
Salud mental y bienestar en mujeres desempleadas de la Comunidad de Madrid

Informe investigación





AGRADECIMIENTOS

En Fundación Santa María la Real queremos reconocer y agradecer de manera muy especial a todas las mujeres que, de forma desinteresada, respondieron nuestra encuesta y participaron en el grupo de discusión. Su compromiso ha sido clave para hacer realidad este proyecto y aportar evidencias valiosas sobre el vínculo entre el desempleo femenino y la salud mental en la Comunidad de Madrid.

También queremos hacer un reconocimiento especial a las y los profesionales del Tercer Sector que nos brindaron su tiempo y saberes en las entrevistas realizadas. Sus aportaciones, basadas en la experiencia directa con las personas y en el conocimiento de la realidad social, han contribuido de manera esencial a enriquecer el análisis y a dotar a este proyecto de una mirada más integral y realista.

Este informe ha sido impulsado por la Fundación Santa María la Real y financiado por la Unión Europea, Next Generation, a través de la Consejería de Economía, Hacienda y Empleo de la Comunidad de Madrid.



Índice

1 Introducción	4
2 Objetivos	8
3 Salud mental y bienestar: una radiografía de la vulnerabilidad de las mujeres desempleadas en la CAM	10
3.1. Análisis del riesgo de mala salud mental y bajo bienestar en mujeres desempleadas	11
3.2. Análisis sociodemográfico: colectivos con mayor exposición al riesgo psicológico	15
4 Factores asociados a la salud mental y el bienestar de las mujeres desempleadas de la CAM	18
4.1. El valor añadido de los programas de empleo: un mayor impacto cuando incorporan apoyo psicoemocional	19
4.2. Redes de apoyo y salud mental: el efecto amortiguador del soporte social	22
4.3. La vivienda como variable crítica en la salud mental de las mujeres	24
4.4. La dimensión invisible del desempleo: cómo la carga de cuidados condiciona la salud mental femenina	26
5 Conclusiones	28
6 Recomendaciones	31
7 Nota metodológica	33
8 Bibliografía	36

1 | Introducción

Situación actual del desempleo en la Comunidad de Madrid

El desempleo constituye un fenómeno central en el análisis de las desigualdades sociales y su impacto en salud mental. En el caso de la Comunidad de Madrid (a partir de este punto CAM), el desempleo sigue afectando en mayor medida a las mujeres; según la Encuesta de Población Activa (EPA), en el segundo trimestre de **2025 la tasa de paro femenina en la CAM alcanzó el 8,2%**, mientras que en los hombres fue del 7,3%, evidenciando una brecha de género persistente (INE, 2025). Aunque la diferencia porcentual pueda parecer moderada, **en términos absolutos implica que hay 13.800 mujeres más desempleadas que hombres**, superando las 157.000 mujeres en situación de desempleo en la región. Además, se trata de una brecha que se mantiene en el tiempo, lo que revela que la igualdad plena en el acceso al empleo todavía está por conseguirse.

Al analizar la distribución del paro femenino por franjas de edad, se observan brechas significativas. **Entre las mujeres jóvenes (16 a 24 años), la tasa de desempleo en la CAM se situó en torno al 21,2%**, en el segundo trimestre de 2025, lo que significa que aproximadamente una de cada cinco jóvenes que busca empleo no logra incorporarse al mercado laboral. En contraste, en el grupo de edad principal (25 a 54 años), la tasa descendió hasta alrededor del 6,4%. Por su parte, entre las mujeres de 55 años o más, la tasa se situó cerca del 10,0%. **En todas las franjas de edad, las cifras femeninas superan a las masculinas, reflejando una brecha de género persistente en el acceso al empleo** (INE, 2025). Estas diferencias revelan, por un lado, la precariedad de la inserción laboral juvenil (con tasas de paro muy superiores a la media) y, por otro, las dificultades de reintegración en el mercado de trabajo en edades superiores a los 55 años. Esto último resulta especialmente relevante en términos de género debido a que, en muchas ocasiones, el desempleo se prolonga tras interrupciones laborales vinculadas al cuidado familiar, fenómeno

que a menudo afecta a las mujeres en esta etapa de la vida (Eurocarers, 2021; OECD, 2022).

Por otro lado, la problemática del **desempleo de larga duración (DLD)** es especialmente significativa en clave de género. En 2024, alrededor del 40,4% de las personas desempleadas en la CAM llevaba más de un año buscando empleo y, de ellas, **cerca del 64,9% eran mujeres** (Consejería de Economía, Hacienda y Empleo de la CAM, 2025). Este dato refleja un círculo de exclusión laboral donde se acumulan los efectos del desánimo, la pérdida de competencias y el empobrecimiento sostenido.

La sobrerrepresentación femenina en el paro de larga duración indica la interacción entre mercado de trabajo y desigualdades de género, ya que muchas mujeres, tras asumir tareas de cuidados no remunerados, encuentran dificultades para reincorporarse en empleos estables. Otros datos complementan los expuestos: del total de mujeres inactivas de la región, **el 28,6% alegaban las labores del hogar como principal motivo de su**

inactividad, frente al 5,5% de los hombres. Además, persiste una marcada brecha en la calidad del empleo por género: en el segundo trimestre de 2025, **alrededor del 22,1% de las mujeres ocupadas trabajaba a tiempo parcial, frente a solo el 6,9% de los hombres** (INE, 2025). Esta diferencia no es menor, ya que la parcialidad condiciona trayectorias profesionales más discontinuas y menores cotizaciones sociales, reforzando la vulnerabilidad económica de las mujeres a largo plazo.

Finalmente, es necesario atender a factores interseccionales que agravan la situación. Las mujeres extranjeras registran tasas de paro significativamente más altas que las españolas. En el segundo trimestre de 2025, la tasa de paro de las mujeres extranjeras en la CAM se situaba en el 12,3%, **más de 5 puntos por encima que la de las mujeres españolas** (7,1%) (INE, 2025). Asimismo, el nivel educativo marca diferencias profundas: las mujeres con estudios superiores conforman el 21,8% de las mujeres en desempleo, frente a aquellas con estudios secundarios (40,9%) o primarios (37,3%) (Consejería de Economía, Hacienda y Empleo de la CAM, 2025). En suma, **el desempleo femenino en la CAM no es un fenómeno**

homogéneo, sino que se concentra en grupos especialmente vulnerables que requieren políticas específicas de apoyo.

Este panorama de desigualdad laboral condiciona, a su vez, la forma en que las mujeres experi-

mentan su bienestar y salud mental. La inseguridad económica, la frustración de no encontrar empleo y la carga añadida de responsabilidades de cuidado generan un caldo de cultivo propicio para el malestar psicológico en la población femenina desempleada.



La salud mental de las mujeres en la CAM

Los indicadores de salud mental muestran de forma sistemática que las mujeres presentan una mayor carga de malestar psicológico en comparación con los hombres. Según la CAM (2024), alrededor del **12,5%** de las mujeres de entre 18 y 64 años en la región había recibido un **diagnóstico de depresión**, frente a aproximadamente el **6,2%** de los hombres. En otras palabras, la prevalencia de depresión diagnosticada se duplica en la población femenina. Esta brecha de género aparece también en los trastornos de ansiedad y en otros indicadores de salud mental. En el caso de la población adolescente, la situación resulta aún más preocupante: **más de la mitad de las chicas (56,2%) presentaron malestar psicológico significativo**, frente a un tercio de los chicos (33,8%). Esta brecha tan marcada en la juventud refleja factores sociales y culturales que impactan diferencialmente en chicas y chicos, condicionando el punto del que parten unos y otras.

Estos datos ponen de relieve un patrón de **desigualdad de género en salud mental** que no puede explicarse o atribuirse a factores bioló-

gicos. La literatura especializada señala que la **precariedad laboral**, la **sobrecarga de cuidados** y la **exposición a la violencia de género** actúan como determinantes sociales clave del mayor malestar psicológico de las mujeres (MITES, 2023; Rodríguez y Álvarez, 2023). Asimismo, la posición socioeconómica juega un papel decisivo: las mujeres con menores ingresos o nivel educativo bajo presentan tasas mucho más altas de depresión y ansiedad que aquellas en mejor situación económica. Existe un marcado gradiente social en salud mental: la prevalencia de depresión es unas 2,5 veces mayor en los estratos de renta más baja respecto a los de renta más alta en España, algo que se replica en el caso de la ansiedad y que se acentúa particularmente en las mujeres (Ministerio de Sanidad, 2020).

Por otro lado, las dificultades no se limitan a la mayor prevalencia de problemas, sino también al acceso a **recursos de atención adecuados**. España mantiene una dotación de profesionales de salud mental por habitante claramente inferior a la media europea. En 2023, el país contaba con 5,14 psicólogos clínicos por cada 100.000 habitantes, frente a una media de 18 por 100.000 en la Unión Europea (COP, 2021). **La CAM pre-**

senta incluso una ratio más baja, con apenas 3,9 psicólogos clínicos por cada 100.000 habitantes (CAM, 2021). Esta carencia implica que muchos problemas de salud mental terminen siendo abordados desde la atención primaria, un nivel asistencial que suele carecer de tiempo y recursos especializados para una intervención adecuada. A menudo, ante la falta de psicólogos, la respuesta del sistema sanitario tiende a ser la **medicalización**: un alto consumo de psicofármacos como sustituto de la terapia psicológica. De hecho, los datos muestran un **predominio femenino en el consumo de antidepresivos y ansiolíticos**, duplicando e incluso triplicando las cifras de los hombres. El uso de estos fármacos aumenta con la edad y se concentra en las mujeres con peor situación socioeconómica, lo que evidencia que muchas mujeres están sobrellevando su malestar mediante medicación recetada en primaria, en ausencia de intervenciones psicológicas especializadas (Ministerio de Sanidad, 2020; Ministerio de Sanidad, 2024; DGSP CAM, 2025).

El análisis de la **conducta suicida** refuerza la importancia de incorporar la perspectiva de género. En 2023, las tasas de suicidio en la CAM fueron

aproximadamente de **8,4 por 100.000** habitantes en hombres, y **3,9 por 100.000** en mujeres, lo que implica más del doble de muertes por suicidio en varones. Sin embargo, las estadísticas internacionales señalan un fenómeno conocido como la **paradoja de género en el suicidio**: las mujeres suelen realizar más **intentos de suicidio**, mientras que los hombres consuman más suicidios debido en parte al empleo de métodos más letales o violentos (Sánchez, 2017; Barroso, 2019; Laso et al., 2023), lo que obliga a matizar la lectura de los datos de suicidio. De este modo, el suicidio y las conductas autolíticas constituyen un problema de salud pública que exige intervenciones sensibles al género.

La relación entre el desempleo y la salud mental en las mujeres de la CAM

Numerosos estudios han demostrado la relación directa entre desempleo y malestar psicológico (del Pozo et al., 2002; Buendía, 2010; Fernández-Valera et al., 2019; CJE y Oxfam Intermón, 2024), señalando que actúa como un determinante social clave de la salud mental. En el caso

de las mujeres, los efectos negativos del desempleo suelen ser todavía más intensos debido a factores de género. La combinación de **falta de empleo, historia de precariedad y responsabilidades de cuidado** configura una espiral de vulnerabilidad psicológica para muchas mujeres.

Los datos regionales respaldan esta asociación entre desempleo y demanda de atención en salud mental. Según los últimos registros de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), la proporción de mujeres desempleadas que acudieron a atención primaria por problemas psicológicos ha ido en aumento la última década: en 2013, aproximadamente el 45% de las mujeres desempleadas de la CAM requirieron atención por motivos de salud mental; en 2018 esa proporción subió al 50 %, y en 2023 alcanzó cerca del 55%. Asimismo, en todos los períodos analizados, las mujeres acudieron en mayor proporción que los hombres desempleados (Ministerio de Sanidad, 2023). Estos datos revelan una tendencia inequívoca: **el desempleo femenino se encuentra estrechamente vinculado a un incremento sustancial en la demanda de atención por salud mental**. Esta realidad evidencia que el fenómeno trasciende la mera dimensión

económica para configurarse como un factor determinante que repercute directamente tanto en la salud pública como en el bienestar subjetivo de las mujeres.

En definitiva, el desempleo femenino en la CAM se erige como un **determinante social de la salud mental**. El análisis pormenorizado de esta compleja relación permite no solo comprender con mayor profundidad los múltiples riesgos psicosociales que enfrentan las mujeres desempleadas, sino también fundamentar la necesidad imperativa de desarrollar **políticas públicas, recursos asistenciales e intervenciones especializadas** que resulten efectivamente capaces de responder ante la realidad multifacética expuesta. Únicamente a través de la implementación de un enfoque integral y multidisciplinar será posible interrumpir el vínculo cíclico que se establece entre desempleo y deterioro de la salud mental, avanzando así hacia la construcción de una sociedad más equitativa y saludable para el conjunto de las mujeres.

2 | Objetivos



2 | Objetivos

El presente informe de investigación tiene como objetivo general **analizar la relación existente entre la situación de desempleo de las mujeres en la CAM y su salud mental y bienestar emocional**, incorporando una perspectiva interseccional que permita visibilizar las desigualdades estructurales que atraviesan sus trayectorias vitales y laborales. Con el fin de alcanzar dicho objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:



OE 1

Examinar los efectos del desempleo en la salud mental y el bienestar emocional de las mujeres desempleadas en la CAM.

OE 2

Identificar los principales ejes de desigualdad (edad, clase social, nacionalidad) y factores de riesgo o protección (desempleo de larga duración, responsabilidades de cuidados, apoyo social, entre otros) que condicionan la salud mental de estas mujeres.

OE 3

Formular recomendaciones y propuestas de mejora dirigidas a distintos actores involucrados en la empleabilidad de las mujeres de la CAM.

3 | Salud mental y bienestar: una radiografía de la vulnerabilidad de las mujeres desempleadas en la CAM



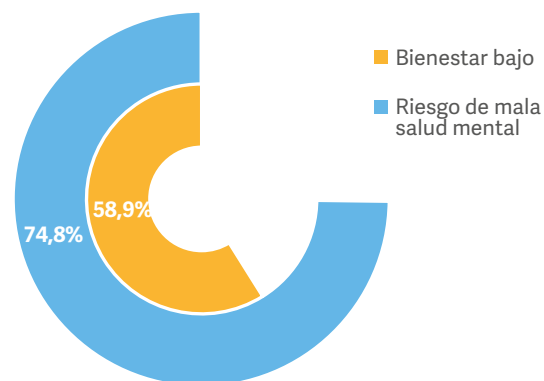
3 | Salud mental y bienestar: una radiografía de la vulnerabilidad de las mujeres desempleadas en la CAM

3.1. Análisis del riesgo de mala salud mental y bajo bienestar en mujeres desempleadas

Los resultados obtenidos¹ a partir del análisis del riesgo en salud mental y el estado de bienestar emocional en las mujeres encuestadas muestran una realidad preocupante (Figura 1): **tres de cada cuatro mujeres (74,8%) se sitúan en niveles de riesgo de mala salud mental²**. De igual forma, de acuerdo con el índice de bienestar utilizado (WHO-5), centrado en la evaluación de experiencias positivas, **el 58,9% de las mujeres participantes se encontraban en niveles bajos de bienestar subjetivo**. Esto significa que más de la mitad de ellas no solo experimentan manifestaciones de ansiedad o depresión, sino que además carecen de sentimientos de motivación o tranquilidad en su día a día. Esta ausen-

cia de bienestar positivo refuerza la idea de que **el desempleo no se limita a generar malestar, sino que también priva a las mujeres de experiencias emocionales protectoras que podrían contribuir a su resiliencia**.

Figura 1. Distribución porcentual de mujeres según el riesgo de mala salud mental y el nivel de bienestar



El análisis pormenorizado de la escala de salud mental (GHQ) permite identificar las áreas de mayor afectación por cada dimensión del riesgo en salud mental (Figura 2): ansiedad/insomnio, disfunción social, síntomas somáticos y depresión severa.

La dimensión de **ansiedad e insomnio** es la que presenta los niveles más elevados, con una media de 18,6 puntos, lo que refleja la presencia constante de nerviosismo, preocupación y dificultades para conciliar el sueño. En cuanto a indicadores individuales dentro de esta subescala, destaca que **un 73,8% de las mujeres se sintió entre bastante y mucho más agobiada y en tensión de lo habitual, lo que constituye el porcentaje más elevado de todas las dimensiones analizadas**. Estos signos no solo reducen la calidad de vida, sino que interfieren en la capacidad para

1. Como se señala en la nota metodológica, los resultados aquí presentados deben interpretarse con cautela. La muestra utilizada es de tamaño reducido y no pretende ser representativa de la población general de mujeres en situación de desempleo en la CAM. Sin embargo, los hallazgos ofrecen indicios relevantes que pueden servir como punto de partida para futuras investigaciones y para profundizar en el análisis de esta realidad compleja.

2. El riesgo de sufrir mala salud mental es medido a través de la escala GHQ-28 (Goldberg y Hillier, 1979), utilizando el punto de corte 5/6 como no caso/caso probable de sufrir un trastorno de salud mental. Para más información sobre la escala ver nota metodológica.

llevar a cabo una búsqueda activa de empleo de manera eficaz.

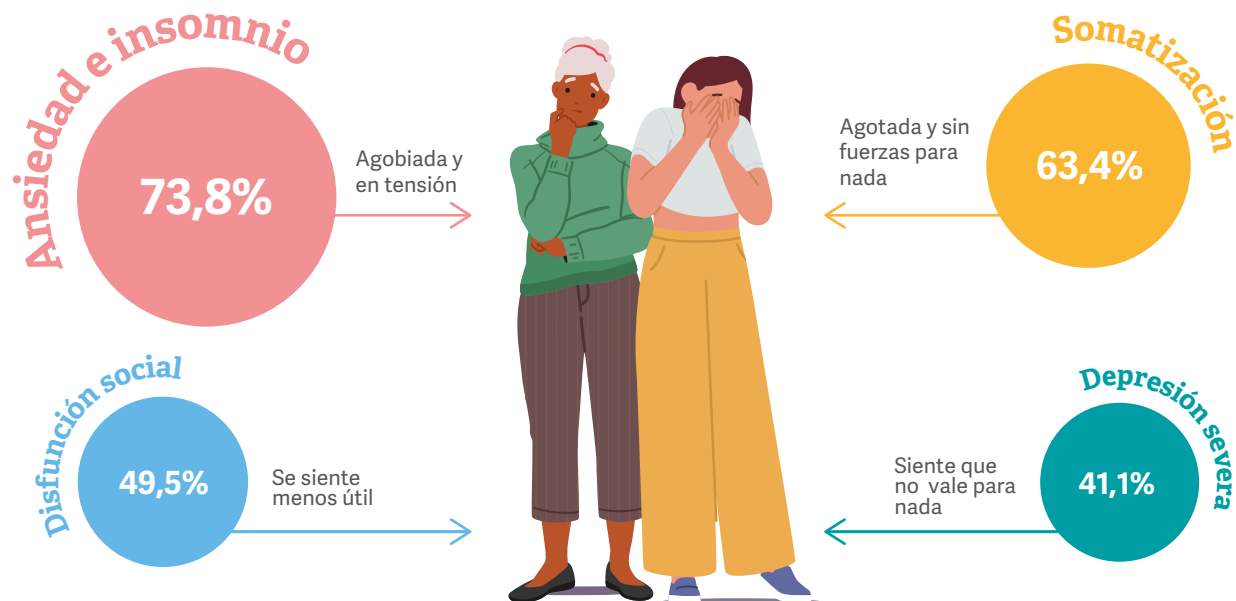
La **disfunción social** también alcanza valores elevados, con una media de 16,7 puntos, poniendo de relieve la dificultad de muchas mujeres para mantener rutinas cotidianas, organizar su tiempo o sentirse útiles. El indicador más prevalente en esta dimensión muestra que **el 49,5% de las participantes declaró sentirse menos o mucho menos útil que de costumbre, un dato que ilustra cómo el desempleo erosiona la percepción del propio valor social.**

En la dimensión de **somatización** se observa una media de 16,8 puntos: el malestar psicológico se traduce en dolores, molestias corporales y cansancio físico. El signo más frecuentemente reportado es el agotamiento, con **un 63,4% de las participantes manifestando sentirse agotada y sin fuerzas para nada, evidenciando cómo el estrés del desempleo se materializa en el cuerpo.** Este dato es especialmente relevante porque ilustra cómo la ausencia de empleo no solo afecta al estado emocional, sino que también se manifiesta en la salud física, añadiendo una carga adicional.

Finalmente, la subescala de **depresión severa** alcanza una media de 13,2 puntos, confirmando la existencia de sentimientos de desesperanza, apatía y retraimiento en un porcentaje significativo de la muestra. El indicador con mayor incidencia muestra que **un 41,1% de las mujeres afirmó haber pensado que no valía para nada en mayor**

medida de lo habitual, reflejando el impacto del desempleo en la autoestima y la valoración personal. Aunque son los valores más bajos analizados, la depresión severa representa un factor de riesgo especialmente sensible en relación con la integridad emocional, psicológica y física de quienes la padecen.

Figura 2. Indicadores de cada dimensión del riesgo en salud mental con mayor incidencia sobre las mujeres desempleadas de la CAM.



El efecto acumulativo del desempleo prolongado

El análisis de la relación entre el tiempo en situación de desempleo y el riesgo en salud mental revela un gradiente claro: **a mayor duración del desempleo, mayor es el riesgo, siendo las mujeres que llevan dos años o más sin trabajo las más afectadas.**

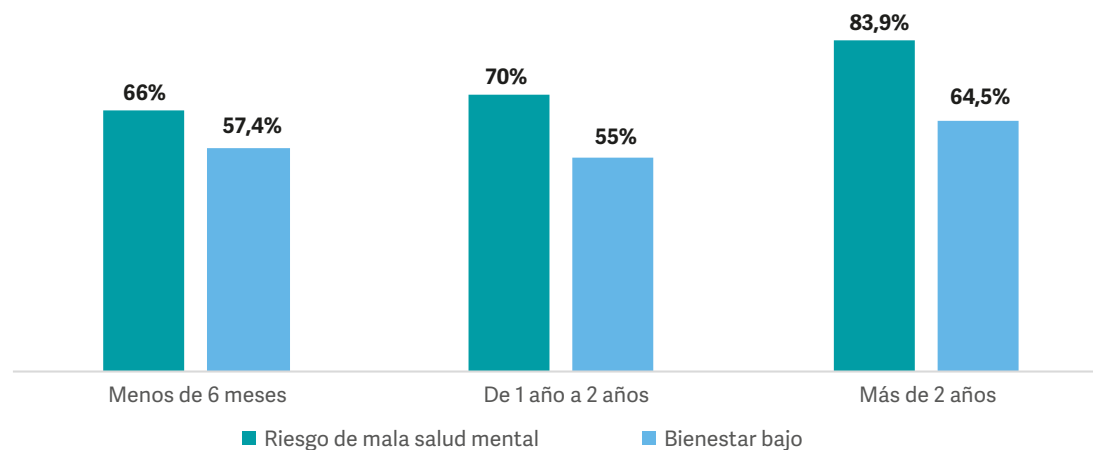
De acuerdo con los datos de la encuesta (Figura 3), entre las mujeres que llevaban menos de seis meses desempleadas, el 66% se encontraba en riesgo de mala salud mental y el 57,4% presentaba bajo bienestar. En el grupo de uno a dos años en desempleo, estas cifras ascendían al 70% en riesgo y al 55% con bajo bienestar, lo que confirma un empeoramiento progresivo. Finalmente, entre quienes llevaban más de dos años desempleadas, el porcentaje en riesgo alcanzaba el 83,9%, con un 64,5% en bajo bienestar³. Estos hallazgos coinciden con los analizados en el Observatorio de Desempleo de Larga Duración, que señala que, **a medida que el desempleo se prolonga, la confianza personal se deteriora y**

se refuerzan procesos de exclusión social, al tiempo que aparecen con mayor intensidad manifestaciones emocionales como ansiedad, tristeza o sentimientos de inutilidad (FSMLR, 2022).

Del mismo modo, esta problemática se vio reflejada en las opiniones de las participantes del grupo de discusión, que explicaban **cómo la repetición de rechazos en procesos de selección**

y el paso del tiempo sin trabajar deterioran progresivamente la confianza en sus propias capacidades. En definitiva, la persistencia en situaciones de desempleo se configura como un factor especialmente nocivo para la salud mental. La cronificación incrementa el riesgo de malestar psicológico, apuntando a que el tiempo en paro ejerce un efecto acumulativo que intensifica la vulnerabilidad emocional.

Figura 3. Porcentaje de mujeres en riesgo de mala salud mental y bajo bienestar según grupos duración del desempleo.



3. El grupo de mujeres que llevaban desempleadas más de seis meses pero menos de un año se ha omitido de la exposición de resultados debido a que el bajo número de casos englobados en esta categoría comprometía la comparabilidad de los datos.

“Nos ha pasado que personas, incluso jóvenes también, que han estado durante mucho tiempo en desempleo, que no han encontrado muchas oportunidades, cuando llegan tienen tal necesidad de asumir toda la responsabilidad que tienen, que por miedo a perder el contrato (...) Pues que hay personas que los descansos que deberían hacer, no los se les respetan, por más que ellos quieran ampliar los ingresos para poder participar y contribuir más en casa, pero eso va en contra de su salud, y al final terminan teniendo que abandonar o son despedidos al no superar el periodo de prueba.” (Profesional de entidad social)



En conjunto, los datos descriptivos muestran un panorama de gran vulnerabilidad psicológica: la mayoría de las mujeres desempleadas que han sido entrevistadas en el marco del presente estudio reportan niveles preocupantes de ansiedad, síntomas físicos asociados al estrés y falta de experiencias positivas de bienestar. Datos que invitan a reflexionar sobre la importancia de

reforzar las intervenciones psicosociales dirigidas a prevenir y abordar el malestar derivado de situaciones de vulnerabilidad socioeconómica como el desempleo y, especialmente, con mujeres que pueden sufrir condiciones de desempleo de larga duración.

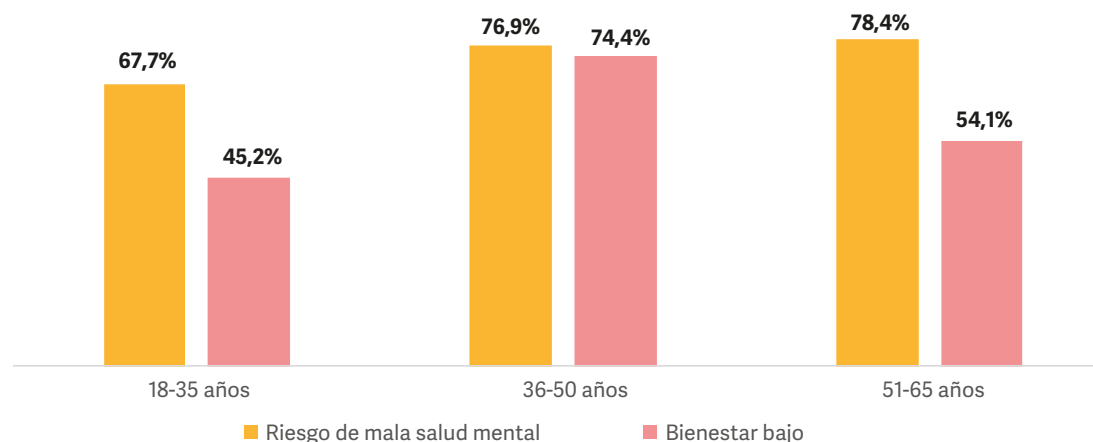
3.2. Análisis sociodemográfico: colectivos con mayor exposición al riesgo psicológico

Aunque el malestar psicológico se extiende de manera generalizada en la muestra de mujeres desempleadas de la CAM, el análisis comparativo entre distintos grupos permite identificar colectivos especialmente expuestos:



Edad. Esta variable marca una diferencia clara en la percepción de bienestar subjetivo (Figura 4). Entre las mujeres de 18 a 35 años, el 45,2% presenta bajo bienestar según el WHO-5. En el grupo de 36 a 50 años, la cifra asciende al 74,4%, mientras que en las mayores de 50 alcanza el 54,1%. Estos datos muestran que la franja de edad intermedia es la más afectada en términos de vitalidad y motivación, en un momento de la vida en el que coinciden mayores responsabilidades familiares y económicas. Es decir, a la interrupción de una trayectoria laboral que en muchos casos ya estaba consolidada, así como a la sensación de no cumplimiento de las

Figura 4. Porcentaje de mujeres en riesgo de mala salud mental y bajo bienestar según grupos de edad.



expectativas sociales, se suman las exigencias personales y económicas derivadas de la crianza y el cuidado de familiares, además de otros gastos como el pago de la vivienda o la manutención del hogar. Esta combinación de factores incrementa la presión psicológica y puede contribuir a que este grupo etario presente niveles más altos de malestar y menor motivación, en comparación con otros tramos de edad. En lo

que respecta al riesgo de mala salud mental, los porcentajes se mantienen elevados en todos los grupos de edad (67,7% en las más jóvenes, 76,8% en las intermedias y 78,4% en las mayores).



Clase socioeconómica. El patrón se repite al analizar la clase social ocupacional⁴ (Figura 5). En la clase baja, el 77,2% de las mujeres está en riesgo según el GHQ y el

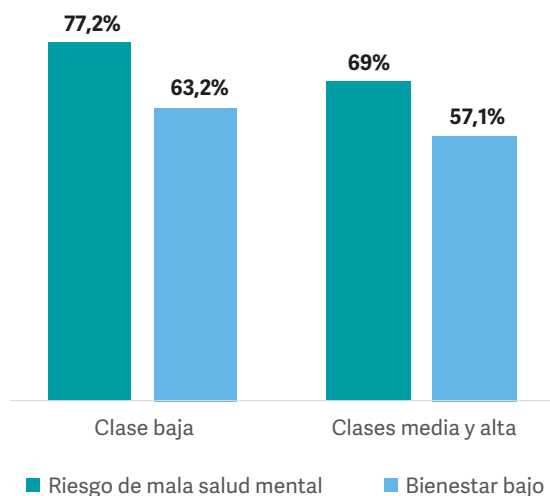
4. Se ha optado por medir la clase socioeconómica (CSE) con base en la ocupación anterior de las mujeres participantes según la clasificación del CNAE. De este modo, se han considerado CSE alta a aquellas que fueron propietarias, autónomas cualificadas y directivas, CSE media a las técnicas altas, técnicas y cuadros medios y, finalmente, CSE baja a las trabajadoras cualificadas, semicualificadas y no cualificadas.

63,2% presenta bajo bienestar, unas cifras que fuera de esta categoría alcanzan el 69% y el 57,1%, respectivamente. Estos resultados sugieren que la exposición a un mayor malestar psicológico se concentra en mujeres que han desarrollado ocupaciones elementales o no cualificadas. La vulnerabilidad en este grupo puede relacionarse con trayectorias laborales marcadas por la precariedad, menor estabilidad contractual y escasas oportunidades de promoción, lo que limita tanto la seguridad económica como la percepción de control sobre la propia vida. En este sentido, la combinación de desempleo e historial de ocupaciones con menor reconocimiento social y menores recursos materiales parece reforzar el riesgo de deterioro del bienestar subjetivo.



Nacionalidad. Los niveles de riesgo de salud mental muestran diferencias entre mujeres españolas (o con doble nacionalidad) y extranjeras (Figura 6): el 76,7% de las españolas presentan riesgo de mala salud mental frente al 70,6% de las extranjeras, y el 61,6% de las españolas se sitúa en bajo bienestar comparado con el 52,9% de las extranjeras. Asimismo, se observan diferencias en la prescripción de psicofármacos: el 34,3% de las españolas los re-

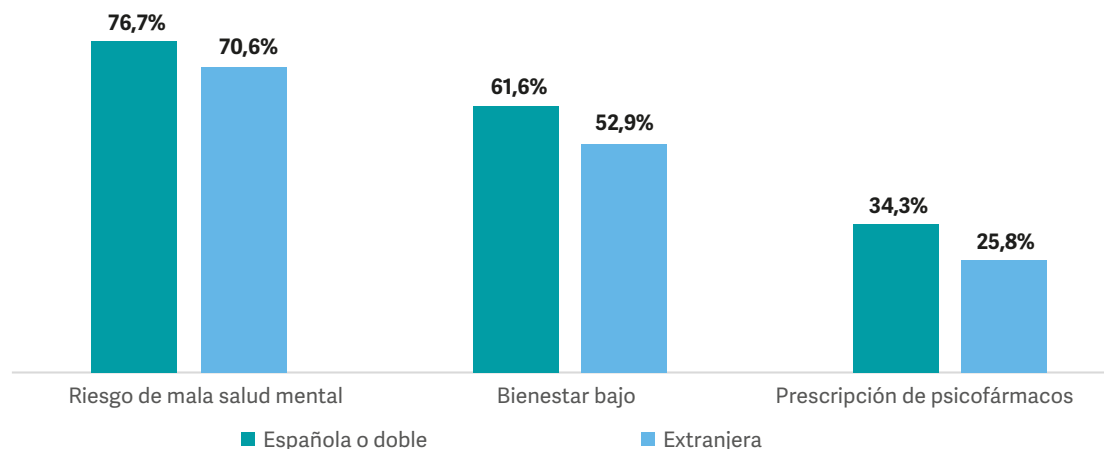
Figura 5. Porcentaje de mujeres en riesgo de mala salud mental y bajo bienestar según clase socioeconómica.



cibe frente al 25,8% de las extranjeras. Estos datos indican que las mujeres españolas presentan sistemáticamente peores indicadores de salud mental en todas las dimensiones analizadas, lo que podría deberse a factores culturales en las pautas de afrontamiento, pero también a diferencias en el acceso a los servicios y recursos sanitarios.



Figura 6. Porcentaje de mujeres en riesgo de mala salud mental y bajo bienestar según nacionalidad.



En conjunto, los resultados muestran que el riesgo de mala salud mental asociado al desempleo afecta de forma transversal a todos los grupos de mujeres. Sin embargo, existen colectivos que concentran una mayor vulnerabilidad: las mujeres de 36 a 50 años, las que llevan más de dos años en situación de desempleo y aquellas que pertenecen a clases socioeconómicas bajas. El caso de la nacionalidad refleja un impacto similar en salud mental, aunque con diferencias relevantes en el acceso y uso de recursos sanitarios.



4 | Factores asociados a la salud mental y el bienestar de las mujeres desempleadas de la CAM



4 | Factores asociados a la salud mental y el bienestar de las mujeres desempleadas de la CAM

4.1. El valor añadido de los programas de empleo: un mayor impacto cuando incorporan apoyo psicoemocional

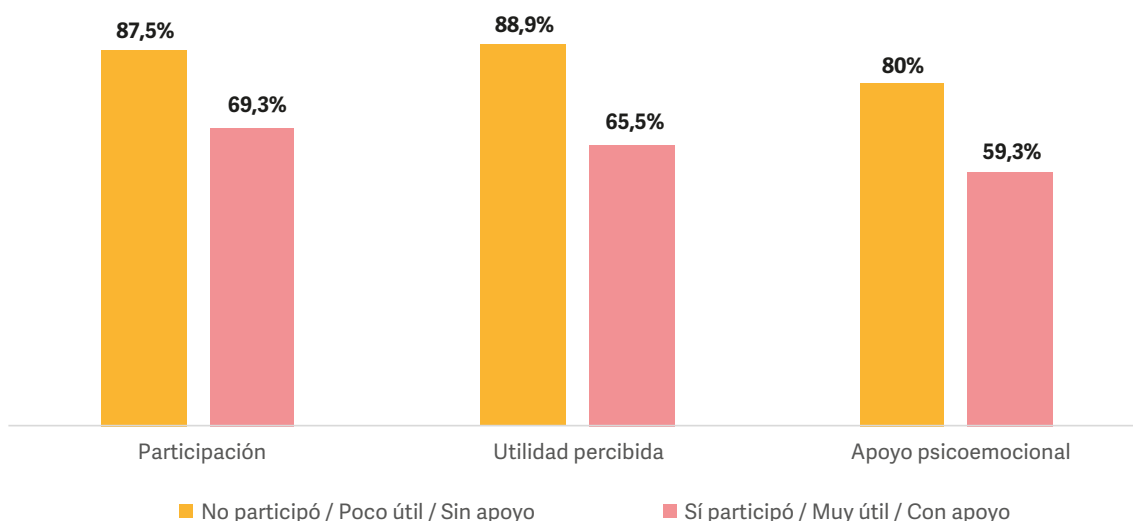
Al examinar los datos según la participación en programas de empleo emergen contrastes notables. Entre las mujeres que no participaron o no completaron un programa de empleo, el 87,5% presentaba riesgo de mala salud mental. Esta cifra contrasta significativamente con el 69,3% observado entre quienes sí participaron en al menos un programa. El bienestar subjetivo sigue una tendencia similar. En el grupo que no participó en programas, el 75% presentaba bajo bienestar, comparado con el 52% registrado entre quienes sí habían participado. **Estos hallazgos sugieren que la participación en programas de empleo ejerce un efecto protector parcial, mitigando, aunque sin eliminar completamente, la vulnerabilidad psicológica asociada al desempleo prolongado.**

La percepción de utilidad de los programas introduce matices relevantes en los resultados. Entre

las mujeres que consideraron que los programas fueron poco útiles, el 88,9% se encontraba en riesgo de mala salud mental y en torno a dos tercios manifestaban bajo bienestar (66,7%). Por el contrario, entre quienes los calificaron como muy útiles, los porcentajes de riesgo descendían al 65,5% y el bajo bienestar se situaba en el 48,3%. **Esto indica que no solo la participación en sí misma, sino también la percepción de eficacia del programa influye significativamente en la experiencia emocional de las participantes.** Este planteamiento coincide con los hallazgos de la investigación de FSMLR en Castilla y León, que subraya que tanto la participación como la utilidad percibida de los programas marcan diferencias claras en la salud mental de las personas desempleadas, mostrando que su efectividad no depende únicamente del acceso, sino también de la calidad de la experiencia percibida (FSMLR, 2024b).

Asimismo, la inclusión de componentes de apoyo psicoemocional en los programas de empleabilidad emerge como un factor diferencial crucial. Entre las mujeres que participaron en programas con este tipo de acompañamiento, el 59,3% presentaba riesgo de mala salud mental, frente al 80% de quienes participaron en programas sin dicho apoyo. **Estos hallazgos subrayan la importancia de integrar la atención psicoemocional en las políticas activas de empleo, dado su impacto diferencial en la salud mental de las mujeres desempleadas.** Estos resultados son coherentes con los encontrados en la Plataforma para la Salud Mental y la Empleabilidad Juvenil (FSMLR, 2024a), que halló que los programas sociolaborales que incluyen recursos psicoemocionales no solo reducen el riesgo de mala salud mental, especialmente en mujeres jóvenes, sino que también fortalecen la percepción de utilidad y de control sobre la trayectoria laboral, mejorando la experiencia subjetiva y favoreciendo procesos de inserción más sostenibles.

Figura 7. Porcentaje de mujeres en riesgo de mala salud mental según participación en programas de empleo, su utilidad percibida y si ofrecían apoyo psicoemocional



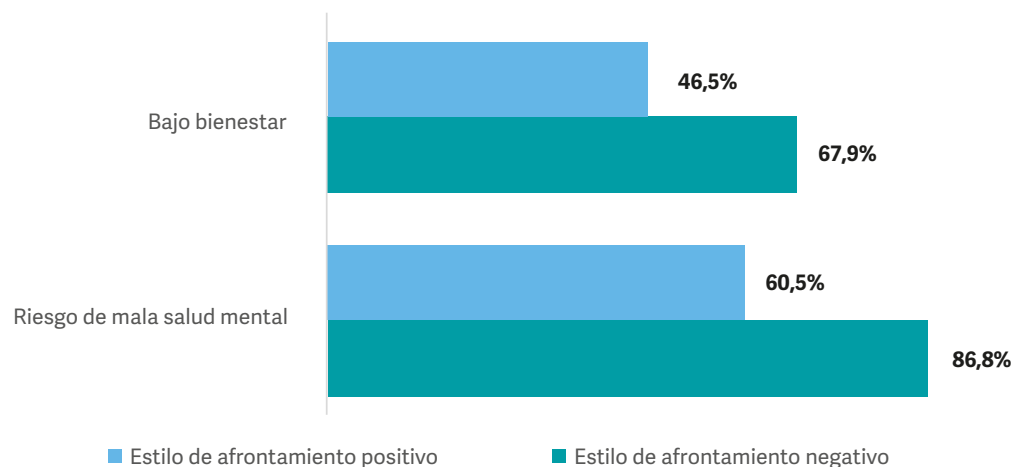
“Yo creo que, también, es muy importante la salud mental, que poco se habla (...) Y creo que el proceso de búsqueda de trabajo es muy solitario. Entonces, por una parte, es importante tener como una persona profesional. En mi caso ha sido algo muy importante. O sea, si yo no hubiera tenido ayuda psicológica, hubiera ido por otra rama, seguramente. O sea que sí, tener un profesional que te ayude en la parte psicológica me parece muy importante” (Mujer en situación de desempleo)

“Entonces, definitivamente, como buscar ayuda profesional no es fácil y mucho menos como un recurso gratuito, porque sí que también he buscado ayuda psicológica, por ejemplo, a través de la Seguridad Social. Y es casi imposible conseguirlo. Entonces como recursos que te ayuden emocionalmente durante todo el proceso (...) es como totalmente diferente el ánimo que se siente, la percepción de buscar trabajo es otra cosa. Y creo que no siempre está esa posibilidad de estos espacios. Yo lo veo muy valioso y positivo” (Mujer en situación de desempleo)

Por otro lado, el análisis de los estilos de afrontamiento ante situaciones que generan malestar en la búsqueda de empleo revela un patrón claro y consistente: **las mujeres en situación de desempleo que recurren a estrategias de afrontamiento evitativas** (me culpo de la situación, me critico por lo que he hecho o no he hecho, me quedo para mí lo que pienso) **y/o agresivas** (grito/insulto/critico o juzgo) **presentan**

una probabilidad significativamente mayor de mala salud mental y bajo bienestar (Figura 8). Concretamente, el 86,8% de quienes adoptan afrontamiento negativo se encuentra en riesgo de mala salud mental, frente al 60,5% de quienes no lo hacen. En términos de bienestar, las cifras se sitúan en un 67,9% con bajo bienestar entre las primeras, frente al 46,5% entre las segundas.

Figura 8. Riesgo de salud mental y nivel de bienestar según estilo de afrontamiento ante la búsqueda de empleo.



Nota. Estilo de afrontamiento positivo: Expongo mi malestar y las diferentes opciones para resolver la situación. Estilo de afrontamiento negativo: me pongo agresivo/a (grito/insulto/critico o juzgo) o evito el problema, no digo ni hago nada (me culpo de la situación, me critico por lo que he hecho o no he hecho, me quedo para mí lo que pienso).

“Durante muchos meses dejé de hablar de este tema con mis amigos y con mi familia, porque no quería como estar dando explicaciones. Es decir, otra vez tuve una entrevista donde no me llamaron, otra vez sigo buscando y no me llaman de ningún lado, entonces, evitar ese tema y dejarlo de hablar, y hablarlo solamente en espacios que estaban para ello. Y pues claro, eso también puede afectar, porque ellos no saben si preguntarte o no” (Mujer en situación de desempleo)

En conjunto, los resultados indican que la participación en programas de empleo, si bien no elimina el riesgo de malestar psicológico derivado del desempleo, puede actuar como un factor preventivo y de promoción de recursos protectores en el proceso de búsqueda de empleo, especialmente cuando las participantes los perciben como útiles y cuando incorporan componentes de apoyo psicoemocional.

Además, la participación en programas percibidos como útiles y que integran apoyo psicoemo-

cional puede favorecer un afrontamiento más adaptativo, ofreciendo espacios de validación emocional, reduciendo el aislamiento y reforzando la motivación. De este modo, los programas de calidad pueden funcionar como entornos de aprendizaje psicosocial que no solo amortiguan el impacto del desempleo, sino que también promueven estrategias de afrontamiento constructivas y, en última instancia, contribuyen a mejorar la salud mental y el bienestar general de las mujeres desempleadas.

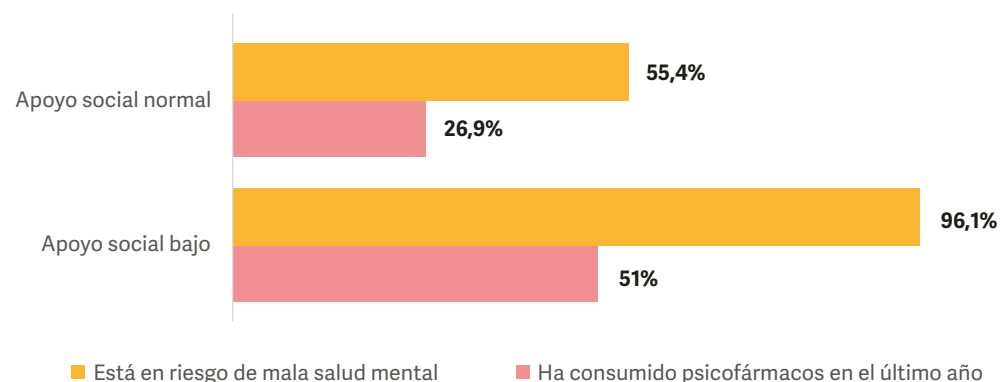
4.2. Redes de apoyo y salud mental: el efecto amortiguador del soporte social

El apoyo social constituye un determinante fundamental de la vulnerabilidad social y la salud mental (Figura 9). **Entre las mujeres en situación de desempleo con bajo apoyo social, el 96,1% está en riesgo de mala salud mental, frente al 55,4% entre aquellas que cuentan con apoyo social.** Lo mismo ocurre en el bienestar subjetivo: el 78,4% de las mujeres con bajo apoyo presenta bajos niveles en esta variable, mientras que entre las que cuentan con apoyo normal el porcentaje se reduce al 41,1%. Estas amplias diferencias, de

en torno a 40 puntos porcentuales, reflejan con nitidez que el apoyo social puede amortiguar el impacto psicológico del desempleo. De igual manera, la información cualitativa ahondó sobre este valor protector de las redes: las mujeres en desempleo participantes señalaron que compartir con otras personas sus experiencias de rechazo y ansiedad en la búsqueda de empleo les ayuda a sobrellevar mejor el malestar.



Figura 9. Porcentaje de mujeres en riesgo de mala salud mental y que han consumido psicofármacos en el último año según grado de apoyo social percibido.



“Yo es que creo que el problema del desempleo es un tema colectivo. Entonces, creo que se tiene que tratar desde la colectividad. Es que no hay otra. No puedes tratarlo... Sí, hay una parte individual, pero yo creo que estar con más gente y trabajarlo conjuntamente creo que es al final lo más efectivo que centrarte solo en “yo no encuentro trabajo” (Mujer en situación de desempleo)

Estos resultados son, asimismo, coherentes con investigaciones que muestran una mayor prevalencia de soledad no deseada en las mujeres, especialmente cuando disponen de menos relaciones familiares o de amistad de las deseadas, lo que incrementa su vulnerabilidad psicológica (Fundación AXA y Fundación ONCE, 2024).

El consumo de psicofármacos ofrece una lectura complementaria. Mientras que el 51% de las mujeres con apoyo bajo declara haber consumido este tipo de medicación, el porcentaje desciende al 26,9% en aquellas con apoyo normal. Este fenómeno ya ha sido documentado

por otros estudios: la soledad se asocia con una peor salud mental que conlleva mayor prescripción de psicofármacos, especialmente en el caso de las mujeres, que tienden a presentar tasas de consumo significativamente más elevadas (Ministerio de Sanidad, 2025; Pedrero-Pérez et al., 2023).

En conjunto, los resultados ponen de relieve que el apoyo social funciona como un determinante protector frente al malestar psicológico. Allí donde falla, el desempleo se vive con mayor aislamiento, con menos recursos de afrontamiento y con un riesgo superior de medicalización. Así, invertir en redes de apoyo (ya sea a través de programas comunitarios, grupos de ayuda mutua o políticas de conciliación que liberen tiempo para el cuidado de relaciones) no solo podría mejorar el bienestar inmediato, sino que también constituye una estrategia de prevención en salud mental y de refuerzo de la empleabilidad.

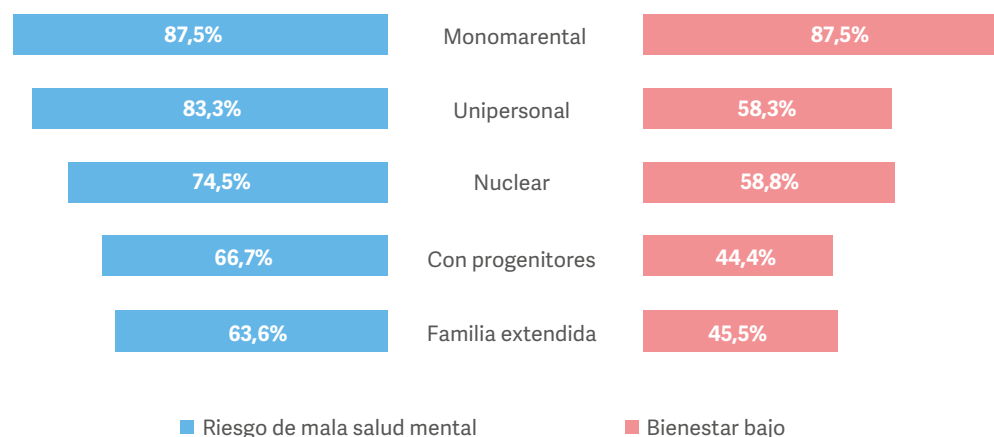


4.3. La vivienda como variable crítica en la salud mental de las mujeres

La vivienda constituye uno de los pilares fundamentales de las condiciones materiales de vida y actúa como factor determinante en la experiencia del desempleo. Más allá de proporcionar un espacio físico, refleja la estabilidad económica, las redes de apoyo disponibles y las posibilidades de afrontar los desafíos cotidianos. En el caso de las mujeres desempleadas de la CAM, los datos revelan que la situación habitacional se vincula estrechamente con la salud mental y el bienestar, configurándose como un ámbito clave para comprender la magnitud del malestar y las desigualdades que atraviesan este colectivo.

El tipo de hogar en el que residen las participantes presenta un panorama heterogéneo. La modalidad más frecuente corresponde a los hogares nucleares (47,7%), seguidos por quienes conviven con sus progenitores (14%) y quienes residen solas (11,2%). En todos estos casos, los niveles de malestar psicológico son elevados: en los hogares nucleares, el 74,5% de las mujeres se encuentra en riesgo de mala salud mental y

Figura 10. Porcentaje de mujeres en riesgo de mala salud mental y en situación de bajo bienestar según el tipo de convivencia en el hogar.

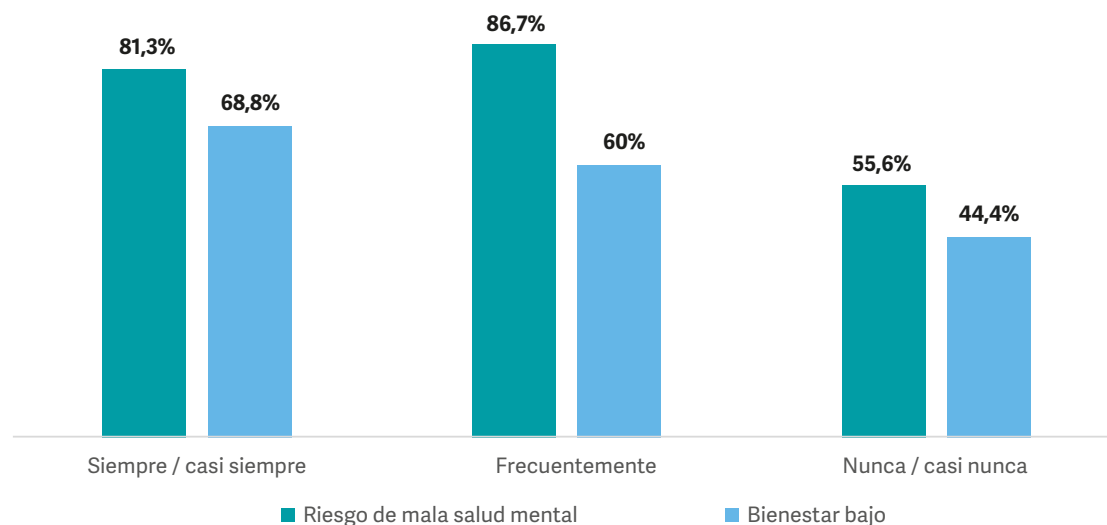


el 58,8% reporta bajo bienestar; en convivencia con progenitores, las cifras alcanzan el 66,7% y el 44,4%, respectivamente.

Sin embargo, **los resultados más preocupantes se concentran en los hogares monomarentales y unipersonales** (Figura 10). En los primeros, pese a su menor peso en la muestra (7,5%), el 87,5% de las mujeres presenta riesgo de mala salud men-

tal y el mismo porcentaje declara bajo bienestar. Esta combinación evidencia una vulnerabilidad especialmente aguda cuando se suman desempleo y responsabilidad exclusiva de cuidados. En los hogares unipersonales, el 83,3% se encuentra en riesgo y el 58,3% en bajo bienestar, lo que confirma la importancia del aislamiento y la falta de apoyo convivencial como factores de riesgo adicionales. En contraste, los hogares compartidos

Figura 11. Porcentaje de mujeres en riesgo de mala salud mental y bienestar bajo según grado de dificultad para afrontar el pago de la vivienda.



con la familia extendida muestran porcentajes relativamente menores, aunque siguen siendo elevados en términos absolutos (63,6% en riesgo y 45,5% con bajo bienestar).

Más allá de la situación habitacional y composición de los hogares, el factor más directamente vinculado a la salud mental es la dificultad para afrontar el pago de la vivienda (Figura 11). **Entre**

quienes declaran tener problemas siempre o casi siempre, el 81,3% se encuentra en riesgo de mala salud mental y el 68,8% presenta bajo bienestar. En contraste, entre las mujeres que nunca o casi nunca tienen problemas de pago, los porcentajes descienden al 55,6% en riesgo y 44,4% en bajo bienestar. La literatura previa ya se ha pronunciado en este mismo sentido: el coste elevado de la vivienda, ya sea por el pago de la

hipoteca o del alquiler, y la inestabilidad residencial operan como factores que generan ansiedad persistente, angustia por la posibilidad de perder el hogar y malestar emocional (CGATE y GAD3, 2025).

El análisis por grupos de edad añade un matiz especialmente relevante: aunque la asociación entre dificultades de pago y peor salud mental se observa en todos los grupos, la prevalencia del riesgo aumenta con la edad (Figura 12). Entre las mujeres de 18 a 35 años con dificultades, el 70% está en riesgo de mala salud mental. La cifra asciende al 85% entre las de 36 a 50 años y alcanza el 93,8% en el grupo de 51 a 65 años. Este patrón puede interpretarse considerando las trayectorias vitales que, en el caso de muchas mujeres, han estado atravesadas por interrupciones laborales vinculadas al cuidado y por menores oportunidades de estabilidad económica; así, la acumulación de estas experiencias estaría erosionando sus recursos destinados a afrontar la inseguridad habitacional.

Figura 12. Porcentaje de mujeres que tienen dificultades para afrontar el pago de la vivienda y que se encuentran en riesgo de mala salud mental según grupos de edad.



En definitiva, se observa que la vivienda constituye un determinante fundamental del malestar psicológico en mujeres desempleadas. Este malestar es generalizado, pero se intensifica en escenarios específicos: hogares monomarentales y unipersonales, y, especialmente, en situaciones de dificultades frecuentes de pago. La inseguridad residencial no solo puede generar angustia por el riesgo de perder el hogar, sino que limita la capacidad de planificación a medio plazo y ero-

siona la sensación de estabilidad. En los hogares monomarentales, la combinación de desempleo, responsabilidad exclusiva de los cuidados y presión económica configura un escenario de especial vulnerabilidad. Estos resultados subrayan la importancia de situar la vivienda como eje central de las políticas públicas, tanto en apoyo económico como en provisión de recursos residenciales, dado su impacto directo sobre el bienestar emocional.

4.4. La dimensión invisible del desempleo: cómo la carga de cuidados condiciona la salud mental femenina

La conciliación y la carga de cuidados son un elemento central en la experiencia del desempleo femenino. Aunque las mujeres participantes no disponen de un empleo remunerado que compatibilizar, deben afrontar la doble exigencia de sostener una búsqueda activa de empleo y asumir simultáneamente las responsabilidades domésticas y de cuidado. Esta combinación, lejos de liberar tiempo, genera una presión añadida que limita la disponibilidad práctica y emocional para la inserción laboral.

Una de cada dos mujeres desempleadas (50,5%) declara sentirse muy sobrecargada emocionalmente por las tareas de cuidados. Esta percepción no es inocua: se traduce en peores resultados de salud mental. Entre las mujeres desempleadas que se sienten sobrecargadas, el 83,3% está en riesgo de mala salud mental y el 68,5% presenta bajo bienestar subjetivo (Figura 13). En contraste, entre quienes no se sienten sobrecargadas, estas cifras descienden al 63% y al 50%, respectivamente.

Este efecto se acentúa en ciertos grupos. La sobrecarga es más frecuente en las mujeres de 36 a 50 años, que ya mostraban peores resultados de bienestar, descritos anteriormente: casi una de cada dos personas (46,3%) que siente sobrecarga se encuentra en esta franja de edad. Esta prevalencia no es fruto del azar; se trata de una etapa vital donde suelen confluir múltiples exigencias: cuidado de hijos en edad escolar o adolescente, apoyo a familiares mayores y, al mismo tiempo, fuertes responsabilidades económicas. También

es más habitual en hogares con ingresos bajos (un 63,3% de las personas de clase social ocupacional baja siente esta sobrecarga emocional asociada al trabajo doméstico no remunerado), donde la ausencia de recursos económicos para contratar apoyos externos o servicios de conciliación agrava la carga asumida por las mujeres.

En síntesis, los resultados muestran que el desempleo femenino no puede analizarse de manera aislada respecto al ámbito doméstico. La or-

ganización desigual de los cuidados condiciona la experiencia del paro, incrementa el riesgo de malestar psicológico y perpetúa las desigualdades de género en la inserción laboral. Reconocer esta realidad es clave para diseñar políticas públicas que integren la dimensión de cuidados en las estrategias de empleo y salud mental, garantizando apoyos específicos para reducir la sobrecarga y favorecer la corresponsabilidad.

Figura 13. Porcentaje de mujeres en riesgo de mala salud mental y bajo bienestar según existencia de sobrecarga emocional.

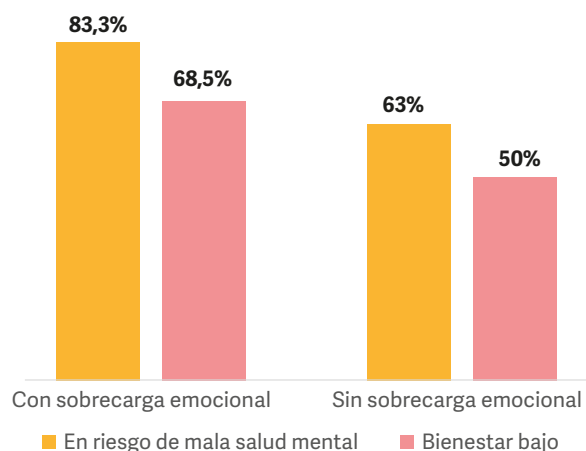
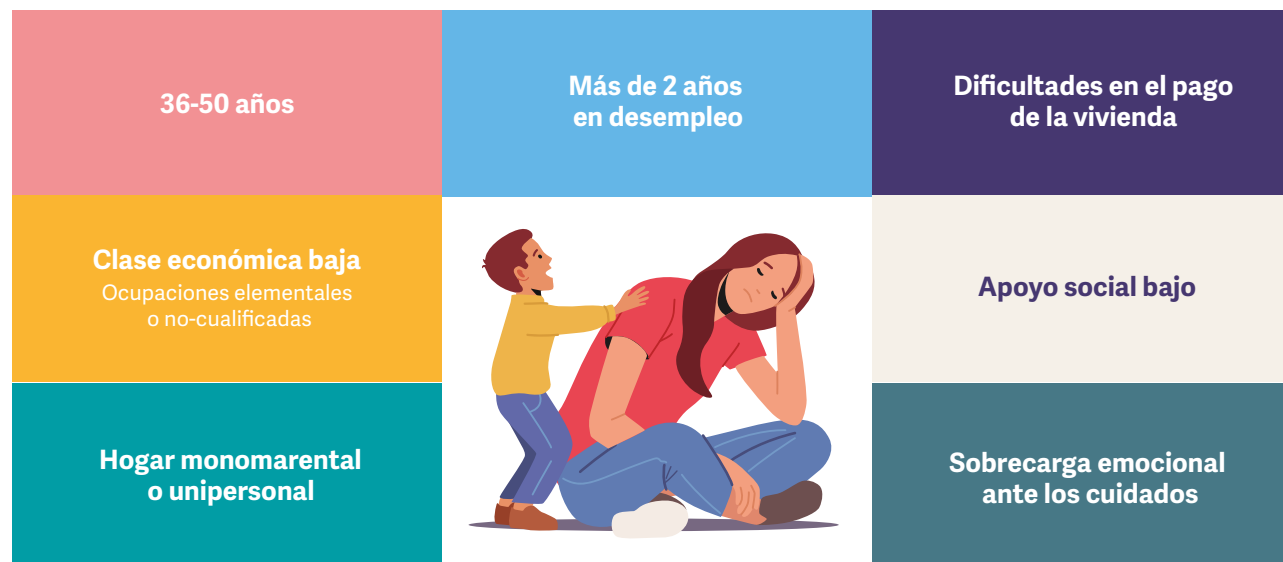


Figura 14. Perfilado del riesgo en salud mental de las mujeres desempleadas en la CAM.



5 | Conclusiones



5 | Conclusiones

1 Elevado riesgo de mala salud mental y bajo bienestar en mujeres desempleadas de la CAM.

Casi tres de cada cuatro mujeres desempleadas presentan riesgo de mala salud mental, lo que confirma un impacto directo y generalizado del desempleo en la salud psicológica.

Más de la mitad de las participantes se encuentran en niveles bajos de bienestar, lo que refleja no solo la presencia de síntomas de malestar, sino también la ausencia de experiencias protectoras de motivación y satisfacción en la vida diaria.

2 El desempleo prolongado erosiona la salud mental y el bienestar emocional

El desempleo de larga duración presenta un efecto acumulativo: cuanto mayor es el tiempo sin empleo, mayor es la probabilidad de presentar síntomas psicológicos intensos y de experimentar un deterioro progresivo del bienestar emocional. Así, entre quienes llevaban más de dos años desempleadas, el porcentaje en riesgo alcanzaba el 83,9%, con un 64,5% en bajo bienestar.

3 Mayor riesgo de mala salud mental entre las mujeres desempleadas en edades intermedias (36-50 años) y que han ocupado puestos elementales y/o no cualificados.

Las mujeres en desempleo de entre 36 y 50 años son las más afectadas: 3 de cada 4 presentan bajo bienestar o está en riesgo de problemas de salud mental. Esto coincide con un momento de la vida lleno de responsabilidades familiares, económicas y profesionales, lo que aumenta la presión y reduce la motivación.

La situación socioeconómica también marca la diferencia. Las mujeres de clase baja, con un historial de trabajos poco cualificados, son las más vulnerables: más del 77% están en riesgo psicológico y más del 63% muestran bajo bienestar. La combinación de desempleo, trayectorias laborales inestables y menor control sobre su vida cotidiana aumenta su malestar emocional y dificulta mantener la motivación, en comparación con mujeres que han desarrollado ocupaciones cualificadas y/o medias.

4 Programas útiles: factores que modulan el impacto del desempleo

Las mujeres que participaron en programas de empleo mostraron mejores indicadores de salud mental y bienestar que aquellas que no lo hicieron, especialmente cuando valoraron dichos programas como útiles y cuando estos incorporaban componentes de apoyo psicoemocional.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres desempleadas resultan determinantes: quienes adoptan afrontamientos negativos, como la evitación o la agresividad, presentan tasas mucho más altas de riesgo de mala salud mental que aquellas que emplean afrontamientos más adaptativos.

5 El apoyo social aparece como un importante factor de protección

Las mujeres en situación de desempleo con redes sólidas presentan menos riesgo psicológico, más bienestar subjetivo y menor consumo de psicofármacos, mientras que la ausencia de estas redes se asocia con niveles casi universales de malestar.

6 La vivienda como variable crítica en la salud mental de las mujeres

Las condiciones habitacionales y de vivienda se vinculan directamente con el estado de salud mental. Los resultados más preocupantes en cuanto al riesgo de mala salud mental y bajo bienestar se concentran en los hogares mono-parentales y unipersonales. Asimismo, las dificultades para pagar la vivienda se relacionan con porcentajes especialmente altos de riesgo psicológico y bajo bienestar. Además, este impacto se intensifica con la edad, alcanzando las mayores prevalencias en los grupos etarios más avanzados.

7 La sobrecarga de cuidados actúa como un factor amplificador del malestar

Más de la mitad de las mujeres asume en exclusiva estas responsabilidades y una de cada dos se siente muy sobrecargada, lo que empeora significativamente sus indicadores de salud mental, en especial entre las de mediana edad y en los hogares con menos recursos.



6 | Recomendaciones





6 | Recomendaciones

- 1 **Abordar el desempleo femenino como un reto estructural de salud pública y equidad social**, lo que implica reconocer su impacto en la salud mental y priorizar políticas públicas que aborden el desempleo, la precariedad y el malestar emocional.
- 2 **Implementar políticas activas de empleo con perspectiva de género e interseccional** que atiendan de manera prioritaria a mujeres en situación de desempleo de larga duración, inseguridad habitacional, de mediana edad y/o con responsabilidades de cuidado.
- 3 **Reforzar los componentes psicoemocionales en los programas de empleo**, de manera que vayan más allá de la capacitación laboral e integren de forma sistemática apoyo psicológico, talleres de gestión emocional y acompañamiento individualizado.
- 4 **Impulsar redes y espacios grupales de apoyo social y comunitario**, con la creación de grupos de ayuda mutua, espacios de encuentro entre mujeres desempleadas y programas de mentoría, que reduzcan el aislamiento y refuercen el bienestar emocional.
- 5 **Desarrollar e implementar estrategias de comunicación, divulgación y sensibilización** que visibilicen el desempleo como un determinante social de la salud mental, con el fin de generar conciencia pública, movilizar a actores clave y promover políticas y programas que integren la dimensión psicosocial en las respuestas al desempleo.
- 6 **Mejorar el acceso a servicios de salud mental públicos en la CAM**, incrementando la ratio de profesionales especializados, reduciendo los tiempos de espera e incorporando la perspectiva de género en la atención, con especial énfasis en intervenciones preventivas y no exclusivamente farmacológicas.
- 7 **Desarrollar políticas de apoyo habitacional que reduzcan la inseguridad residencial como factor de riesgo**: ampliar la vivienda social, facilitar el acceso a alquileres asequibles y ofrecer ayudas específicas a mujeres desempleadas en hogares monomarentales o con dificultades recurrentes de pago.
- 8 **Incorporar medidas de conciliación y coresponsabilidad en las políticas de empleo** con el fin de liberar tiempo y energía que permitan a las mujeres participar activamente en procesos de inserción laboral.
- 9 **Fortalecer las alianzas entre administraciones, tercer sector y tejido asociativo e impulsar la formación a los diferentes agentes sociales**. Desarrollar programas coordinados, evitando la fragmentación de recursos. Optimizar la prevención a través de la formación a los diferentes agentes sobre los factores que intervienen en la relación entre el desempleo y la salud mental en mujeres.
- 10 **Garantizar que en la evaluación las políticas públicas de empleo e inclusión social se sistematizan indicadores de salud mental y bienestar emocional desagregados por género**, no solo de inserción laboral, para identificar qué intervenciones resultan más eficaces desde un punto de vista holístico.

7 | Nota metodológica



7 | Nota metodológica

Con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos de investigación planteados el presente informe ha empleado una **metodología de carácter mixto**; es decir, se combinaron los enfoques cuantitativo y cualitativo.

En primera instancia, se llevó a cabo una revisión bibliográfica y documental con el fin de identificar la realidad del desempleo femenino en la CAM y su relación con la salud mental. Se consultaron fuentes estadísticas oficiales, así como informes e investigaciones académicas e institucionales en materia de desempleo, género y salud mental. Esta revisión permitió establecer un estado de la cuestión actualizado e identificar vacíos de conocimiento posibilitando, de este modo, la orientación y diseño del proyecto.

Seguidamente, como **aproximación cuantitativa**, se elaboró un cuestionario online dirigido a mujeres desempleadas de la CAM que se difundió siguiendo un diseño de muestreo de tipo no probabilístico a través de las bases de datos y alcance social de la Fundación Santa María la Real. El tamaño total de la muestra ascendió a

107 mujeres con una media de edad situada en los 44 años. Se detallan en la Tabla 1 las características de la muestra atendiendo a variables sociodemográficas.

Tabla 1. Caracterización de la muestra: distribución porcentual según variables sociodemográficas.

	n	%
Edad		
18-35 años	31	29,0
36-50 años	39	36,4
51-65 años	37	34,6
Nivel educativo		
Alto	59	55,1
Medio	35	32,7
Bajo	13	12,1
Nacionalidad		
Española	61	57,0
Extranjera	34	31,8
Española y otra	12	11,2
Clase socioeconómica		
Alta	5	5,1
Media	37	37,4
Baja	57	57,6

Los análisis estadísticos se realizaron con el software IBM SPSS Statistics, aplicando fundamentalmente estadística descriptiva y el uso de tablas de contingencia, con el objetivo de observar asociaciones entre variables sociodemográficas y laborales y distintos indicadores de salud mental y bienestar.

Para la medición de la salud mental, el bienestar y los factores psicosociales asociados a la situación de desempleo, se incorporaron diferentes instrumentos psicométricos validados en población española:

- **Riesgo de mala salud mental.** Se empleó el Cuestionario de Salud General GHQ-28 (Goldberg y Hillier, 1979), que aporta una medida general de salud mental a través de 28 ítems con formato de respuesta Likert-4. Además de una puntuación total, el cuestionario se factorializa en cuatro subescalas: ansiedad-insomnio, depresión grave, síntomas somáticos y disfunción social. En su validación entre población española presenta un índice de fiabilidad () superior a 0,90 en todas las puntuaciones (Retolaza et al., 1993). El punto de corte se establece en ≥ 6

como caso probable de mala salud mental, aplicando una corrección dicotómica de las cuatro opciones de respuesta (0-0-1-1).

- **Nivel de bienestar.** Se utilizó el WHO-5 Well-Being Index (OMS, 1998), que mide el bienestar subjetivo a través de 5 ítems tipo Likert. La versión española aplicada en población joven obtuvo un índice de fiabilidad () de 0,83 (Barrigón et al., 2017). La puntuación directa de la escala (0-25) se multiplica por cuatro para obtener un valor final (0-100), siendo 0 el nivel más bajo y 100 el nivel más alto de bienestar. El punto de corte de bajo bienestar se establece en ≤ 50 .
- **Apoyo social percibido.** Se aplicó el Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC-11 (Broadhead et al., 1989), que evalúa el apoyo social a través de 11 ítems tipo Likert, organizados en dos dimensiones: apoyo confidencial y apoyo afectivo. La validación española alcanza un índice de fiabilidad () de 0,90 (Bellón et al., 1996). El punto de corte para identificar bajo apoyo social se establece en < 32 .

Finalmente, con el fin de profundizar en los matices asociados al desempleo femenino de la región, se desarrolló una **aproximación cualitativa al fenómeno**; concretamente, a través de la realización de un grupo de discusión con mujeres desempleadas residentes en la CAM, así como de dos entrevistas semiestructuradas con profesionales de entidades del Tercer Sector de Acción Social con programas de intervención social y laboral en la CAM.



8 | Bibliografía



8 | Bibliografía

Barroso, A. A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0051.pdf>

Buendía, J. (2010). *El impacto psicológico del desempleo*. Editum.

CGATE y GAD3 (2025). II Barómetro de la vivienda en España. <https://www.gad3.com/estudio-cgate-ii-barometro-de-la-vivienda-en-espana/>

CJE y Oxfam Intermón (2024). Equilibristas: las acrobacias de la juventud para sostener su salud mental en una sociedad desigual. <https://www.oxfamintermon.org/es/publicacion/informe-juventud-equilibristas#>

Comunidad de Madrid (2021). Plan estratégico de salud mental y adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm050836-1.pdf>

Comunidad de Madrid (2024). Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid (IESP). Indicadores de trastornos mentales y de enfermedad neuropsiquiátrica. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-salud-mental>

Consejería de Economía, Hacienda y Empleo de la Comunidad de Madrid (2025). Informe anual del mercado de trabajo de las mujeres en la Comunidad de Madrid. Datos de 2024. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM015698-2024.pdf#>

del Pozo, J. A., Ruiz, M. Á., Pardo, A. y San Martín, R. (2002). Efectos de la duración del desempleo entre los desempleados. *Psicothema*, 14(2), 440-443. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714239.pdf>

DGSP CAM (2025). Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2025. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/informe-estado-salud-poblacion-2025>

Eurocarers (2023). The gender dimension of informal care. <https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2024/09/Eurocarers-Gender-dimension-of-infomal-care.pdf>

Fernández-Valera, M. M., Soler-Sánchez, M. I., García-Izquierdo, M. y Meseguer de Pedro, M. (2019). Personal psychological resources, resilience and self-efficacy and their relationship with psychological distress in situations of unemployment/Los recursos psicológicos personales, resiliencia y autoeficacia, y su relación con el malestar psicológico en situaciones de desempleo. *International Journal of Social Psychology*, 34(2), 331-353. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/02134748.2019.1583513>

FSMLR (2022). Observatorio Estatal del Desempleo de Larga Duración. Informe ejecutivo de la investigación social aplicada. <https://areaempleofsmr.es/wp-content/uploads/ODLD-informe-2022.pdf>

FSMLR (2024a). Informe de resultados de la investigación social en 2024. Plataforma para la Salud Mental y la Empleabilidad Juvenil. <https://plataformasaludmental.es/investigacion/>

FSMLR (2024b). Informe investigación: salud mental y empleabilidad juvenil en Castilla y León. <https://plataformasaludmental.es/investigacion/>

Fundación AXA y Fundación ONCE (2024). Barómetro de la soledad no deseada en la Comunidad de Madrid 2024. https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Barometro%20Soledad%20Comunidad%20Madrid%202024_vf.pdf

INE (2025). Encuesta de Población Activa (EPA). https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

INFOCOP (2021). La escasez de psicólogos especialistas en el SNS y las largas listas de espera: un problema en España. <https://www.infocop.es/viewarticle/?articleid=17000>

Laso, E., Contreras, K. A. y Macías-Esparza, L. K. (2023). Entre la culpa y la vergüenza: Una aproximación al suicidio desde una perspectiva de género en clave emocional. *Revista de psicoterapia*, 34(124), 47-70. <https://www.researchgate.net/publication/368976675> Entre la Culpa y la Vergüenza Una Aproximación al Suicidio desde una Perspectiva de Género en Clave Emocional

Ministerio de Sanidad (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf#

Ministerio de Sanidad (2023). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>

Ministerio de Sanidad (2024). Consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/12_Ansioliticos_antidepresivos_hipnoticos.pdf

Ministerio de Sanidad (2025). El Consumo de Hipnosedantes en Mujeres Jóvenes. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2025/2025_CEDO_A_ConclusionesGrupoGenero.pdf

MITES (2023). Precariedad laboral y salud mental. Conocimientos y políticas. <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/trabajo14/Documents/2023/170323-informe-salud-mental.pdf>

OECD (2022). Same skills, different pay. Tackling gender inequalities at firm level. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/11/same-skills-different-pay_af307ff8/a4d18506-en.pdf?utm

Pedrero-Pérez, E. J., Haro-León, A., Sevilla-Martínez, J. y Díaz-Zubiaur, E. (2023). La soledad: asociación con la salud mental en un estudio poblacional. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 31(2), 463-478. <https://doi.org/10.51668/bp.8323302n>

Rodríguez, S. y Álvarez, H. (2023). *Estudio sobre la relación entre mujer y pobreza vinculado con los objetivos de la red de inclusión social para la Dirección General de Diversidad Familiar y Servicios Sociales*. Universidad de León. https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/inclusion/docs/Estudio_FEM_POB.pdf

Sánchez, M. P. (2017). La paradoja de género en el suicidio. En E. Cifre y M. C. Pastor (Eds.), *Emociones y salud. Una mirada con perspectiva de género*. Universitat Jaume I.

Salud mental y bienestar en mujeres desempleadas de la Comunidad de Madrid

Informe investigación



Financiado por la Unión Europea
NextGenerationEU



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



Plan de Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



CONSEJERÍA DE ECONOMÍA,
HACIENDA Y EMPLEO