salud mental, el acceso a la atención y las experiencias vividas de salud mental y discapacidad psicosocial. En lugar de tratar el género como una categoría binaria o aislada, este enfoque destaca cómo el género se cruza con otros ejes de identidad y poder, produciendo desigualdades en capas.

El informe se centra en los determinantes sociales y estructurales de la salud mental (por ejemplo, la violencia de género, la discriminación y la institucionalización) por encima de las explicaciones individualizadas, patologizadas o biomedicinalizadas del malestar. El método principal es documental y se basa en investigaciones que incluyen testimonios y testimonios de personas con experiencia vivida. Se hace hincapié en los grupos que a menudo quedan excluidos del discurso político dominante para garantizar que las recomendaciones se basen en la información proporcionada por las personas más afectadas. Este enfoque está en consonancia con el compromiso de Mental Health Europe (MHE) con los derechos humanos, la igualdad y la participación significativa en la reforma de la salud mental.

Para más detalles sobre la metodología basada principalmente en el trabajo documental, la reflexividad y las reflexiones éticas, véase el anexo 1. En el anexo 2 se incluye un glosario de los términos clave utilizados en el informe.

Realidades actuales en Europa y su impacto en la salud mental

Desigualdades de género, violencia de género y salud mental de las mujeres y las niñas

«Siento que una parte muy, muy importante de mi experiencia se debe al hecho de ser mujer. (...) Y ahora me siento muy insegura, tanto en el trabajo como en la calle. Es una paranoia constante pensar que alguien va a atacarme, porque el acoso es muy habitual. Bueno, así son las cosas. Casi siempre tengo presente que soy mujer, es muy difícil olvidarlo». – Una mujer con discapacidad psicosocial.⁷

Las mujeres y las niñas de toda la UE siguen sufriendo desigualdades de género sistémicas que influyen directamente en su salud mental. Las disparidades socioeconómicas, como las persistentes diferencias salariales y de pensiones entre hombres y mujeres⁸, las tasas más elevadas de trabajo a tiempo parcial y precario, y las responsabilidades asistenciales desproporcionadas, aumentan la exposición de las mujeres al estrés, la inseguridad financiera y la exclusión social. Estas desigualdades estructurales aumentan el riesgo de padecer trastornos de salud mental y limitan el acceso a los recursos y al apoyo, siendo la propia accesibilidad a menudo ya un problema.⁹ Al mismo tiempo, los sistemas de salud de toda Europa, en particular los de salud mental, carecen con frecuencia de una perspectiva sensible al género, y a menudo no tienen en cuenta cómo la salud mental de las mujeres se ve determinada por factores sociales más amplios.¹⁰ Esto subraya la necesidad de adoptar un enfoque psicosocial tanto para comprender la salud mental como para diseñar servicios y políticas. Las pruebas demuestran que las mujeres están representadas de manera desproporcionada entre los usuarios de los servicios de atención primaria de salud mental.^{11 12 13} Además, durante la última década, las tasas de suicidio han aumentado entre las mujeres menores de 20 años, lo que pone de relieve las vulnerabilidades emergentes que requieren estrategias de prevención que tengan en cuenta el género.¹⁴

La violencia de género es un factor crítico que socava la salud mental de las mujeres en Europa, con efectos profundamente adversos. La violencia de género constituye un importante problema de salud mental pública a nivel mundial, dada su prevalencia generalizada y sus consecuencias de gran alcance para la salud mental y el bienestar de las personas, así como para las comunidades, tanto a nivel local como mundial. Al menos una de cada tres mujeres¹⁵ ha sufrido violencia psicológica, económica, física o sexual, incluida la violencia doméstica y la violencia de pareja, con repercusiones profundas y duraderas en la salud mental y física, y consecuencias a largo plazo para la salud mental, como estrés postraumático, depresión, ansiedad, consumo

⁷ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Experiencias de mujeres con discapacidad en Lituania cuando se entrecruzan su género, discapacidad, violencia doméstica y servicios de salud mental. *Revista Disability and Health*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

⁸ Parlamento Europeo, Comisión de Empleo y Asuntos Sociales y Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género (2025) Informe sobre la brecha salarial y de pensiones entre hombres y mujeres en la UE: situación actual, retos y perspectivas de futuro, y elaboración de directrices para una mejor evaluación y una remuneración más justa del trabajo en los sectores dominados por las mujeres (2025/2038(INI)).

⁹ Red Europea de Periodismo de Datos (2021) Pagar o posponer: cómo trata Europa la depresión y la ansiedad.

https://www.europeandatajournalism.eu/cp_data_news/pay-up-or-put-it-off-how-europe-treats-depression-and-anxiety/

¹⁰ Justyna Kucharska (2018) Trauma acumulativo, discriminación de género y salud mental en las mujeres: el papel mediador de la autoestima, *Journal of Mental Health*, 27:5, 416-423, DOI: 10.1080/09638237.2017.1417548.

¹¹ Thompson, A.E., Anisimowicz, Y., Miedema, B. et al. (2016) La influencia del género y otras características de los pacientes en el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria: un estudio QUALICOPC. *BMC Primary Care*. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0>

¹² Gao, Y., Burns, R., Leach, L. et al. (2024) Examen de los servicios de salud mental entre las personas con trastornos mentales: una revisión bibliográfica. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05965-z>

¹³ Bernal Arenas M, Arroyo-Sánchez A, Torres Parejo Ú, Muñoz-Negro JE. (2025) Revisión sistemática y metaanálisis sobre las diferencias de género en el tratamiento de la ansiedad y la depresión. *Revista Internacional de Psiquiatría Social*. DOI: [10.1177/00207640251331898](https://doi.org/10.1177/00207640251331898)

¹⁴ Eurofound (2025) Salud mental: grupos de riesgo, tendencias, servicios y políticas. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/mental-health-risk-groups-trends-services-and-policies>

¹⁵ OMS (2021) Violencia contra las mujeres: estimaciones de prevalencia. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

de sustancias y tendencias suicidas. Las adolescentes también se ven afectadas por índices igualmente elevados de maltrato, en particular la violencia de pareja: casi una de cada cuatro adolescentes que han tenido una relación sentimental afirma haber sufrido este tipo de violencia en todo el mundo.¹⁶

Las mujeres que han sufrido violencia de género tienen al menos tres veces más probabilidades de desarrollar trastornos de salud mental que las mujeres que no han tenido esas experiencias. Por el contrario, las mujeres con trastornos de salud mental corren un mayor riesgo de ser víctimas de violencia de género. El riesgo es aún mayor para las mujeres con discapacidades psicosociales, que sufren índices de violencia entre dos y cinco veces superiores a los de las mujeres sin discapacidades.¹⁷ Estos daños suelen verse agravados por el estigma, la culpabilización de las víctimas y la exclusión social, que en conjunto pueden restringir la recuperación y limitar el acceso a una atención e adecuada. Las sobrevivientes de violencia de género suelen sufrir una nueva traumatización en sus interacciones con las instituciones, incluidas las de atención física y mental, las fuerzas del orden y los sistemas judiciales. Por ejemplo, si las sobrevivientes de violencia sexual acceden a apoyo en materia de salud mental en Irlanda, los equipos jurídicos que defienden a los presuntos autores pueden acceder a las notas de asesoramiento elaboradas por su terapeuta.¹⁸

A pesar de los compromisos a nivel de la UE, la prestación de servicios sigue estando infradotada y es desigual entre los Estados miembros. Las mujeres migrantes, refugiadas y pertenecientes a minorías, así como las mujeres con discapacidades psicosociales, se enfrentan a obstáculos adicionales para acceder a una atención y protección seguras y adaptadas al trauma y la violencia.¹⁹ Para abordar los efectos de la violencia de género en la salud mental se requieren enfoques centrados en las sobrevivientes y basados en sus experiencias vividas, que combinen una atención de salud mental accesible y adecuada y un apoyo complejo con intervenciones legales, sanitarias y sociales, al tiempo que se abordan las desigualdades estructurales más amplias y las «normas» culturales y sociales que sustentan la violencia.

«Supongo que la persona que abusó de mí sabía que yo era una persona vulnerable porque encontró los antidepresivos y sabía muy bien que eran medicamentos para el tratamiento de trastornos mentales. Me estigmatizaron. Me llamaban «psicópata» y cosas por el estilo». — Una mujer con discapacidad psicosocial.²⁰

«No hay ningún sistema, no saben cómo reaccionar cuando se produce un caso de violencia contra una persona con discapacidad. No tienen ni idea, ninguna institución sabe cómo actuar en estas situaciones. Eso es un hecho». — Una mujer con discapacidad psicosocial que vive en una institución y ha sufrido violencia doméstica.²¹

El clima político actual en Europa agrava estos retos. El auge de los movimientos antigénero, el retroceso de los derechos de las mujeres y la reacción contra las organizaciones que defienden la igualdad de género socavan los avances en materia de igualdad de género y debilitan la infraestructura de apoyo disponible para

¹⁶ LynnMarie Sardinha, Ilknur Yüksel-Kaptanoğlu, Mathieu Maheu-Giroux, Claudia García-Moreno (2024) Violencia de pareja contra las adolescentes: estimaciones de prevalencia regional y nacional y factores asociados a nivel nacional. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 8:9, 636-646. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(24\)00145-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(24)00145-7/fulltext)

¹⁷ Grigaitė, U. (2025) Respuestas a las necesidades de atención de salud mental de las sobrevivientes de violencia de pareja por parte de los servicios de salud mental en Lituania y Portugal. DOI: [10.13140/RG.2.2.11760.98563](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11760.98563)

¹⁸ Asociación Irlandesa de Psicoterapia Humanista e Integrativa (2025) Declaración de la IAHIP sobre el uso de notas terapéuticas en juicios por agresión sexual: <https://iahip.org/IAHIP-Statement-Therapy-Notes>

¹⁹ ACNUR (2024) Manual de integración: salud mental. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/mental-health/mental-health>

²⁰ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Experiencias de mujeres con discapacidad en Lituania cuando se entrecruzan su género, discapacidad, violencia doméstica y servicios de salud mental. *Revista Disability and Health*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

²¹ Elena Krasteva, Aneta Genova (2024) DESCONECTADAS: Instalaciones y programas conectados basados en la discapacidad para la prevención de la violencia contra las mujeres y los niños en Bulgaria. Fundación Kera: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_BG_EN_approved-1-1.pdf

las mujeres y las niñas. En el ámbito de la atención sanitaria, las mujeres siguen enfrentándose a formas de misoginia médica, como el rechazo de sus síntomas, la medicación excesiva o la patologización de su angustia, en lugar de reconocer sus raíces sociales y de género. Esto no solo profundiza la desconfianza en los servicios, sino que también perpetúa los ciclos de daño y exclusión. Estas dinámicas se intensifican aún más cuando el género se cruza con otros ejes de marginación. Por ejemplo, las mujeres que sufren racismo a menudo se enfrentan a barreras adicionales, como el reconocimiento sistemático insuficiente de su dolor o la minimización de sus síntomas, lo que pone de relieve la urgente necesidad de un enfoque interseccional tanto en la prestación de asistencia sanitaria como en el diseño de políticas.²²

Estas recientes tendencias políticas y sociales, junto con la austeridad en la atención sanitaria, están socavando significativamente la salud mental de las mujeres y su acceso a la atención de salud mental.²³ Estas tendencias crean un entorno hostil para las mujeres, amenazando sus derechos reproductivos, el reconocimiento de su identidad de género y su participación en la defensa de sus derechos.²⁴ Los defensores de los derechos humanos, en particular las mujeres, se enfrentan a un aumento del estigma, la intimidación y el estrés psicológico.²⁵ Los grupos marginados, como las mujeres migrantes, las mujeres con discapacidad y las mujeres LGBTI+, son especialmente vulnerables. El concepto de estrés minoritario es importante para ayudar a enmarcar estos resultados como el producto de opresiones sociales y estructurales que se entrecruzan, y no solo como factores individuales.²⁶

Al mismo tiempo, existen algunas iniciativas alentadoras a nivel de la UE, como se menciona en la sección «Resumen de los marcos clave de la UE» de este informe, que reconocen, al menos en parte, la importancia de abordar las desigualdades e intersecciones. Sobre el terreno, las organizaciones de la sociedad civil y los grupos de defensa de los derechos de las mujeres siguen prestando servicios innovadores de salud mental y apoyo basados en la comunidad, que a menudo cubren las lagunas críticas que dejan los sistemas formales.

En conjunto, las desigualdades de género, la violencia de género y la discriminación sistémica ponen de relieve la urgente necesidad de que las instituciones de la UE y los Estados miembros aborden de manera más integral la salud mental de las mujeres como una cuestión de derechos e igualdad. Esto requiere una inversión sostenida en servicios de salud mental sensibles al género, justos desde el punto de vista del género, informados sobre el trauma y la violencia y orientados a la recuperación, una aplicación más estricta de los compromisos de la UE para proteger a las mujeres y las niñas de la violencia, y una inclusión significativa de las mujeres con experiencia vivida en el diseño y el seguimiento de las políticas.

«Sabía que algo iba mal en mí, por el trastorno alimentario, porque había dejado de tener la menstruación (...). Fue entonces cuando empecé a ir al psicólogo e incluso al psiquiatra, y tomé antidepresivos. Fue muy difícil para mí. Pero en aquel momento, quizá me preguntaron por la violencia, pero, aunque lo hicieron, no hablaron más del tema. No tocamos el tema de la violencia». – Una mujer con discapacidad psicosocial.²⁷

²² MHE (2024) Los efectos de la discriminación racial en la salud mental: <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Report-The-mental-health-impacts-of-racial-discrimination.pdf>

²³ ONU Mujeres (2025) Los derechos de las mujeres 30 años después de Beijing: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2025/03/womens-rights-in-review-30-years-after-beijing>

²⁴ Frank C. Worrell (2023) Denegar el aborto pone en peligro la salud mental y física de las mujeres. *American Journal of Public Health*. 113, 382-383: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307241>

²⁵ Testimonios de defensores de los derechos sexuales y reproductivos atacados en Polonia: <https://defendthedefenders.eu>. Consultado el 22^{do} octubre de 2025. ²⁶ Matthew Rivas-Koehl, Dane Rivas-Koehl, Shardé McNeil Smith (2023) El modelo temporal de estrés interseccional de las minorías: Reimaginando la teoría del estrés de las minorías. *Revista de Teoría y Revisión Familiar*. <https://doi.org/10.1111/jftr.12529>

²⁷ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Experiencias de las mujeres con discapacidad en Lituania cuando se entrelazan su género, discapacidad, violencia doméstica y servicios de salud mental. *Revista Disability and Health*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

«La única solución que tengo [para los traumas] es ir al psiquiatra y llenarme de medicamentos. Tomo 15 pastillas al día. Tomo medicamentos. En cuanto al apoyo, nadie me ha recomendado nada nunca. Solo medicamentos, medicamentos y más medicamentos».- Una mujer con discapacidad psicosocial.²⁸

«Especialmente cuando era adolescente, cuando empecé a ir [al psicólogo], [la violencia doméstica] debería haberse planteado y haber recibido más atención. Porque crecí en una tensión extrema todo el tiempo. En todo tipo de vergüenza, culpa y tensión. Y eso nunca le interesó a nadie». – Una mujer con discapacidad psicosocial.²⁹

Mujeres lesbianas, bisexuales, trans e intersexuales: marginación y repercusiones en la salud mental

Las mujeres lesbianas, bisexuales, trans e intersexuales (LBTI+) a menudo se enfrentan a un conjunto específico de dificultades de salud mental que se ven determinadas por la intersección de experiencias de estrés por pertenecer a una minoría, estigma, discriminación y violencia. Las investigaciones y las pruebas comunitarias demuestran de forma sistemática que las mujeres LBTI+ corren un mayor riesgo de padecer trastornos y síntomas de salud mental, como depresión, ansiedad e ideas suicidas, en comparación con la población general.³⁰ Estos resultados se deben a la exclusión sistémica, el rechazo familiar, las narrativas sociales hostiles y la amenaza y las experiencias persistentes de violencia.

En toda Europa, las mujeres LBTI+ se enfrentan con frecuencia a obstáculos para acceder a servicios de salud mental seguros y afirmativos. La discriminación en los entornos sanitarios sigue siendo habitual e, incluso cuando no existe una hostilidad manifiesta, muchos proveedores carecen de la formación adecuada sobre cuestiones específicas de las personas LGBTQI. Esto da lugar a situaciones en las que las personas ocultan aspectos fundamentales de su identidad, lo que puede impedir la eficacia de la terapia, o son objeto de formas sutiles pero perjudiciales de invalidación.^{31 32} Además, la falta de proveedores de atención de salud mental y servicios de apoyo psicosocial con conocimientos sobre LGBTQI es especialmente grave para las mujeres migrantes y refugiadas que no pueden acceder fácilmente a la terapia en su lengua materna, lo que da lugar a largas listas de espera y a una mayor exclusión.³³

Dado que muchas mujeres LGBTQI+ también sufren precariedad socioeconómica, la atención sanitaria mental privada suele estar fuera de su alcance económico, lo que refuerza las desigualdades estructurales.³⁴ Las experiencias específicas agravan estos retos en diversos subgrupos. Por ejemplo, las mujeres lesbianas y bisexuales se enfrentan tanto a la hipersexualización como a la desexualización, y muchas de ellas están

²⁸ Patrícia Neca (2023) DESCONECTADAS: Instalaciones y programas conectados basados en la discapacidad para la prevención de la violencia contra las mujeres y los niños en Portugal. Fenacerci: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_PT_EN.pdf

²⁹ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Experiencias de las mujeres con discapacidad en Lituania cuando se entrecruzan su género, discapacidad, violencia doméstica y servicios de salud mental. *Revista Disability and Health*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

³⁰ Explorador de datos de la FRA: <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/2024/eu-lgbtiq-survey-iii>. Consultado el 22^{do} octubre de 2025.

³¹ Consejo de Europa (2024) Derecho al más alto nivel posible de salud y acceso a la asistencia sanitaria para las personas LGBTI en Europa: <https://rm.coe.int/prems-124824-gbr-2575-right-to-the-highest-attainable-standard-of-health/1680b1ba4d>

³² Bettergarcia, J., Matsuno, E., Conover K.J. (2021) Formación de profesionales de la salud mental en la atención afirmativa hacia las personas queer: una revisión sistemática. *Psicología de la orientación sexual y la diversidad de género*, vol. 8(3), 365-377. <https://psycnet.apa.org/buy/2021-92937-006>

³³ Nyikavaranda, P., Pantelic, M., Jones, C.J. et al. (2023) Barreras y facilitadores para buscar y acceder a apoyo en salud mental en la atención primaria y la comunidad entre las mujeres migrantes en Europa: una revisión sistemática «feminista». *Revista Internacional para la Equidad en la Salud*. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01990-8>

³⁴ Bianca D.M., Wilson, Allegra R. Gordon, Christy Mallory, Soon Kyu Choi, M.V. Lee Badgett (2021) Salud y bienestar socioeconómico de las mujeres LBQ en los Estados Unidos. <https://glma.org/docs/LBQ-Women-Mar-2021.pdf>

³⁵ Kinitz, D.J., Shahidi, F.V., Kia, H. et al. (2024) Empleo precario: una cuestión descuidada entre los trabajadores lesbianas, gais, bisexuales y transgénero. *Investigación sobre sexualidad y política social*. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-00950-3>

expuestas a la violencia sexual.³⁶ Las mujeres bisexuales suelen sufrir borrado, especialmente en las relaciones heterosexuales, lo que socava la afirmación de su identidad.³⁷ Además, las mujeres trans se enfrentan a ataques implacables por parte de movimientos antigénero y narrativas mediáticas hostiles que las retratan como amenazas en lugar de víctimas o supervivientes, lo que conduce al aislamiento social, a un aumento de la ansiedad³⁸ y a una reducción de la movilidad en los espacios públicos. También sufren niveles desproporcionados de violencia, incluido el homicidio, siendo las mujeres trans de color, las migrantes y las trabajadoras sexuales las que corren mayor riesgo.³⁹

Además de lo anterior, muchas mujeres intersexuales suelen ser sometidas a intervenciones no consentidas y médicamente innecesarias durante la infancia, lo que les provoca traumas a largo plazo y desconfianza hacia los profesionales sanitarios. Por lo tanto, las mujeres intersexuales se enfrentan a riesgos de salud mental especialmente graves, derivados de traumas médicos, familiares y sociales. Los procedimientos no consentidos y médicamente innecesarios que tienen como objetivo supuestamente «normalizar» sus cuerpos basándose en las «normas» sociales se llevan a cabo a menudo bajo una fuerte presión por parte de los médicos y las familias, lo que provoca a las personas daños a largo plazo en su salud mental, alteraciones en su integridad corporal y desconfianza hacia los profesionales sanitarios.⁴⁰ Dado que las cirugías de feminización son más comunes que las de masculinización, los niños intersexuales son desproporcionadamente orientados hacia la asignación del género femenino, independientemente de su identidad, lo que da lugar a una sobrerrepresentación de las mujeres intersexuales y a un número significativo de personas intersexuales trans y no binarias.⁴¹ Crecer en estas condiciones suele conllevar estrés familiar, estigma social y falta de modelos de apoyo para el desarrollo de la identidad. Como adultas, muchas mujeres intersexuales pueden retrasar o evitar buscar atención médica, incluido el apoyo a la salud mental, porque los propios proveedores de servicios pueden haber sido los autores de su trauma anterior. Esto refuerza los ciclos de exclusión, aislamiento y angustia no tratada, lo que subraya la urgente necesidad de una atención médica basada en los derechos y que tenga en cuenta el trauma y la violencia, así como el apoyo entre pares para las comunidades intersexuales.^{42 43}

Todas estas experiencias ilustran colectivamente el profundo impacto psicológico que tienen la patologización, la coacción, la marginación y el trauma para las mujeres LGBTI+. El apoyo entre pares basado en la comunidad desempeña un papel crucial para mitigar estos daños. Los grupos dirigidos por pares o informados por pares suelen ser los únicos espacios seguros y afirmativos disponibles para las mujeres LGBTI+ en toda la UE. Sin embargo, estas iniciativas siguen estando muy infrafinanciadas, suelen estar impulsadas por voluntarios y son vulnerables al colapso cuando las personas clave se agotan.⁴⁴ El fortalecimiento y la dotación de recursos a los centros comunitarios que pueden mantener el apoyo entre pares junto con la atención psicosocial profesional representa una intervención prometedora y urgentemente necesaria. Esta situación se ve agravada por la restricción de la financiación en toda la UE, lo que pone de relieve la necesidad

³⁶ Hequembourg, A. L., Livingston, J. A., Parks, K. A. (2014). Victimización sexual y riesgos asociados entre mujeres lesbianas y bisexuales. *Violencia contra las mujeres*, 19(5), 634-657. <https://doi.org/10.1177/1077801213490557>

³⁷ Emma M. Leonard (2021) La eliminación del monosexismo: una exploración del desarrollo de la identidad en las mujeres bisexuales. *Universidad Estatal de Missouri*. <https://bearworks.missouristate.edu/theses/3702>

³⁸ Cirley Novais Valente Junior, Adriane Mesquita de Medeiros (2022) Incongruencia entre la voz y el género: relación entre la autopercepción vocal y la salud mental de las mujeres trans. <https://doi.org/10.1016/j.ivoice.2020.10.002>

³⁹ Actualización del seguimiento de asesinatos de personas trans (2024) <https://tgeu.org/files/uploads/2024/11/TGEU-TMM-TDoR2024-Table-2.pdf>. Comunicado de prensa (2024): <https://tgeu.org/will-the-cycle-of-violence-ever-end-tgeus-trans-murder-monitoring-project-crosses-5000-cases/>

⁴⁰ Valentine Hallard (2024) Cuerpos intersexuales, cirugía y la búsqueda de la «normalidad». Centro de Investigación de Derechos Humanos: <https://www.humanrightsresearch.org/post/intersex-bodies-surgery-and-the-pursuit-of-normality>

⁴¹ Human Rights Watch (2017) «Quiero ser como me ha hecho la naturaleza»: Cirugías médicamente innecesarias en niños intersexuales en los Estados Unidos. <https://www.hrw.org/report/2017/07/25/i-want-be-nature-made-me/medically-unnecessary-surgeries-intersex-children-us>

⁴² OII Europa (2020) Informe sobre la situación de las personas intersexuales en Europa y Asia Central: <https://www.oii-europe.org/covid-19-survey-report/>

⁴³ OII Europa (2022) Encuesta de seguimiento sobre la COVID-19 y las personas intersexuales: <https://www.oii-europe.org/oii-europe-follow-up-covid-19-intersex-survey-2022/>

⁴⁴ Erin Howe y Somjen Frazer (2021) Financiación para hacer frente a las realidades cambiantes: organizaciones LGBTI sobre el estado de la financiación en Europa y Asia Central. Strength in Numbers Consulting Group para ILGA-Europa. <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/04/Funding-Meet-Changing-Realities-LGBTI-Organisations-State-Funding-Europe-Central-Asia.pdf>

crítica de dar prioridad a la salud mental tanto en las decisiones políticas como en las de financiación en el futuro.

⁴⁵Por último, las deficiencias estructurales en el diseño de las políticas y los servicios agravan todas estas desigualdades para las mujeres LGBTI+. Los programas de salud mental a nivel de la UE suelen ser inaccesibles para las organizaciones que trabajan con poblaciones marginadas de manera interseccional, especialmente en países donde las personas y comunidades LGBTQI+ ya están excluidas de la financiación estatal. Sin una financiación específica y una reforma sistémica, las necesidades específicas de salud mental de las mujeres LGBTI+ seguirán siendo ignoradas. Para abordar esta cuestión no solo se necesita financiación y formación para los proveedores de servicios, sino también la promoción de enfoques dirigidos por las sobrevivientes y arraigados en la comunidad, así como el reconocimiento de los factores únicos que provocan angustia entre las mujeres LGBTQI+: la exclusión familiar, el estigma social, las políticas antigénero, la patologización y la violencia medicalizada e institucional.

Discapacidad psicosocial y las realidades de género de la coacción y la institucionalización

Las mujeres y niñas con discapacidades psicosociales en la UE se enfrentan a violaciones profundas y persistentes de sus derechos, a menudo arraigadas en un legado y en aspectos remanentes de la institucionalización, la coacción y la discriminación sistémica. A pesar de algunos avances en las agendas de desinstitucionalización, muchas mujeres siguen recluidas en hospitales psiquiátricos, centros de atención residencial segregados u otros entornos segregados, donde están expuestas a un mayor riesgo de negligencia, coacción y violencia de género.^{46 47 48} Los entornos institucionales suelen exacerbar el malestar en lugar de aliviarlo, despojando a las mujeres de su autonomía, silenciando sus experiencias y reforzando el estigma en torno a la discapacidad y la salud mental.

A menudo se pasa por alto la dimensión de género de la institucionalización. Las mujeres con discapacidades psicosociales están expuestas de manera desproporcionada a la violencia sexual y de género en contextos institucionales, lo que incluye la medicación forzada, el aislamiento y, en algunos casos, la esterilización forzada o la denegación de los derechos reproductivos.^{49 50} Estas violaciones no solo causan un daño inmediato, sino que también tienen consecuencias a largo plazo para la salud mental, la autonomía corporal y la confianza en los sistemas de atención sanitaria y de apoyo. Estas prácticas son contrarias a los compromisos contraídos en virtud de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por la UE, que exige la protección de la capacidad jurídica, la libertad frente al abuso y la coacción, y el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Un enfoque de la desinstitucionalización que tenga en cuenta las cuestiones de género requiere garantizar que las mujeres tengan acceso a servicios comunitarios seguros que aborden específicamente los riesgos de violencia y proporcionen un apoyo integral. Esto incluye una financiación adecuada, formación del personal

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ MHE y Universidad de Kent (2017) Cartografía y comprensión de la exclusión en Europa: <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

⁴⁷ OMS Europa (2018) Salud mental, derechos humanos y normas de atención: evaluación de la calidad de la atención institucional para adultos con discapacidades psicosociales e intelectuales en la Región Europea de la OMS: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342203/9789289053204-eng.pdf?sequence=1>

⁴⁸ Grigaitė, U., Levickaitė, K., Juodkaitė, D., Goštautaitė-Midttun, N. (2025) Promoción de la desinstitucionalización basada en los derechos humanos en Lituania mediante la aplicación de las evaluaciones QualityRights de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Internacional para la Calidad en la Atención Sanitaria*, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae118>

⁴⁹ EDF y Fundación CERMI Mujeres (2017) Acabar con la esterilización forzada de mujeres y niñas con discapacidad: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/06/EDF-and-CERMI-Womens-Foundation-report-on-ending-forced-sterilisation-of-women-and-girls-with-disabilities.pdf>

⁵⁰ EDF (2022) Esterilización forzada de personas con discapacidad en la Unión Europea: https://www.edf-feph.org/content/uploads/2022/09/EDF_FS_0909-accessible.pdf

que tenga en cuenta las cuestiones de género y mecanismos que empoderen a las mujeres para que puedan ejercer su derecho a elegir y controlar sus vidas durante y después de la transición desde la atención institucional.

Según el Foro Europeo de la Discapacidad (EDF)⁵¹, las mujeres y niñas con discapacidad, incluidas aquellas con discapacidades psicosociales, siguen enfrentándose a una amplia gama de estereotipos perjudiciales. Estos refuerzan la discriminación y aumentan la exposición a la violencia, la exclusión y las violaciones de derechos, lo que a su vez también puede dar lugar a consecuencias profundamente adversas para la salud mental. Entre las suposiciones más comunes se encuentra la creencia de que las mujeres y las niñas con discapacidad no pueden cuidar de sus hijos o familiares, no deben tener hijos o son incapaces de tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su sexualidad. Estos conceptos erróneos alimentan prácticas como la esterilización forzada, la anticoncepción y el aborto sin consentimiento libre e informado, que están explícitamente prohibidas por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Convenio de Estambul. La exclusión de la educación sexual y de los servicios de salud sexual y reproductiva es habitual, lo que aumenta el riesgo de violencia sexual, explotación, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Otros estereotipos describen a las mujeres y niñas con discapacidad como menos merecedoras de educación, inadecuadas para determinados puestos de trabajo o incapaces de desempeñar funciones de liderazgo. Estos prejuicios afectan a su salud mental y bienestar, limitan su participación en las escuelas, los lugares de trabajo y la vida política, perpetuando ciclos de marginación, desempoderamiento y dependencia económica. Las mujeres y niñas con discapacidades psicosociales se ven aún más estigmatizadas por estereotipos y mitos perjudiciales que las describen como supuestamente violentas, impredecibles o poco fiables. Estos prejuicios no solo socavan sus perspectivas de empleo y sus derechos parentales, sino que también restringen su acceso a la justicia y a los servicios de protección, y a menudo se niega a las sobrevivientes de violencia el apoyo necesario y adecuado, incluida la atención de salud mental.

Las mujeres con discapacidad que viven en instituciones de atención residencial se enfrentan a un mayor riesgo de sufrir abusos debido al aislamiento, los desequilibrios de poder y la falta de rendición de cuentas en el entorno institucional, lo que hace que la violencia y sus consecuencias para la salud mental sean más frecuentes y difíciles de denunciar. También es menos probable que se las reconozca como testigos creíbles en los casos de abuso, lo que refuerza aún más la impunidad.⁵² Estos estereotipos entrecruzados, arraigados en la discriminación por motivos de discapacidad y los prejuicios de género, niegan a las mujeres y niñas con discapacidades psicosociales sus derechos a la autonomía, la dignidad y la igualdad, y exigen medidas urgentes a través de políticas inclusivas, sensibilización, servicios accesibles y medidas específicas para dismantlar la discriminación estructural.

«Bueno, cuando tienes una discapacidad, esa es inmediatamente la reacción. Lo primero que se te viene a la mente, ya sabes, es como un sello o una etiqueta: que «se inventan cosas». Ya sabes, como si no fuera cierto lo que dicen. Porque es como si solo las «personas sanas» pudieran decir la verdad. (...) En ese sentido, todo el mundo se apresura a decir que si tienes una discapacidad, estás acabado. (...)» — Tutor legal de una niña con discapacidad psicosocial, víctima de violencia de género.⁵³

⁵¹ EDF (2025) Documento de posición del EDF sobre los estereotipos de género contra las mujeres con discapacidad: <https://www.edf.feph.org/publications/gender-stereotypes-against-women-with-disabilities/>

⁵² Leanne Dowse, Simone Rowe, Eileen Baldry y Michael Baker (2021) Respuestas policiales a las personas con discapacidad: informe de investigación. <https://apo.org.au/node/314892>

⁵³ Grigaitė, U., Baltrušytė, G.M., Sipko, K. (2025) Acceso a la justicia para los niños con discapacidad víctimas de delitos en Lituania: un estudio cualitativo. *Revista Internacional de los Derechos del Niño*. <https://doi.org/10.1163/15718182-33010005>

Estas realidades refuerzan la exclusión estructural, dejando a las mujeres con discapacidades psicosociales al margen tanto de la atención de la salud mental como de las agendas de igualdad de género. Sin embargo, en toda Europa, algunas prácticas prometedoras ofrecen posibles vías para avanzar. La Estrategia Europea para los Derechos de las Personas con Discapacidad 2021-2030 incluye un énfasis renovado en la desinstitucionalización y el fortalecimiento del apoyo comunitario, reconociendo la necesidad de sustituir los modelos coercitivos por enfoques basados en los derechos y centrados en la persona. Al aplicar estas medidas, se anima a los Estados miembros a garantizar que las inversiones en servicios comunitarios accesibles y asequibles aborden explícitamente las barreras a las que se enfrentan las mujeres para acceder a los servicios sociales y de salud mental, integrando una perspectiva de género en las políticas de desinstitucionalización. Los proyectos financiados por la UE también deben tener en cuenta los retos agravados a los que se enfrentan las personas con discapacidad que sufren discriminación interseccional, incluidas las pertenecientes a minorías raciales y étnicas, las mujeres LGBTI+ y las mujeres con discapacidades psicosociales, a fin de promover el acceso equitativo a servicios comunitarios inclusivos, seguros y de apoyo.⁵⁴

Algunos Estados miembros han introducido alternativas de crisis dirigidas por pares, casas de acogida para situaciones de crisis e iniciativas de defensa impulsadas por supervivientes que demuestran el potencial de las respuestas no coercitivas y comunitarias (por ejemplo, las salas de crisis de Bochum en Alemania⁵⁵, el enfoque de diálogo abierto en Finlandia y el modelo de Trieste en Italia⁵⁶). Las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las redes de derechos de las mujeres con discapacidad, siguen poniendo de relieve y denunciando los abusos, al tiempo que ponen a prueba modelos de apoyo basados en el trauma y la violencia que afirman la capacidad de acción y la experiencia vivida de las mujeres.

Para hacer realidad los derechos de las mujeres con discapacidades psicosociales, la UE y sus Estados miembros deben ir más allá de la retórica y garantizar el cumplimiento efectivo de las obligaciones de la CNUDP en la práctica. Esto significa invertir en una desinstitucionalización sensible al género y justa desde el punto de vista del género, prohibir la coacción en los servicios de salud mental, garantizar el acceso a la justicia y la reparación a las sobrevivientes de violencia y abusos, e integrar el liderazgo basado en la experiencia vivida y actual en el diseño y la supervisión de los servicios. Proteger la salud mental y la dignidad de las mujeres con discapacidades psicosociales no es solo una cuestión de reforma sanitaria, sino una cuestión de justicia de género y derechos humanos que se encuentra en el centro de los compromisos de la UE.

«Sin embargo, hay que destacar que todavía hay pocos datos accesibles sobre la violencia específica contra las personas con discapacidad, sobre la violencia en entornos cerrados (instituciones, centros de asilo o hospitales psiquiátricos), sobre la relación entre la víctima y el autor o autores, y sobre las barreras para denunciar la violencia que mantienen a las mujeres y niñas con discapacidad en silencio e invisibles, como subraya el Foro Europeo de la Discapacidad.⁵⁷».⁵⁸

⁵⁴ Comisión Europea (2024) Orientaciones sobre la vida independiente y la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad en el contexto de la financiación de la UE: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/commission-adopts-guidance-independent-living-persons-disabilities-2024-11-20_en

⁵⁵ Consejo de Europa (2021) Informe compendio: Buenas prácticas para promover medidas voluntarias en los servicios de salud mental. <https://rm.coe.int/inf-2021-9-compendium-final-e/1680b11f60>

⁵⁶ OMS (2021) Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promoción de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

⁵⁷ EDF (2021) Documento de posición de EDF sobre la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad en la Unión Europea: <https://www.edf-feph.org/publications/edf-position-paper-on-violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-the-european-union>

⁵⁸ Youssa Sandabad (2024) RESPUESTA: Servicios receptivos para abordar la violencia de género contra las mujeres con discapacidad: informe sobre el estado actual. https://easpd.eu/fileadmin/user_upload/Projects/0_RESPONSE_State_of_the_Art_Report.pdf

Misoginia médica y desvalorización de la experiencia vivida en los sistemas de salud mental y atención sanitaria

En toda Europa, las mujeres siguen encontrando formas de sesgo y discriminación profundamente relacionadas con el género en los sistemas de salud, incluidos los servicios de salud mental. La misoginia médica en la atención de la salud mental puede manifestarse en la medicalización excesiva del malestar de las mujeres, los diagnósticos erróneos y el desconocimiento de los factores sociales y estructurales que determinan la salud mental y el bienestar. La depresión, la ansiedad o los trastornos relacionados con traumas se tratan con frecuencia como «patologías» individuales, en lugar de reconocerse como respuestas a la violencia, la discriminación o las desigualdades sociales. Esto refuerza un ciclo en el que las mujeres son silenciadas regularmente, su sufrimiento se medicaliza y su autonomía se ve socavada.

Una dimensión relacionada es la injusticia epistémica (intelectual)⁵⁹: con demasiada frecuencia se considera a las mujeres narradoras poco fiables de su propio sufrimiento, y los médicos privilegian los marcos biomédicos o psiquiátricos frente a los relatos de primera mano sobre el malestar.⁶⁰ Esto es especialmente perjudicial para las sobrevivientes de violencia de género, cuyas revelaciones a menudo se ponen en duda, se minimizan o se reformulan como supuestos síntomas de una afección psiquiátrica; por ejemplo, en los casos de manifestaciones del privilegio epistémico en la psiquiatría.⁶¹ En el caso de las mujeres con discapacidades psicosociales, esta dinámica se ve agravada por el capacitismo estructural, lo que conduce a una exclusión persistente de las decisiones sobre su propio cuidado y apoyo.

«Sí, cuando estaba en Sofía, empecé a mencionar la [violencia] sexual, pero no creo que me creyeran realmente. Eso es algo que también ocurre cuando se lo cuentas. Piensan que todo está causado por la psicosis». —Una mujer con una discapacidad psicosocial que sufrió múltiples formas de violencia de género.⁶²

Las consecuencias de la misoginia médica y la desvalorización de la experiencia vivida son profundas. Contribuyen a diagnósticos tardíos o inadecuados, tratamientos inapropiados o coercitivos y a la erosión de la confianza en los sistemas de salud. Además, estas dinámicas perpetúan el estigma y crean barreras para buscar ayuda, lo que deja a muchas mujeres sin un apoyo eficaz y basado en los derechos. También reproducen las desigualdades estructurales: por ejemplo, las mujeres migrantes y refugiadas se enfrentan a una doble carga de prejuicios raciales y de género, mientras que las mujeres trans e intersexuales se enfrentan a capas adicionales de patologización y deslegitimación de sus identidades.

Además, las mujeres de toda Europa siguen enfrentándose a barreras sistémicas para acceder a la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR). Las leyes restrictivas sobre el aborto, el acceso desigual a las tecnologías de reproducción asistida y la falta de una atención universal y libre de estigmas crean obstáculos legales, financieros y prácticos. Estas barreras a menudo obligan a las mujeres a retrasar o renunciar a la atención sanitaria esencial, lo que afecta de manera desproporcionada a las que pertenecen a grupos

⁵⁹ Fricker, M. (2007) Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

⁶⁰ Liz Jonas, Sondra Bacharach, Sarah Nightingale, Sara Filoche (2025) Bajo el paraguas de la comunicación de la injusticia epistémica y la injusticia epistémica en los encuentros clínicos: una revisión crítica del alcance. *Ética, medicina y salud pública*. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2024.101039>.

⁶¹ Kidd, I. J., Spencer, L., Carel, H. (2022) Injusticia epistémica en la investigación y la práctica psiquiátricas. *Psicología filosófica*, 38(2), 503-531. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2156333>

⁶² Elena Krasteva, Aneta Genova (2024) DESCONNECTADAS: Instalaciones y programas conectados basados en la discapacidad para la prevención de la violencia contra las mujeres y los niños en Bulgaria. Fundación Kera: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_BG_EN_approved-1-1.pdf

marginados.⁶³ Además, la reducción general de la ayuda mundial, combinada con la creciente reacción contra la igualdad de género, pone aún más en peligro la salud de las mujeres.⁶⁴

Según la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF)- Red Europea, las políticas nacionales incoherentes revelan una clara violación de los derechos reproductivos y profundizan las desigualdades existentes en toda la región. La violencia obstétrica y ginecológica sigue siendo una forma generalizada y poco abordada de violencia de género, que abarca el maltrato, la coacción, el abandono y los procedimientos no consentidos en los entornos sanitarios.⁶⁵ Estas violaciones socavan la autonomía e , perpetúan la desconfianza en los sistemas de salud y ponen de relieve la ausencia de garantías efectivas, rendición de cuentas y formación profesional. Las mujeres que se enfrentan a una discriminación múltiple, incluidas las mujeres con discapacidad, las migrantes, las mujeres LGBTI+ y las sobrevivientes de violencia de género, son las que corren mayor riesgo de exclusión, maltrato y negligencia sistémica, mientras que las mujeres trans e intersexuales sufren violaciones especialmente graves de sus derechos humanos y de salud.

Para cerrar estas brechas se necesitan políticas integrales e intersectoriales que reconozcan cómo el género, la sexualidad, la situación migratoria, la discapacidad, el origen étnico y la posición socioeconómica determinan el acceso a la atención sanitaria. Ampliar la educación sexual integral, garantizar la igualdad de acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y abordar la violencia obstétrica y ginecológica deben ser prioridades urgentes en materia de salud mental y derechos humanos. La UE tiene un papel esencial que desempeñar: armonizar el acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en todos los Estados miembros, apoyar los mecanismos de solidaridad transfronteriza para la atención del aborto, combatir la violencia médica e institucional y reforzar la financiación de las organizaciones de derechos de la mujer y de salud y derechos sexuales y reproductivos para garantizar una atención sanitaria equitativa, basada en los derechos y orientada a la recuperación para todas las personas.

En última instancia, dismantelar la misoginia médica y la injusticia epistémica en la atención sanitaria requiere algo más que reformas incrementales. Exige cambios estructurales hacia la justicia de género, prácticas basadas en los derechos y mecanismos de rendición de cuentas que garanticen que las experiencias vividas por las mujeres no solo se escuchen, sino que se actúe en consecuencia. Sin esa transformación, los sistemas de salud mental corren el riesgo de reproducir las mismas desigualdades que pretenden abordar.

⁶³ Red Europea de la IPPF: <https://en.europe.ippf.org/address-the-root-causes-of-gender-inequality>. Consultado el 22 de octubre de 2025.

⁶⁴ ONU Mujeres (2025) Avances en los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Panorama de género 2025. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2025-09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2025-en.pdf>

⁶⁵ Red Europea de la IPPF (2022) Violencia obstétrica y ginecológica: <https://europe.ippf.org/resource/gynaecological-and-obstetric-violence-form-gender-based-violence>

Género e interseccionalidad en la salud mental

Relevancia práctica del modelo psicosocial de la salud mental

Para comprender el género y la salud mental es necesario adoptar una perspectiva interseccional que reconozca cómo la posición social, la identidad y las desigualdades estructurales configuran las experiencias vividas de angustia y salud mental. La interseccionalidad en la práctica significa reconocer que el género a menudo interactúa con otros factores: las personas también pueden sufrir discriminación relacionada con otros aspectos de su identidad, como la discapacidad, la edad, el origen étnico, la clase social, la situación migratoria o la sexualidad, y estas fuerzas combinadas pueden agravar el riesgo de dificultades y trastornos de salud mental.

Este enfoque concuerda en gran medida con el modelo psicosocial de la salud mental^{66 67}, que cuestiona las interpretaciones biomédicas estrechas al situar la salud mental en contextos vitales más amplios. La recuperación no se define simplemente por los resultados del tratamiento biomédico, sino que se le da un significado individual y se relaciona con factores como los sistemas de apoyo complejos que incluyen el apoyo entre pares, los servicios accesibles, comunitarios, individualizados y centrados en la persona, y las políticas inclusivas. Un aspecto fundamental de este enfoque es la idea de que las personas con experiencia vivida son expertas en su propia recuperación, y que la elección, la autonomía y la participación significativa son esenciales para la salud mental.

La aplicación de esta perspectiva al género deja claro cómo las desigualdades de género, incluida la violencia de género, las responsabilidades de cuidado desiguales y la misoginia sistémica, afectan directamente a la salud mental. Como se ha demostrado, las mujeres a menudo se enfrentan a barreras interseccionales que exacerban la exclusión y el malestar. Por ejemplo, las mujeres migrantes, las mujeres racializadas, las mujeres con discapacidades psicosociales o las mujeres LBTI+ pueden encontrarse con múltiples capas de discriminación en materia de salud, empleo o vivienda, que no pueden separarse de sus resultados en materia de salud mental. El enfoque psicosocial, al reconocer estas desigualdades interseccionales, proporciona un marco para diseñar respuestas que aborden tanto las necesidades individuales como las injusticias estructurales.

Para los responsables políticos de la UE, este marco subraya un mensaje de defensa urgente: las políticas de salud mental que ignoran el género (o viceversa: las políticas de igualdad de género que pasan por alto la salud mental y los derechos de las personas con discapacidad) y la interseccionalidad corren el riesgo de agravar la desigualdad y dejar atrás a las personas más marginadas. Por lo tanto, debería incorporarse un enfoque psicosocial transformador y justo en materia de género en las estrategias de la UE sobre salud, igualdad y derechos humanos. Esto requiere no solo invertir en servicios de salud mental accesibles e inclusivos, sino también una acción coordinada a nivel de la UE para eliminar las barreras estructurales, como la violencia de género, la discriminación y las condiciones socioeconómicas precarias, que socavan la salud mental de las mujeres. Al adoptar la interseccionalidad en las políticas y en la práctica, la UE puede posicionarse como líder mundial en la reinención de los sistemas de salud mental a través de la igualdad, la justicia y los derechos humanos. Esta visión está firmemente alineada con las obligaciones de la UE en virtud

⁶⁶ MHE (2023) Promover la comprensión del modelo psicosocial de la salud mental: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf>

⁶⁷ Karilė Levickaitė y Ugnė Grigaitė (2020) Salud mental, discapacidad psicosocial y el derecho a vivir en la comunidad: desinstitucionalización y defensa del cambio. https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2021/06/psp_module_final_2020.pdf

de la UNCRPD y el Convenio de Estambul, que afirman el derecho a la plena inclusión, la igualdad y la libertad frente a la violencia y la discriminación.

Retos de las lagunas de datos y los sistemas de salud mental que ignoran las cuestiones de género

Una barrera persistente para la aplicación de políticas y prácticas de salud mental eficaces, sensibles al género y justas en la UE es la falta de datos completos y desglosados. Los datos actuales sobre la investigación y los servicios de salud mental a menudo no reflejan las diferencias en las experiencias y los resultados basados en el género, las identidades interseccionales o los determinantes sociales. Esta invisibilidad socava la capacidad de los responsables políticos para diseñar intervenciones específicas, asignar recursos de manera equitativa y supervisar la eficacia de los servicios. Además, muchos de los sistemas de salud mental existentes funcionan bajo supuestos neutros en cuanto al género, pasando por alto cómo las desigualdades estructurales, la violencia de género, las responsabilidades de cuidado y las expectativas y «normas» sociales configuran los resultados en materia de salud mental.⁶⁸

Para abordar estas deficiencias es necesario adoptar un enfoque sistemático y basado en los derechos para la recopilación, el seguimiento y la evaluación de datos. Esto incluye la desagregación sistemática de los indicadores de salud mental por género, edad, situación migratoria, tipo de discapacidad, situación socioeconómica y otros factores interseccionales, al tiempo que se garantizan salvaguardias sólidas. Complementar los datos cuantitativos con información cualitativa, incluidas las narrativas de experiencias vividas, puede poner de manifiesto las barreras, las prácticas discriminatorias y las necesidades no satisfechas que a menudo pasan desapercibidas en las métricas tradicionales. Se debe dar prioridad a la inversión en investigaciones de calidad basadas en una comprensión interseccional completa, al tiempo que se garantiza la transparencia, las salvaguardias éticas y la participación de la comunidad.

Es importante destacar que la mejora de los sistemas de datos intersectoriales y sensibles al género no es solo una necesidad técnica, sino una cuestión de derechos humanos, rendición de cuentas y justicia social, que permite intervenciones basadas en datos empíricos que respetan la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Convenio de Estambul, y promueven una inclusión significativa para todas las personas en toda Europa.

Investigación, políticas y prácticas participativas e inclusivas

Garantizar que la investigación, la formulación de políticas y la práctica de la salud mental sean participativas e inclusivas es esencial para abordar las desigualdades de género y promover la justicia de género en la salud mental. Los enfoques tradicionales suelen marginar las voces de quienes tienen experiencia vivida, en particular las mujeres, así como las de los grupos marginados que se cruzan, como los migrantes, las personas LGBTQI+ y las personas con discapacidad. Esta exclusión limita la pertinencia, la eficacia y la equidad de las políticas y los servicios de salud mental, lo que refuerza la injusticia epistémica y las barreras sistémicas.

Los enfoques participativos implican la cocreación y el codiseño de la investigación, las políticas y los servicios con las personas más afectadas, reconociendo la experiencia vivida y actual como una fuente de conocimientos especializados. Al fomentar una participación significativa en todas las etapas, estos enfoques

⁶⁸ Mischa Barr, Renata Anderson, Sandra Morris, Kate Johnston-Ataata (2024) Hacia una comprensión de género de las experiencias de las mujeres en materia de salud mental y el sistema de salud mental. *Women's Health Victoria*, Documento temático 17.2. https://www.whv.org.au/wp-content/uploads/2023/01/Issues-Paper-17-2_Nov-2024_Towards-a-gendered-understanding-of-womens-experiences-of-mental-health-and-the-mental-health-system.pdf

aumentan la rendición de cuentas, la pertinencia y el potencial de cambio sistémico. La defensa de enfoques participativos e inclusivos exige a las instituciones de la UE y a los Estados miembros que establezcan marcos que impongan el liderazgo basado en la experiencia vivida, incorporen la cocreación y la coproducción en el diseño de políticas y servicios, y financien investigaciones que den prioridad a la inclusión. Estos esfuerzos están en consonancia con las obligaciones basadas en los derechos que se derivan de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los marcos más amplios de igualdad y lucha contra la discriminación de la UE, que garantizan que los sistemas de salud mental sean equitativos, receptivos y capaces de abordar los determinantes estructurales y de género de la salud mental. Otros ámbitos políticos relevantes, como la vivienda, las políticas sociales y la digitalización, también deben incorporar las perspectivas de género y salud mental.

Enfoques holísticos de la salud mental

Determinantes sociales y enfoque de recuperación

El enfoque interseccional y psicosocial enlaza de forma natural con el concepto de determinantes sociales de la salud mental. Reconoce que la salud mental está profundamente influenciada por las condiciones socioeconómicas y ambientales, y destaca la necesidad de abordar la desigualdad, la discriminación y la violencia, que son especialmente relevantes cuando se habla de la salud mental de las mujeres. Este enfoque holístico de la salud mental requiere avanzar de forma decidida hacia la adopción de perspectivas integradas, basadas en la comunidad, justas en materia de género y basadas en los derechos. Por lo tanto, abordar la salud mental exige también la adopción de medidas a través de políticas sociales, económicas y de igualdad que permitan la prevención, la inclusión y la dignidad.

En este marco, el enfoque de recuperación⁶⁹ es esencial. En el contexto del género y la salud mental, el enfoque de recuperación requiere servicios que respondan a las realidades individuales, incluida la exposición a la violencia de género y el acceso desigual a los recursos. Ya se pueden encontrar prácticas prometedoras en las redes de apoyo entre pares basadas en la comunidad, los servicios dirigidos por supervivientes y las alternativas de crisis sensibles al género que dan prioridad a la seguridad, la elección, la capacidad de acción, la autonomía y la dignidad por encima de la coacción y la institucionalización.⁷⁰

A nivel de la UE, la Estrategia Europea sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad refleja los principios de la CNUDP, que están en consonancia con el enfoque de recuperación, pero también reconoce las barreras legales y sistémicas existentes, en particular para las mujeres con discapacidades psicosociales. Se están llevando a cabo debates sobre políticas, pero los testimonios de experiencias vividas indican que las prácticas institucionales, coercitivas y paternalistas siguen estando simbólicamente y prácticamente arraigadas. Para que los sistemas de salud mental orientados a la recuperación y basados en los derechos sean una realidad, las políticas y las prácticas profesionales de la UE deben contar con orientaciones claras, herramientas y mecanismos de rendición de cuentas que traduzcan el enfoque y los principios de la recuperación en la atención cotidiana.

Atención informada sobre el trauma y la violencia

Para muchas mujeres, incluidas las sobrevivientes de violencia de género, los trastornos de salud mental están profundamente arraigados en el trauma. Los servicios que no reconocen este riesgo vuelven a traumatizar a las sobrevivientes mediante la coacción, la incredulidad o la falta de sensibilidad.⁷¹ Un sistema de salud mental verdaderamente orientado a la recuperación debe integrar la atención informada sobre el trauma y la violencia.^{72 73} Esto significaría dar prioridad a la seguridad, la confianza y el empoderamiento, reconocer el impacto generalizado de la violencia en la vida de las mujeres y adaptar las respuestas de apoyo a la salud mental en consecuencia.

⁶⁹ Diana González-Mañas, Francisco José Eiroa-Orosa, Camille Roux (2024) Recuperación en los servicios de salud mental:

<https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Policy-Report-Recovery-Based-Human-Rights-Indicators-in-Mental-Health-Services.pdf>

⁷⁰ OMS (2021) Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promoción de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

⁷¹ Grigaitė, U. (2025) Respuestas a las necesidades de atención de salud mental de los sobrevivientes de violencia de pareja por parte de los servicios de salud mental en Lituania y Portugal. DOI: [10.13140/RG.2.2.11760.98563](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11760.98563)

⁷² Wathen, C. N. y Mantler, T. (2022) Atención informada sobre el trauma y la violencia: orientar las intervenciones contra la violencia de pareja hacia la equidad. *Current Epidemiology Reports*, 9, 233-244. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00307-7>

⁷³ Wathen, C. N. y Varcoe C. (2023) Implementación de la atención informada sobre el trauma y la violencia: un manual. *University of Toronto Press*. ISBN: 978-1-4875-2927-7.

La atención informada sobre el trauma y la violencia⁷⁴ representa una evolución de los enfoques tradicionales informados sobre el trauma, ampliando el enfoque de las intervenciones individuales a una comprensión más amplia de la violencia interpersonal y estructural, especialmente la violencia de género. Sitúa las experiencias de diversas formas de violencia en el contexto más amplio de las desigualdades sociales y estructurales, reconociendo que factores sistémicos como la pobreza, la inseguridad de la vivienda, la discriminación y los daños inducidos por las políticas (por ejemplo, las políticas restrictivas en materia de salud reproductiva, la exclusión de la atención sanitaria y las políticas de institucionalización) se entrecruzan con la violencia interpersonal para determinar los resultados en materia de salud mental. Se guía por cuatro principios básicos: comprender y reconocer el impacto del trauma y la violencia estructural; dar prioridad a la seguridad física, emocional y cultural de los usuarios y proveedores de servicios; promover la colaboración, la elección y la conexión centradas en la persona; y aprovechar las fortalezas existentes, al tiempo que se apoya el desarrollo de habilidades y capacidades.

Este enfoque hace hincapié en que **el trauma no es solo una experiencia psicológica, sino que también está determinado por las condiciones sociales y estructurales**. Destaca la responsabilidad de las organizaciones y los proveedores de adaptar los sistemas y servicios para satisfacer las necesidades individuales, en lugar de exigir a las personas que se adapten a estructuras inflexibles para acceder a la ayuda. En la práctica, este enfoque integra estos principios en los programas y servicios, garantizando que las intervenciones sean receptivas, sostenidas e integradas en sistemas de atención más amplios.⁷⁵ Es importante destacar que también subraya la responsabilidad de los responsables políticos de reconocer la naturaleza interseccional de la salud mental y garantizar que estas consideraciones se integren en todos los ámbitos políticos, ya que las decisiones en áreas como la salud, la vivienda, la educación y la protección social determinan profundamente tanto la necesidad como la accesibilidad de la ayuda.

La incorporación y el fomento de estos enfoques como norma en todos los sistemas de salud mental (tanto en las políticas como en la práctica) representaría un paso fundamental hacia la justicia de género en la atención de la salud mental: al incorporar principios basados en el trauma y la violencia en los servicios de salud mental y otros servicios, la atención no solo se vuelve sensible al trauma, sino también basada en los derechos y la recuperación, interseccional y receptiva a las realidades de género de las experiencias de las mujeres. Al redistribuir el poder del conocimiento, la atención de la salud mental puede llegar a ser no solo más inclusiva, sino también más eficaz, arraigada en las realidades de aquellas personas a las que pretende apoyar. Sin embargo, más allá de los servicios, estos principios también deben informar los esfuerzos de prevención, garantizando que los sistemas aborden las causas fundamentales del trauma y la violencia estructural antes de que se manifiesten en resultados adversos para la salud mental.

Los enfoques holísticos, sensibles al género, orientados a la recuperación, informados sobre el trauma y la violencia y dirigidos por pares no son complementos opcionales: son requisitos para construir sistemas de salud mental que sean eficaces y justos. A nivel de la UE, esto requiere políticas que integren explícitamente el género, la interseccionalidad y los derechos humanos en las estrategias de salud mental, garantizando la alineación con la UNCRPD y el Convenio de Estambul. Al promover enfoques holísticos y justos en materia de género, la UE tiene la oportunidad de liderar la reinversión de sistemas de salud mental que realmente curen en lugar de perjudicar. Esto también supone una oportunidad para reconocer que la salud mental debe tenerse en cuenta en todos los ámbitos políticos, ya que las decisiones en materia de educación, vivienda,

⁷⁴ Wathen, C. N. y Mantler, T. (2022) Atención informada sobre el trauma y la violencia: orientar las intervenciones contra la violencia de pareja hacia la equidad. *Informes epidemiológicos actuales*, 9, 233-244. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00307-7>

⁷⁵ Ibid.

empleo, migración, justicia, protección social y otros ámbitos influyen profundamente en la salud mental y el bienestar.

Políticas de la UE sobre igualdad de género y salud mental

Resumen de los principales marcos de la UE

Igualdad de género: la estrategia de la UE para la igualdad de género

La Estrategia de la UE para la igualdad de género 2020-2025⁷⁶ representa la iniciativa emblemática de la Comisión para promover la igualdad entre mujeres y hombres en toda Europa. En ella se esboza un conjunto completo de objetivos para eliminar la violencia de género, dismantelar los estereotipos, reducir las diferencias salariales, en las pensiones, en las responsabilidades de cuidado y en la participación política y económica, al tiempo que se promueve el equilibrio de género en la toma de decisiones. El núcleo de la estrategia es un enfoque dual, que consiste en integrar la perspectiva de género en todas las políticas y adoptar medidas específicas, con la interseccionalidad como principio rector. Entre los hitos legislativos recientes en este ámbito figuran la Directiva sobre transparencia salarial (2023), la Directiva sobre equilibrio de género en los consejos de administración (2022), la Directiva sobre conciliación de la vida laboral y familiar (2022) y la Estrategia Europea de Cuidados (2022), todas ellas destinadas a abordar las desigualdades estructurales que afectan a la vida de las mujeres y, por extensión, a su salud mental y su bienestar.

La Estrategia también ha dado prioridad a la lucha contra la violencia de género, con la Directiva sobre la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2024), que constituye el primer marco jurídico a escala de la UE que tipifica como delito determinadas formas de violencia y ofrece a las víctimas un mayor acceso a la justicia y a servicios de apoyo, como refugios y líneas de ayuda. Entre las medidas complementarias figuran la adhesión de la UE al Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul, 2023), la puesta en marcha de la Red de la UE para la prevención de la violencia de género y la violencia doméstica (2023) y la campaña #EndGenderStereotypes (2023).

Estas iniciativas demuestran un compromiso cada vez mayor a nivel de la UE para eliminar las barreras que refuerzan la desigualdad de género. Sin embargo, los persistentes estereotipos de género, reflejados en el Eurobarómetro de 2024 sobre estereotipos de género⁷⁷, indican que los progresos siguen siendo insuficientes y desiguales en los Estados miembros, lo que subraya la necesidad de realizar esfuerzos sostenidos para garantizar que los compromisos en materia de igualdad se traduzcan plenamente en la práctica.

Existen varias lagunas evidentes en las políticas de la UE en materia de salud mental, discapacidad psicosocial y violencia de género, incluida la Estrategia de la UE para la igualdad de género. El Comité Económico y Social Europeo (CESE)⁷⁸ ha criticado la Directiva sobre la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica⁷⁹ por no abordar formas graves y emergentes de violencia, como la violencia institucional que afecta a las mujeres con discapacidades psicosociales, la explotación reproductiva y la esterilización forzada. El CESE también destaca que los derechos sexuales y reproductivos, como el acceso al aborto, la anticoncepción de emergencia y la protección contra el acoso en las clínicas, no se reconocen como formas de violencia, a pesar

⁷⁶ Estrategia de la UE para la igualdad de género (2020-2025): https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_en#gender-equality-strategy-2020-2025

⁷⁷ Eurobarómetro sobre estereotipos de género (2024): <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2974>

⁷⁸ Comité Económico y Social Europeo (2024) Dictamen SOC/798: La violencia contra las mujeres como cuestión de derechos humanos: estado actual de las medidas en la UE. <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/violence-against-women-human-rights-issue-state-play-measures-across-eu>

⁷⁹ Directiva de la UE sobre la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2024): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32024L1385&qid=1716811631310>

de las crecientes restricciones en algunos Estados miembros, como Polonia y Hungría, que pueden tener profundos efectos adversos en la salud mental.^{80 81} Además, el Comité señala la falta de un apoyo sólido y centrado en las víctimas, así como de coordinación entre los servicios generales de salud, la atención de la salud mental y los servicios especializados de apoyo a las víctimas, y observa que descuidar las necesidades de salud mental de las sobrevivientes constituye una violación de los derechos humanos.

Esta crítica coincide con la posición del EDF^{82 83}, que hace hincapié en que la Directiva de la UE sigue dejando lagunas que afectan a las mujeres y niñas con discapacidades psicosociales y de otro tipo. Las leyes deben definir la violación basándose en la falta de consentimiento («solo sí significa sí») y no en la resistencia o en la norma de «no significa no». Esta última excluye de manera desproporcionada a las mujeres con discapacidad, en particular a las que se encuentran en entornos psiquiátricos o de asistencia social segregados. El acoso sexual, que supone un riesgo mayor para las mujeres con problemas de salud mental, también requiere una mayor protección jurídica. Por último, la ausencia de una obligación clara de recopilar datos desglosados por discapacidad sigue siendo una deficiencia importante, que limita la comprensión de la prevalencia y el diseño de medidas eficaces y específicas.

Salud mental: Enfoque integral de la Comisión Europea sobre la salud mental

En junio de 2023, la Comisión Europea (CE) puso en marcha el **Enfoque Integral de la Salud Mental**⁸⁴, lo que supuso un hito político significativo al reconocer la salud mental como una prioridad a nivel de la UE. La iniciativa adopta una perspectiva intersectorial y preventiva, posicionando la salud mental como parte integrante de la salud pública, la política social, el empleo, la educación y la digitalización. Su objetivo es abordar la creciente crisis de salud mental en Europa, agravada por la pandemia de COVID-19, la guerra en Ucrania, la incertidumbre económica y las presiones sociales en general.

El marco se estructura en torno a tres pilares principales: promover la buena salud mental mediante la prevención y la intervención temprana; garantizar unos servicios de atención y apoyo en materia de salud mental accesibles, asequibles y de alta calidad; e incluir en la sociedad a las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, luchando contra el estigma y la discriminación. Para apoyar su aplicación, la UE se comprometió a reasignar más de 1 200 millones de euros de financiación de diversos programas de la UE, lo que supone un compromiso político para situar la salud mental al mismo nivel que la salud física en la agenda política europea.

Si bien la comunicación de la Comisión Europea sobre el enfoque integral consolida las asignaciones de fondos y las acciones existentes en materia de salud mental, hay que señalar que no constituye una estrategia a largo plazo, ya que no se han establecido nuevas iniciativas ni una financiación sostenida.⁸⁵ No obstante, reconoce explícitamente la necesidad social y económica de invertir en prevención, intervención temprana y promoción, lo que crea un impulso para la defensa y la adopción de nuevas medidas. Tras el lanzamiento del Enfoque Integral, MHE destacó la importancia de fomentar el modelo psicosocial y desarrollar una

⁸⁰ Sze Yan Liu, Claire Benny, Erin Grinshteyn, Amy Ehntholt, Daniel Cook, Roman Pabayo (2023) La asociación entre los derechos reproductivos y el acceso a los servicios de aborto y la salud mental entre las mujeres estadounidenses. *SSM – Salud de la población*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101428>

⁸¹ Stephanie V. Hall, Andrea Pangori, Faelan Jacobson Davies, Anca Tilea, Rieham Owda, Kara Zivin y Vanessa Dalton (2025) Asociación entre las restricciones estatales al aborto y la depresión perinatal. <https://doi.org/10.1089/jwh.2024.0533>

⁸² EDF (2021) Violencia contra las mujeres y las niñas en la Unión Europea: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/05/final-EDF-position-paper-on-Violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-the-European-Union.pdf>

⁸³ EDF (2025) Transposición de la Directiva de la UE sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2025/05/EDF-guidance-on-transposing-the-EU-Directive-on-Combating-Violence-Against-Women.pdf>

⁸⁴ Enfoque integral de la CE sobre la salud mental: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_en

⁸⁵ MHE (2023) Análisis de la Comunicación de la Comisión Europea sobre «Un enfoque integral de la salud mental»: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/07/Analysis-of-the-Communication-on-mental-health-FOR-WEBSITE.pdf>

Estrategia de Salud Mental con objetivos, plazos, presupuestos e indicadores específicos para supervisar los progresos.⁸⁶

El Enfoque Integral de la Salud Mental reconoce los diferentes impactos que tienen los problemas de salud mental en las mujeres, los hombres y los grupos vulnerables, pero aún no integra plenamente una perspectiva interseccional. Si bien destaca la importancia de combatir el estigma, mejorar el acceso a la atención comunitaria y apoyar la salud mental de los jóvenes, sigue siendo necesario establecer vínculos más sólidos con los marcos de igualdad de género, los derechos de las personas con discapacidad y las políticas de violencia de género para garantizar que no se pase por alto a ninguna mujer, incluidas las mujeres LGBTI+ y las mujeres con discapacidades psicosociales. No obstante, la iniciativa del Enfoque Integral ofrece una oportunidad para una mayor armonización entre la política de salud mental y las estrategias de la UE en materia de igualdad de género, discapacidad y derechos humanos, lo que podría allanar el camino para unos sistemas de salud mental más inclusivos, basados en los derechos y justos en materia de género en toda Europa. También destaca la importancia de la cocreación con personas con experiencia vivida y partes interesadas clave, la integración de la salud mental en todos los ámbitos políticos y el uso de un lenguaje inclusivo y no estigmatizante para fomentar la sensibilización, la educación y el cambio sistémico.

Derechos de las personas con discapacidad: Estrategia de la UE sobre los derechos de las personas con discapacidad

Adoptada en marzo de 2021, la Estrategia de la UE sobre los derechos de las personas con discapacidad 2021-2030⁸⁷ establece un marco decenal para promover la inclusión, la igualdad y la participación de las personas con discapacidad en toda Europa y más allá de . Basándose en los avances de la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2020-2020, reconoce las barreras persistentes en materia de accesibilidad, empleo, vida independiente y protección contra la discriminación, la violencia y el abuso, así como los mayores riesgos de pobreza, exclusión social y desigualdades en materia de salud mental. Es importante destacar que la Estrategia reconoce que las mujeres y las niñas con discapacidad, incluidas aquellas con discapacidades psicosociales, se enfrentan a formas interseccionales de discriminación, violencia de género y deficiencias sistémicas en el acceso a una atención sanitaria y un apoyo en materia de salud mental que tengan en cuenta las cuestiones de género.

La Estrategia se basa en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNCRPD), que la UE ratificó en 2010. La Estrategia reconoce las múltiples desventajas a las que se enfrentan las mujeres, los niños, las personas mayores, los refugiados y otras personas con discapacidad, y hace hincapié explícitamente en la necesidad de abordar las barreras de género, la vulnerabilidad psicosocial y los efectos del trauma en la salud mental y el bienestar. Su objetivo general es garantizar que todas las personas con discapacidad puedan disfrutar plenamente de sus derechos humanos, acceder a las oportunidades en igualdad de condiciones, vivir de forma independiente, circular libremente dentro de la UE y estar protegidas contra la discriminación, la violencia y las desigualdades en materia de salud mental.

Si bien la Estrategia aborda de manera general los retos a los que se enfrentan las personas con discapacidad, no ofrece medidas detalladas y específicas ni iniciativas emblemáticas centradas específicamente en las discapacidades psicosociales y los trastornos de salud mental. Esta omisión es notable, dadas las barreras

⁸⁶ MHE (2023) Un enfoque integral de la salud mental: el primer paso y la primera medida de Europa para abordar el bienestar de todos.

<https://www.mentalhealtheurope.org/library/a-comprehensive-approach-to-mental-health-europes-first-step-and-action-to-address-the-well-being-of-all/>

⁸⁷ Estrategia de la UE sobre los derechos de las personas con discapacidad (2021-2030): https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/disability/union-equality-strategy-rights-persons-disabilities-2021-2030_en

únicas a las que se enfrentan las personas, especialmente las mujeres y las niñas, con discapacidades psicosociales, entre ellas el estigma, la discriminación y el acceso limitado a servicios de salud mental adecuados.⁸⁸ Además, el enfoque interseccional de la Estrategia, aunque loable, no refleja plenamente las necesidades y los retos específicos de las mujeres con discapacidades psicosociales. Estas cuestiones tan matizadas requieren una atención más explícita e intervenciones adaptadas dentro del marco de derechos de las personas con discapacidad de la UE.

Una perspectiva más amplia: el pilar europeo de derechos sociales

El Pilar Europeo de Derechos Sociales (PEDS)⁸⁹ establece 20 principios clave para reforzar los derechos sociales en toda la UE, con el objetivo de lograr mercados laborales y sistemas de bienestar justos y que funcionen correctamente. El PEDS abarca tres grandes ámbitos: igualdad de oportunidades y acceso al mercado laboral, condiciones de trabajo justas y protección e inclusión social. Sus principios abarcan cuestiones fundamentales como la igualdad de género, la conciliación de la vida laboral y familiar, el acceso a una asistencia sanitaria de calidad y asequible, una protección social adecuada, la vivienda y la asistencia a las personas sin hogar, y la inclusión de las personas con discapacidad. La aplicación del pilar se apoya en la legislación de la UE, en instrumentos de financiación como el Fondo Social Europeo Plus (FSE+) y en el Cuadro de Indicadores Sociales, que supervisa el rendimiento de los Estados miembros.

En lo que respecta específicamente al género y la salud mental, el EPSR proporciona un marco que aborda directamente muchos de los determinantes sociales que subyacen a las desigualdades en materia de salud mental de las mujeres en la UE. Principios como el derecho a la igualdad de oportunidades independientemente del género, la igualdad de retribución por un trabajo de igual valor y la protección contra la discriminación son fundamentales para abordar los factores estructurales que provocan angustia y trastornos de salud mental entre las mujeres. Del mismo modo, las disposiciones sobre el acceso a una asistencia sanitaria asequible, el cuidado de los niños y el apoyo a las personas con discapacidad crean vías para reducir las barreras a las que se enfrentan las mujeres, en particular aquellas que se enfrentan a dificultades interseccionales, como vivir con discapacidades psicosociales o responsabilidades de cuidado. Al vincular la igualdad de género con una inclusión social y un bienestar más amplios, la EPSR sienta las bases para respuestas políticas integradas que alineen las agendas sociales, sanitarias y de igualdad de género.

Brechas y silos: falta de integración entre las agendas de salud mental e igualdad de género

A pesar del creciente reconocimiento de la importancia tanto de la igualdad de género como de la salud mental a nivel de la UE, estas agendas siguen evolucionando en gran medida de forma aislada entre sí. Los marcos actuales de la UE revelan un enfoque fragmentado: mientras que la salud mental se prioriza cada vez más a través de iniciativas como el Enfoque Integral de la Salud Mental (2023), muchas perspectivas de género complejas están casi totalmente ausentes. Por el contrario, los marcos de igualdad de género, incluida la Estrategia de Igualdad de Género de la UE y los compromisos contraídos en virtud del Convenio de Estambul, contienen solo referencias pasajeras a la salud, y la salud mental es prácticamente invisible en

⁸⁸ ONU Mujeres (2018) El empoderamiento de las mujeres y las niñas con discapacidad: hacia la participación plena y efectiva y la igualdad de género. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-10/empowerment-of-women-and-girls-with-disabilities-en.pdf>

⁸⁹ Pilar Europeo de Derechos Sociales (2017): https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/european-pillar-social-rights-building-fairer-and-more-inclusive-european-union_en

ellos.⁹⁰ Esta desconexión se ve reforzada por la ausencia de una integración sistemática de la perspectiva de género en las políticas sanitarias, las fuentes de financiación y la recopilación de datos de la UE.

Las herramientas disponibles para medir los progresos a menudo no logran captar estas intersecciones. Por ejemplo, el Índice de Igualdad de Género del Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE) incluye solo indicadores estrechos relacionados con la salud, como los años de vida saludable, sin tener en cuenta los determinantes estructurales de las desigualdades de género en materia de salud, especialmente en lo que se refiere a la salud mental. Si bien los recientes informes del EIGE sobre la Plataforma de Acción de Pekín +30⁹¹ han avanzado en la puesta de relieve de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR), las dimensiones de género de la salud mental siguen estando desatendidas. Además, la limitada inclusión de las consideraciones de género en el Cuadro de Indicadores Sociales pone de relieve una brecha más amplia en los marcos de seguimiento a nivel de la UE, lo que exige indicadores más sólidos que tengan en cuenta las cuestiones de género para reflejar las diversas desigualdades. Como resultado, la UE carece de la base empírica necesaria para abordar los efectos combinados de la desigualdad de género en los resultados de salud mental.

Estos silos se amplían aún más cuando se tienen en cuenta los derechos de las personas con discapacidad. Los compromisos de la UE en virtud de la UNCRPD y la Estrategia para los Derechos de las Personas con Discapacidad han reforzado la atención prestada a la inclusión de la discapacidad, pero las discapacidades psicosociales suelen tratarse únicamente desde una perspectiva biomédica, sin reconocer apenas las experiencias de género que se entrecruzan.⁹² Sin un enfoque explícitamente de género, la UE corre el riesgo de socavar sus propios objetivos en tres áreas prioritarias —la salud mental, la igualdad de género y los derechos de las personas con discapacidad— al no abordar cómo interactúan estas dimensiones en la práctica.

Esta falta de integración no es solo una laguna técnica, sino una cuestión de derechos y representación. Las mujeres, incluidas las mujeres LGBTI+, y en particular las mujeres con discapacidades psicosociales, siguen estando sistemáticamente infrarrepresentadas en la elaboración de políticas de la UE, a pesar de que se encuentran entre las más afectadas por las desigualdades en la atención sanitaria, la misoginia médica y la actual reacción política general contra la igualdad de género.⁹³ Por lo tanto, es esencial conectar los puntos entre estas agendas para que las estrategias de la UE sean eficaces e inclusivas.

La renovación de la Estrategia de Igualdad de Género de la UE y otros marcos de igualdad ofrece una oportunidad crucial para salvar estas divisiones. Los marcos futuros deben ir más allá de los compromisos retóricos con la integración y, en su lugar, introducir especificaciones que reconozcan las necesidades de las mujeres y las niñas en toda su diversidad. Esto incluye incorporar perspectivas de género en las políticas de salud mental, ampliar la recopilación de datos y las herramientas de seguimiento, y garantizar que los marcos de derechos de las personas con discapacidad aborden de manera significativa las dimensiones psicosociales. Solo desmantelando estos silos podrá la UE promover una agenda más coherente y basada en los derechos que responda plenamente a las realidades de la vida de las personas.

⁹⁰ Aportación del Equipo de Bruselas de las Naciones Unidas- Grupo de Trabajo sobre Género (2025) Consulta de la UE sobre la próxima estrategia de igualdad de género: <https://unric.org/en/eu-consultation-on-the-next-gender-equality-strategy>

⁹¹ EIGE (2025) Plataforma de Acción de Pekín +30: https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/beijing-platform-action-30-impact-driver-marking-milestones-and-opportunities-gender-equality-eu?language_content_entity=en

⁹² EDF (2025) Recomendaciones del EDF para la Estrategia de Igualdad de Género de la UE 2026-2030: <https://www.edf-feph.org/publications/recommendations-for-the-eu-gender-equality-strategy-2026-2030>

⁹³ Comité Económico y Social Europeo (2018) Dictamen SOC/579: La situación de las mujeres con discapacidad. <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/situation-women-disabilities-exploratory-opinion-requested-european-parliament>

Conclusión

Este es un momento crítico para promover la justicia de género en la salud mental y la política social de la UE. La creciente reacción política contra la igualdad de género, combinada con las crecientes demandas de enfoques holísticos, basados en los derechos y orientados a la recuperación en la política sanitaria de la UE, subraya la urgente necesidad de una defensa basada en pruebas. Este informe responde a esa necesidad, proporcionando un análisis de alcance a nivel de la UE dedicado específicamente a la intersección entre el género y la salud mental.

Al integrar una perspectiva interseccional, que incluye las realidades de las mujeres LBTI+ y las mujeres con discapacidades psicosociales, el informe destaca los grupos sistemáticamente infrarrepresentados en la elaboración de políticas de la UE. Ofrece recomendaciones viables y relevantes para las políticas, basadas en la experiencia vivida, los derechos humanos y la justicia social.

Reimaginar los sistemas de salud mental a través de la justicia de género requiere una transformación fundamental en la forma en que se entiende, se organiza y se presta la salud mental y la atención sanitaria mental. Va más allá del modelo biomédico que enmarca el malestar como una «patología» individual para reconocer las dimensiones psicosociales y la responsabilidad colectiva de abordar determinantes estructurales como la violencia de género, los roles de cuidado desiguales, las «normas» de género restrictivas y la discriminación institucional.

Un enfoque justo en materia de género y orientado a la recuperación exige el reconocimiento de las diversas experiencias individuales de género, incluidas las de las personas LGBTQI+, las personas racializadas y migrantes, y las personas con discapacidad, cuya salud mental está determinada por sistemas interseccionales de opresión, discriminación y exclusión. Para esta transformación es fundamental elevar la experiencia vivida y el liderazgo de los supervivientes. Los sistemas deben pasar de modelos jerárquicos impulsados por expertos a estructuras participativas en las que las personas con experiencias vividas co-creen políticas y servicios, garantizando que la atención se base en el trauma y la violencia, sea digna e inclusiva.

Los sistemas de salud mental que promueven la justicia de género no se limitan a tratar los síntomas: desmantelan activamente las estructuras opresivas, previenen el daño y fomentan la equidad, la autonomía y el bienestar de todas las personas. En última instancia, la justicia de género en la salud mental es inseparable de los derechos humanos y los valores de la UE. La incorporación de los principios de no discriminación, participación y rendición de cuentas en las políticas y prácticas de salud mental se ajusta a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Convenio de Estambul y los compromisos más amplios de la UE en materia de igualdad y derechos humanos. Este informe traza un camino con visión de futuro para que la Comisión Europea y otras instituciones se anticipen a las tendencias, superen los silos entre la igualdad de género, la salud mental y los derechos de las personas con discapacidad, y promuevan sistemas de salud mental transformadores, inclusivos, orientados a la recuperación y basados en los derechos en toda Europa.

Recomendaciones políticas

La UE dispone de múltiples palancas para impulsar avances significativos en materia de salud mental e igualdad de género. Mediante la elaboración de legislación y políticas, la promoción de enfoques basados en datos empíricos y buenas prácticas, la financiación de la investigación y la innovación, la coordinación de la recopilación de datos y el apoyo a los Estados miembros para reforzar los sistemas de salud mental basados en los derechos, la UE puede desempeñar un papel crucial en la mejora de los resultados en materia de salud mental.

Recomendaciones para las instituciones de la UE:

1. **Reafirmar el compromiso con la igualdad**, incluyendo una nueva y ambiciosa Estrategia de Igualdad de Género.

Adoptar una nueva y sólida estrategia de igualdad de género que incluya un enfoque en la salud mental. Renovar el compromiso con el Convenio de Estambul y garantizar la plena aplicación de la anterior estrategia de igualdad de género. Reforzar otros mecanismos de igualdad, como la estrategia para las personas con discapacidad, sin diluir los objetivos y metas anteriores. Garantizar que estas y otras estrategias de igualdad incorporen el enfoque que se describe a continuación.

2. **Centrar la participación de las personas con experiencia vivida**

Desde el diseño de las políticas hasta su aplicación, seguimiento y evaluación, es esencial la participación significativa de las personas con experiencia vivida y sus organizaciones representativas.

3. **Incorporar un enfoque interseccional** en la creación de políticas

Para ser eficaces, las políticas de salud mental y otras políticas deben tener en cuenta factores interseccionales como el género, la orientación sexual, la edad, el origen étnico, la discapacidad, la situación migratoria y las condiciones socioeconómicas. La experiencia de la violencia y el trauma, incluida la violencia de género, debe reconocerse en políticas que abarquen desde la vivienda hasta la atención sanitaria y más allá.

4. **Dar prioridad a la prevención y la atención comunitaria**

Apoyar a los Estados miembros en las estrategias de desinstitutionalización con perspectiva de género y su aplicación, garantizando que se dé prioridad al apoyo comunitario y que este sea fácilmente accesible. Recopilar y compartir información sobre las mejores prácticas existentes, haciendo hincapié en el apoyo entre pares y la participación de las personas con experiencia vivida.

5. **Mejorar la recopilación de datos y el seguimiento sobre género y salud mental**

Reforzar la recopilación armonizada de datos desglosados por género y discapacidad sobre los resultados en materia de salud mental, el acceso a los servicios y los determinantes estructurales relacionados, basándose en instrumentos existentes como el Cuadro de Indicadores Sociales, las Estadísticas sobre la Renta y las Condiciones de Vida (EU-SILC), la Encuesta Europea de Salud (EHIS) y las evaluaciones de los

países del Semestre Europeo. Con sólidas garantías en materia de privacidad y protección de datos. Utilizar los datos para fundamentar las políticas.

6. **Combatir el estigma**

Invertir en iniciativas de sensibilización y educación a escala de la UE para reducir el estigma relacionado con la salud mental, la discapacidad, la orientación sexual, el género y otras formas de discriminación interseccionales. Las campañas deben diseñarse conjuntamente con personas que hayan vivido estas experiencias y adaptarse para llegar y beneficiar a las personas más afectadas por la exclusión y la desigualdad, por ejemplo, debido a experiencias de discapacidad psicosocial, violencia de género o racismo.

7. **Dar prioridad a la financiación de la salud mental**

Garantizar que se dé prioridad a la inversión en salud mental y asistencia social en toda la UE. Reconocer la salud mental como una forma de inversión social esencial y apoyar a los Estados miembros para que protejan y amplíen el gasto en servicios de salud mental, prevención y apoyo comunitario. Debe reforzarse la inversión en asistencia social y salud mental en el nuevo Marco Financiero Plurianual (2028-2034), garantizando recursos e es específicos y adecuados, incluido el mantenimiento del FSE+ y la asignación de fondos para el gasto social, incluida la salud mental, así como el mantenimiento del vínculo con el Pilar Europeo de Derechos Sociales.

8. **Adoptar un enfoque integrado de la salud mental en todas las políticas**

Garantizar que la salud mental se tenga en cuenta en todos los ámbitos políticos, incluidas las próximas iniciativas en materia de vivienda, empleo y la próxima estrategia de lucha contra la pobreza, con el fin de ayudar a abordar las cuestiones estructurales que afectan a la salud mental y garantizar que todas ellas se basen en un enfoque interseccional y justo en materia de género.

9. **Desarrollar una estrategia global de la UE en materia de salud mental**

Crear y aplicar una estrategia integral de salud mental, financiada en su totalidad, con un calendario claro, objetivos y mecanismos de revisión para supervisar los progresos. Este enfoque debe basarse en un enfoque interseccional y comprometerse con sistemas de salud mental justos en materia de género y basados en los derechos, y pedir a los Estados miembros que elaboren planes de acción nacionales.

Recomendaciones para los Estados miembros:

1. **Reducir las diferencias entre la política y la práctica**

Garantizar que los compromisos en materia de igualdad de género, lucha contra la discriminación y salud mental basada en los derechos se traduzcan en un acceso real a los servicios, centrándose en la prevención y el apoyo temprano. Abordar las disparidades regionales, la escasez de mano de obra y las deficiencias de financiación. Garantizar que los trabajadores de salud mental y de apoyo entre pares estén equipados y cuenten con un buen apoyo.

2. **Dar prioridad, ampliar y financiar las iniciativas de apoyo comunitario y entre pares**

Estas deben dar prioridad a la prevención y la recuperación, basándose en ejemplos de buenas prácticas nacionales e internacionales.

3. **Mejorar el acceso a la información sobre los servicios de apoyo**

Recopilar, publicar y actualizar periódicamente la información básica sobre los servicios de apoyo públicos y las organizaciones del tercer sector, a través de plataformas digitales y recursos impresos. Garantizar que los materiales estén disponibles en varios idiomas y en formato de fácil lectura en las instituciones públicas locales, los edificios gubernamentales, los centros de salud y asistencia social, las comisarías de policía, las escuelas y las bibliotecas.

4. **Desarrollar e implementar una amplia formación para los profesionales.**

Desarrollar formación sobre igualdad de género, derechos LGBTQ+, violencia de género y justicia para las personas con discapacidad, así como sobre las formas en que estos aspectos se entrecruzan y repercuten en la salud mental, la búsqueda de ayuda y el acceso a los servicios. Esta formación debe integrarse en la educación inicial obligatoria y en el desarrollo profesional continuo del personal sanitario y de asistencia social, la policía y los servicios de emergencia, los profesionales jurídicos y judiciales y los educadores. Esta formación debe capacitar a los profesionales para reconocer y abordar el estigma, los prejuicios inconscientes y los estereotipos nocivos, y fomentar entornos seguros, inclusivos y respetuosos para todos.

5. **Mejorar el contenido y la disponibilidad de la educación sexual y relacional**

Garantizar una educación sexual y relacional integral, adecuada a la edad, basada en datos empíricos e inclusiva con las personas LGBTQ+ en las escuelas y otros centros de enseñanza. Los programas deben hacer especial hincapié en el consentimiento, las relaciones saludables y el bienestar mental, y cuestionar las normas de género rígidas y los estereotipos nocivos.

Anexo 1: Métodos

Metodología y enfoque ético

El informe se basa en una investigación documental realizada entre julio y octubre de 2025, a partir de una amplia gama de fuentes, entre las que se incluyen documentos políticos de la UE, literatura académica, informes de la sociedad civil, literatura gris y contribuciones de redes de experiencias vividas y vivas. Se prestó especial atención a la identificación de las lagunas en los datos y la cobertura de las políticas existentes, en los puntos de intersección entre el género y la salud mental. La selección de las fuentes se basó en la pertinencia, la diversidad de perspectivas y la inclusión de las voces infrarrepresentadas, en particular las de las personas que se identifican como mujeres y los miembros de las comunidades de personas con discapacidad.

A lo largo del proceso, la orientación y el marco del informe se perfeccionaron mediante un diálogo continuo con la Secretaría de MHE, lo que garantizó la alineación con los objetivos y prioridades actuales de defensa de las experiencias vividas y vivas. Si bien el enfoque no implica la recopilación de datos primarios, incorpora conocimientos cualitativos de los testimonios ya publicados y disponibles públicamente, publicaciones dirigidas por pares y supervivientes, y resultados de investigaciones participativas para ilustrar cuestiones sistémicas y fundamentar las recomendaciones políticas.

Este informe adopta un enfoque participativo y basado en los derechos, arraigado en los principios de justicia de género, investigación informada sobre el trauma y la violencia, e inclusión epistémica. Desde el principio, la autora desarrolló conjuntamente el marco y la estructura del informe en colaboración con el equipo de políticas de MHE, con aportaciones sobre cómo se podían priorizar las perspectivas de las experiencias vividas. En la medida de lo posible, el informe se basa en consultas con representantes de organizaciones clave, testimonios publicados, estudios de casos y publicaciones de redes dirigidas por pares y supervivientes (por ejemplo, defensores de los usuarios de servicios de salud mental, mujeres LGBTI+ y comunidades con discapacidad psicosocial), todo ello integrado con la debida atribución. Además, se organizó un taller de cocreación en línea con una amplia gama de participantes, que sirvió de base para la formulación de las recomendaciones.

A continuación se incluye una reflexión metodológica para reconocer la posición del autor, las fuentes consultadas y los límites de un ejercicio basado principalmente en el estudio de documentos. Es fundamental destacar que los primeros borradores del informe se compartieron no solo con el personal de MHE, sino también con personas y redes con experiencia vivida, con el fin de validar las ideas clave y garantizar que el lenguaje, el marco y las recomendaciones resonaran en las personas directamente afectadas. Este enfoque tiene por objeto honrar la experiencia vivida y la experiencia actual, junto con los conocimientos académicos y clínicos, garantizando que la defensa de una política de salud mental sensible al género y justa desde el punto de vista del género se base tanto en el análisis estructural como en las voces del mundo real.

Reflexividad y reflexión metodológica

Este informe se ha elaborado principalmente a partir de una metodología documental, basándose en la literatura académica, los documentos políticos de la UE y los informes de la sociedad civil y las organizaciones con experiencia vivida. Como tal, refleja tanto las fortalezas como las limitaciones de la investigación secundaria. La autora reconoce su propia posición como persona con experiencia vivida en materia de salud mental, violencia de género y uso de servicios de salud mental, lo que le permite adoptar una perspectiva

crítica y sensible al trauma y la violencia a lo largo de todo el análisis. Si bien se ha hecho todo lo posible por amplificar las voces de las personas más afectadas por las desigualdades de género en materia de salud mental, la ausencia de una investigación participativa primaria formal limita la profundidad de la participación directa con las comunidades. El informe trata de mitigar esto integrando los testimonios ya publicados y disponibles públicamente, las publicaciones dirigidas por pares y los comentarios de los defensores de las experiencias vividas y vividas actualmente que colaboran con MHE. Esta reflexión se ofrece con un espíritu de reflexividad, transparencia, humildad y compromiso de centrar las experiencias vividas y vividas actualmente en la investigación y el trabajo de defensa futuros.

Anexo 2: Glosario de términos

Co-creación	La cocreación es un enfoque colaborativo en el que las partes interesadas —incluidas las personas con experiencia vivida, los responsables políticos, los proveedores de servicios y las comunidades— trabajan en pie de igualdad para diseñar, aplicar y evaluar las políticas y los servicios de salud mental. Hace hincapié en la inclusividad, el respeto mutuo y el poder compartido, garantizando que las perspectivas diversas den forma a los resultados, y requiere un compromiso y una adaptabilidad continuos. ^{94 95}
Injusticia epistémica	La devaluación y el silenciamiento sistemáticos de ciertos sistemas de conocimiento, en particular los de los grupos marginados. ⁹⁶ En contextos clínicos, esto se manifiesta en el rechazo, la minimización o la patologización de las experiencias vividas y el conocimiento subjetivo de los pacientes. ⁹⁷
Violencia de género	La violencia de género se refiere a la violencia cometida contra una persona por su género, o la violencia que afecta de manera desproporcionada a las personas de un género en particular. Abarca cualquier forma de daño dirigido a una persona o grupo en función de su identidad de género real o percibida. La violencia de género puede incluir el abuso físico, sexual, psicológico o económico, la violencia doméstica y la violencia de pareja, entre otras formas que se derivan y refuerzan las desigualdades estructurales y las relaciones de poder socialmente construidas entre mujeres y hombres. También abarca las amenazas de violencia, la coacción, el control coercitivo, la violencia en línea y el abuso basado en imágenes, así como las restricciones a la libertad, ya sea en la vida privada o pública. ^{98 99 100}
Justicia de género	Definida en la salud mundial como la realización de los derechos universales en relación con la equidad en la salud y la igualdad de género, al tiempo que se abordan los factores que impulsan la discriminación y la exclusión por motivos de género. ¹⁰¹
Enfoque basado en los derechos humanos	Marco basado en el derecho internacional de los derechos humanos que orienta las medidas jurídicas, políticas y prácticas para promover y proteger los derechos humanos. Permite a los actores estatales y no estatales identificar y abordar las desigualdades y la

⁹⁴ OMS (2025) Transformar la salud mental a través de la experiencia vivida: hoja de ruta para integrar a los profesionales con experiencia vivida y vivida en las políticas, los servicios y la comunidad. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>

⁹⁵ MHE (2022) Kit de herramientas: Co-creación en salud mental. <https://www.mentalhealtheuropa.org/wp-content/uploads/2023/05/MHE-Co-Creation-Toolkit-FINAL.pdf>

⁹⁶ Fricker, M. (2007) Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento. Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

⁹⁷ Liz Jonas, Sondra Bacharach, Sarah Nightingale, Sara Filoche (2025) Bajo el paraguas de la comunicación sobre la injusticia epistémica y la injusticia epistémica en los encuentros clínicos: una revisión crítica del alcance. *Ética, medicina y salud pública*. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2024.101039>.

⁹⁸ ACNUR. Violencia de género: <https://www.unhcr.org/gender-based-violence.html>

⁹⁹ Comisión Europea. ¿Qué es la violencia de género? https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-based-violence/what-gender-based-violence_en

¹⁰⁰ Consejo de Europa, ¿Qué es la violencia de género?: <https://www.coe.int/en/web/gender-matters/what-is-gender-based-violence>

¹⁰¹ Sarah Hawkes, Elhadj As Sye, Gary Barker, Frances Elaine Baum, Kent Buse, Angela Y Chang, et al. (2025) Lograr la justicia de género para la equidad en la salud mundial: la Comisión Lancet sobre género y salud mundial. *The Lancet*. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00488-X

	discriminación, garantiza la participación de todas las partes interesadas y proporciona mecanismos de rendición de cuentas y reparación. ^{102 103}
Experiencia vivida y vivida	En salud mental, se refiere a las diversas experiencias de las personas que han experimentado o están experimentando dificultades de salud mental. Algunos prefieren el término «experiencia viva», ya que «vivida» puede sugerir que la experiencia pertenece al pasado, aunque otros no lo interpretan así. ¹⁰⁴ Abarca los conocimientos adquiridos a partir de esta valiosa experiencia, por ejemplo, cómo se siente, qué ayuda o qué dificulta, qué faltaba, lo que supone una contribución única al campo. ¹⁰⁵
Misoginia médica	Se puede definir como el rechazo, la minimización o la patologización generalizados del dolor, la angustia y las experiencias corporales de las mujeres. ^{106 107}
Modelo psicosocial de la salud mental	En lugar de tratar la angustia como un «déficit» individual o una disfunción biológica, reconoce que las barreras sociales y las injusticias sistémicas desempeñan un papel fundamental. Este modelo considera la salud mental como parte del espectro completo de la experiencia humana, y no simplemente como la ausencia de enfermedad o mala salud. Destaca el papel de los determinantes sociales y ambientales, como la pobreza, la desigualdad, la educación, la vivienda, la violencia y el trauma, y cómo interactúan entre sí para configurar los resultados de la salud mental. ^{108 109}
Enfoque de recuperación	En este caso, la salud mental no se refiere simplemente a la «reducción de los síntomas», sino a la recuperación de la autonomía, la capacidad de acción y una vida significativa en la comunidad. La recuperación se define de forma individual y significa cosas diferentes para cada persona ^{110 111 112} , pero siempre implica elección, respeto y control sobre el propio camino. La atención de la salud mental orientada a la recuperación va más allá del control de los síntomas para apoyar los objetivos generales de la vida de las personas, centrándose en su participación, sus elecciones y sus puntos fuertes. ¹¹³

¹⁰² Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible (2023) Enfoque basado en los derechos humanos: <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>

¹⁰³ OMS (2023) Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/23e2eb5c-a043-4d6e-b38b-fed350da6fe7/content>

¹⁰⁴ MHE (2024) El poder del lenguaje: glosario de palabras y términos: [Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf](https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf)

¹⁰⁵ OMS (2025) Transformar la salud mental a través de la experiencia vivida: hoja de ruta para integrar a los profesionales con experiencia vivida y vivida en las políticas, los servicios y la comunidad. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>

¹⁰⁶ Kate Womersley (2025) Una crónica de la misoginia médica. *The Lancet*. Volumen 406, número 10509, 1210-1211.

¹⁰⁷ Parlamento del Reino Unido (2024) La «misoginia médica» está provocando que las mujeres sufran dolor innecesario y no sean diagnosticadas durante años. <https://committees.parliament.uk/committee/328/women-and-equalities-committee/news/204316/medical-misogyny-is-leaving-women-in-unnecessary-pain-and-undiagnosed-for-years>

¹⁰⁸ Mental Health Europe (2023) Promover la comprensión del modelo psicosocial de la salud mental: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf>

¹⁰⁹ Karilė Levickaitė y Ugnė Grigaitė (2020) Salud mental, discapacidad psicosocial y el derecho a vivir en la comunidad: desinstitucionalización y defensa del cambio: https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2021/06/psp_module_final_2020.pdf

¹¹⁰ Boevink, W. (2017) Plantar un árbol: sobre la recuperación, el empoderamiento y la experiencia vivencial. Instituto Trimbo, Departamento de Reintegración, Utrecht, Países Bajos: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1551-planting-a-tree.pdf>

¹¹¹ Estefanía Guerrero, Maite Barrios, Hernán María Sampietro, Alba Aza, Georgina Guilerá, Juana Gómez-Benito (2025) Recuperación en salud mental: un estudio Delphi internacional desde una perspectiva profesional orientada a la recuperación. *Social Science & Medicine*, vol. 381. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118302>

¹¹² MHE (2019) Guía breve para la recuperación personal en salud mental: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/12/Short-Guide-to-Recovery.pdf>

¹¹³ Diana González-Mañas, Francisco José Eiroa-Orosa, Camille Roux (2024) Recuperación en los servicios de salud mental: <https://www.mentalhealthurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Policy-Report-Recovery-Based-Human-Rights-Indicators-in-Mental-Health-Services.pdf>

Las orientaciones generales sobre la terminología utilizada en este informe se han tomado del glosario de MHE¹¹⁴ y de la publicación de la ONG Mental Health Perspectives «Words are Important» (Las palabras son importantes)¹¹⁵

¹¹⁴ MHE (2024) El poder del lenguaje: glosario de palabras y términos: [Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf](#)

¹¹⁵ ONG Mental Health Perspectives (2021) Las palabras son importantes: cómo hablar y escribir de forma ética sobre la salud mental: https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2024/01/Zodziaisvarbus_2021.pdf

El uso de estos materiales debe incluir una mención de la fuente. Ninguno de estos materiales puede modificarse o adaptarse sin la autorización expresa por escrito de Mental Health Europe.

© Mental Health Europe (diciembre de 2025)

Las opiniones y puntos de vista expresados son, sin embargo, exclusivamente los de los autores y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea ni los del Programa CERV de la Comisión Europea. Ni la Unión Europea ni la autoridad concedente pueden ser consideradas responsables de los mismos.