



SALUD MENTAL Y DESIGUALDAD DE JÓVENES EN ESPAÑA

Centro
Reina Sofía

fad
Juventud

© Fundación Fad Juventud, 2024

EDICIÓN

Centro Reina Sofía de Fad Juventud
Avda. de Burgos, 1 y 3, 28036 Madrid
fad.es
913 838 348
fad@fad.es

AUTORÍA

Esta investigación ha sido realizada por el equipo del Centro Reina Sofía de Fad Juventud (Anna Sanmartín Ortí, Stribor Kuric Kardelis y Alejandro Gómez Miguel), con la colaboración de Daniel Calderón Gómez en la fase cuantitativa y el equipo de Andaira Consultoría e Investigación Social (Ester Zaragozá Marquina, Andrea Andújar Llosa y Fernando Sabín Galán) en la fase cualitativa

FINANCIACIÓN

Oxfam Intermón y Consejo de la Juventud de España

MAQUETACIÓN Y PORTADA

Drus Jiménez
behance.net/drusjimenez
instagram.com/drus_jimenez

ISBN

978-84-19856-19-7

DOI

10.5281/zenodo.12532224

Cómo citar este texto:

Gómez, A., Sanmartín, A., Kuric, S., Calderón, D., Zaragozá, E., Andújar, A. y Sabín, F. (2024). Salud mental y desigualdad de jóvenes en España. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: 10.5281/zenodo.12532224

ÍNDICE

1. **PRESENTACIÓN** 4
2. **OBJETIVOS** 10
3. **ANÁLISIS DE RESULTADOS** 12
 - 3.1. **Análisis cuantitativo** 13
 - 3.2. **Análisis cualitativo** 63
4. **RECOMENDACIONES** 110
 - 4.1. **Respuestas ante problemas estructurales y sistémicos** 111
 - 4.2. **Generación y mejora de recursos asistenciales a la salud mental** 113
 - 4.3. **Cambiar el modo en el que se concibe la salud mental** 115
5. **METODOLOGÍA** 116
 - 5.1. **Fase cuantitativa** 117
 - 5.2. **Fase cualitativa** 121
6. **GLOSARIO** 123



PRESENTACIÓN



PRESENTACIÓN

Emergencia de la salud mental en la población joven

La **salud mental** constituye una de las **preocupaciones acuciantes de nuestro tiempo**. Se trata de una problemática que se viene visibilizando desde los años 70, cuando desde la investigación sociosanitaria (Lalonde, 1974)¹ se comenzó a enfatizar la importancia del bienestar como un factor clave en la salud de las personas. De este modo, se conectaban los aspectos fisiológicos y psicológicos de la vida humana con las condiciones materiales de existencia —acceso a recursos económicos, educación, posibilidad de desarrollar las distintas capacidades humanas, etc.—. En la actualidad, **la salud mental es definida** por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad»². Se trata de una definición integral que abarca más allá de la mera ausencia de problemas psicológicos o psiquiátricos, incluyendo tanto características individuales de los sujetos como del entorno social y modo de vida.

A lo largo del presente informe trabajaremos sobre una noción de salud mental vinculada al estado de "bienestar" o "malestar" de las personas que, por supuesto, incluye la posible presencia de patologías tipificadas, pero en modo alguno se agota con ellas. Una persona puede sentirse mal, puede vivir un sufrimiento, incluso intenso y duradero, sin que eso implique necesariamente que esté enferma ni que haya que categorizar su sufrimiento como enfermedad —aunque ese sufrimiento, más si es prolongado, puede ser a su vez origen de una enfermedad—.

Siguiendo esta lógica, el informe pone el foco en percepciones sociales, analizando las sensaciones, actitudes, expectativas, aspiraciones y limitaciones que experimentan las personas jóvenes. La mayor parte de datos reflejados se basan en los diferentes cortes del "Barómetro de Juventud y Salud" del Centro Reina Sofía de Fad Juventud³, basado en una encuesta online bianual realizada desde 2017 a jóvenes de 15 a 29 años en España. Partiendo de esta fuente, en el año 2023 en España, cerca de 6 de cada 10 jóvenes de 15 a 29 años afirmaban haber experimentado algún problema de salud mental en el último año —24,4% de jóvenes ha experimentado este tipo de problemas de forma ocasional y un 17,4% con alta frecuencia—, cifras que también se vienen incrementando en los últimos años⁴.

Más allá de los datos de percepción sobre salud mental, a lo largo del informe también se han ido empleando datos oficiales de los registros públicos de sanidad, que incluyen casos clínicos y diagnosticados.

¹Lalonde, M. (1974). A New Perspective on the Health of Canadians. A working document. Government of Canada: Minister of National Health and Welfare.

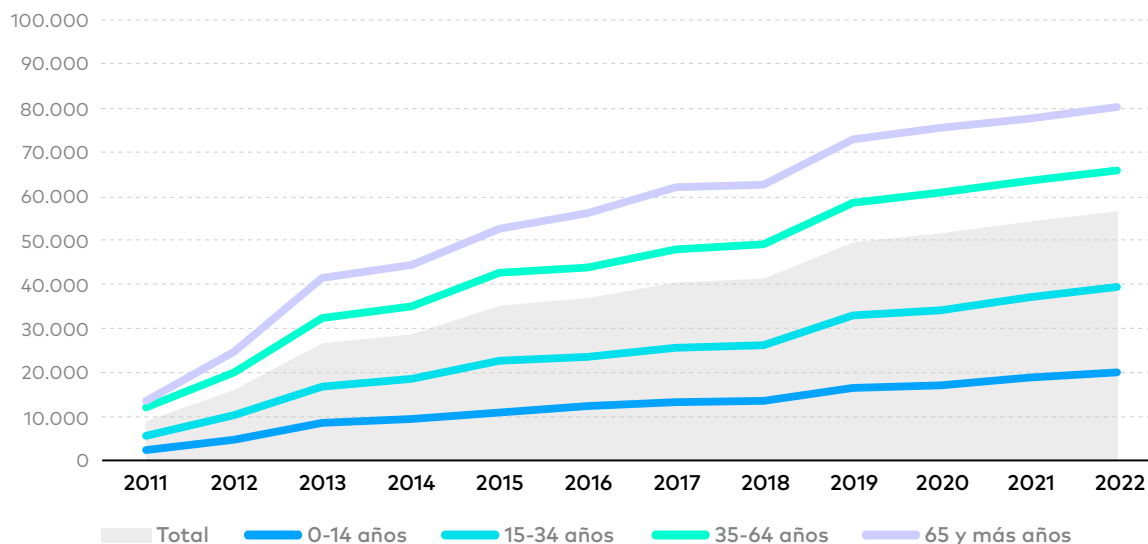
²Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos: panorama general. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/356118>

³Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A. (2023). Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: 10.52810.5281/zenodo.8170910

⁴Ibidem.

La emergencia de los problemas psicológicos en España es un fenómeno que evidencian claramente este tipo de fuentes, como muestra la "Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP)" del Ministerio de Sanidad⁵. La Tasa de Problemas Psicológicos por cada 100.000 habitantes desde 2011 registra un incremento evidente:

FIGURA 1. Problemas psicológicos por edad en España. Evolución 2011-2022 (Casos por cada 100.000 habitantes).



Fuente: elaboración propia a partir de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) (2011-2022). Ministerio de Sanidad.

La población total pasa de registrar 9.221 casos clínicos de problemas psicológicos por 100.000 habitantes en 2011 a registrar 56.856 casos por 100.000 habitantes en 2022 (último año con datos publicados), lo que supone un incremento del 516,6%. Poniendo el foco en el grupo de 15 a 34 años, la tasa pasa de registrar 5.712 casos clínicos de problemas psicológicos por 100.000 habitantes en 2011 a registrar 39.408 casos por 100.000 habitantes en 2022, lo que supone un crecimiento de 590%, sin olvidarse tampoco del preocupante aumento en el grupo de menores de 15 años, que aumenta su tasa de problemas psicológicos en este periodo en un 706%, muy por encima de la población adulta, que ronda un crecimiento del 450/500%⁶. Cabe destacar que entre 2019 y 2022, coincidiendo con la crisis socio-sanitaria de la COVID-19, el crecimiento porcentual de problemas psicológicos se refleja especialmente en el grupo de 15 a 34 años y en el de menores de 15, con un 19,5% y un 21,2% de aumento respectivamente, mientras que en el grupo de 35 a 64 aumentó un 13% y para quienes tenían 65 o más años un 10,3%. Como vemos, **uno de los grupos sociales que se ven más expuestos a las problemáticas de salud mental es el de las personas jóvenes.**

⁵ Ministerio de Sanidad. Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Recuperado el 20/03/24 de: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdca/p/100000/problemas-de-salud>

⁶ Es importante tener en cuenta que el registro de la BDCAP agrupa hasta 44 problemas psicológicos diferentes y, en algunos casos, éstos afectan especialmente a la población de más edad como la demencia o sentimientos seniles.

Vulnerabilidad estructural de la juventud

La juventud no puede ser tratada como un grupo homogéneo, ya que existen diferencias fundamentales en función de las características sociodemográficas y económicas y las historias de vida de las personas que componen este grupo etario. No obstante, sí hay **circunstancias históricas y estructurales que atraviesan a la mayoría de las personas jóvenes, situándoles en una posición de vulnerabilidad** ante los problemas de salud mental.

En primer lugar, cabe mencionar las grandes crisis económicas y sociales que se han vivido en las últimas décadas: la crisis de 2008 con una recesión económica global que tuvo sus efectos más agudos en España entre 2012 y 2015 y que todavía tiene efectos en el contexto actual, la crisis sociosanitaria vinculada a la COVID-19, surgida en 2020, la crisis inflacionaria derivada de la guerra de Ucrania desde 2022 y siempre en un marco de crisis climática global. Estos fenómenos han supuesto puntos de inflexión en la posición estructural que han ocupado las personas que se encontraban en períodos de transición a la vida adulta, tanto con relación a su acceso y desarrollo en el mercado de trabajo como en la capacidad para generar una autonomía económica o un proceso de emancipación familiar.

El propio modelo productivo español —basado en el sector turístico y servicios y otros sectores poco estables como es el del comercio al por mayor y al por menor o el de la construcción en el período anterior a la crisis de 2008— ha contribuido a fomentar el empleo estacional y parcial y los bajos salarios entre la juventud. Esta circunstancia, unida a la tendencia a la flexibilización del mercado de trabajo a través de políticas de empleo posfordistas que se vienen desarrollando en España desde los años 80 (Calle y Castillo, 2004)⁷ han enquistado una de las tasas de desempleo juvenil más altas de toda la Unión Europea, situándose por encima del 20% en el año 2023 y duplicando tanto la tasa de la población general como la tasa de paro juvenil a nivel europeo (Eurostat, 2023; INE, 2023)⁸. Podemos encontrar múltiples informes que muestran la precariedad y la posición de vulnerabilidad y riesgo de exclusión que experimentan las personas jóvenes en España (Consejo de la Juventud de España, Oxfam Intermón, 2022)⁹. Se ha analizado y comprobado tanto la falta de autonomía económica y la dificultad para emanciparse (CJE, 2023)¹⁰ como la mala calidad del empleo juvenil, poniendo el foco sobre la temporalidad y el empleo parcial (García, 2021)¹¹.

⁷ Calle, P. L., & Castillo, J. J. (2004). Los hijos de las reformas laborales. Trabajo, formación y vivienda de los jóvenes en la Comunidad de Madrid. UGT-Madrid.

⁸ Eurostat / Encuesta de población activa (INE).

⁹ Consejo de la Juventud de España e Intermón Oxfam (2022). La maldición de la eterna Juventud. Un análisis de la situación socioeconómica de las personas jóvenes en 2022 realizado por el Consejo de la Juventud de España y Oxfam Intermón. Recuperado el 26/02/24 de: <https://juventudmaldita.com/>

¹⁰ Consejo de la Juventud de España (2023). Observatorio de la Emancipación. 1er semestre de 2023. Recuperado el 26/02/24 de: <https://www.cje.org/observatorio-de-emancipacion/#268-269-primer-semester-2023>

¹¹ García, J. (2021) Tiempo de precariedad. Por qué es imprescindible una reforma laboral ambiciosa que ponga freno a la temporalidad laboral de las personas jóvenes. Intermón Oxfam España. Recuperado el 26/02/24 de: <https://www.oxfamintermon.org/es/publicacion/precariedad-laboral-jovenes-reforma-urgente#>

En 2020, la emergencia sociosanitaria ocasionada por la **pandemia del COVID-19** puso de relieve la debilidad del empleo juvenil al ser los sectores en los que más personas jóvenes trabajaban los que experimentaron una mayor destrucción de empleo (Carrasquer et al. 2021)¹². Además, las severas medidas de aislamiento derivadas de los confinamientos supusieron un nuevo acicate a la preocupación social sobre la salud mental y la necesidad de dedicar los recursos adecuados, tanto humanos como materiales, para atender adecuadamente este tipo de problemas (Theberath et al. 2022)¹³. Según datos de la OMS (2022)¹⁴, la pandemia aumentó en un 27,6% los cuadros depresivos y en un 25,6% los trastornos de ansiedad a nivel global. A su vez, el contexto de crisis climática en el que nos encontramos supone una de las principales preocupaciones de la juventud. El estudio "El futuro es clima"¹⁵ de 2022 muestra que un 97% de los y las jóvenes considera que el cambio climático se ha convertido en un tema actual inquietante y hasta el 82,1% de las personas encuestadas afirman haber sufrido alguna vez "**ecoansiedad**"¹⁶. En la misma línea, el trabajo de Marks y Hickman (2021)¹⁷ señala que un 59% siente preocupación extrema y un 84% una preocupación moderada por la crisis climática. Se evidencia que la preocupación y el miedo existencial ante la emergencia climática tiene cada vez más impacto (Panu, 2020)¹⁸, hecho que puede afectar a la salud mental de los y las jóvenes de España.

Proceso de (des)estigmatización en torno a la salud mental

En los últimos años se ha producido una cierta **desestigmatización de la salud mental** al encontrar voces en el espacio público y político que la han problematizado y que están permitiendo visibilizar la necesidad de atender de manera adecuada este tipo de problemas. Como señala un reciente informe de la Confederación Salud Mental España y la Fundación Mutua Madrileña, *«la ruptura de tabúes y el efecto de normalización se hace más patente entre las nuevas generaciones. Los/as jóvenes tienen más conciencia sobre la importancia de la salud mental y conceden más atención al autocuidado»* (2023)¹⁹. Una muestra de este proceso es que la salud mental constituye uno de los retos planteados por el Consejo de la Juventud en España en su *Alianza por la Juventud* (CJE, 2022)²⁰, destacándose la falta de profesionales de salud mental en el ámbito público y las dificultades de las personas jóvenes para costear la atención psicológica privada, que sitúa a la juventud en una situación de vulnerabilidad e indefensión. A pesar de ello, la crisis sociosanitaria y el confinamiento evidenciaron la persistencia de un tabú social que inhibía el debate público sobre la salud mental infantojuvenil, a pesar de que la mitad de los problemas de salud mental surgen antes de los 14 años y 3 de cada 4 antes de los 25 años (Villamarín Fernández y Fernández Hermida, 2021)²¹.

¹² Carrasquer, P., Fusté, J. M., Gala, C., Köhler, M. Á. G. C. H.-D., Santana, J. S. L., Lope, A., Roldán, P. L., Lorente, R., (UAB), C. L. (UAB) J. M., Miguélez, F., Amorós, F. P., Prieto, C., Moreno, S., Pastor, A., Solà, X., Torns, T., & Ysàs, H. (2021). Anuario IET de trabajo y relaciones laborales. De la Gran Recesión a la Pandemia (I. d'Estudis del Treball, Ed.).

¹³ Theberath, M., Bauer, D., Chen, W., Salinas, M., Mohabbat, A. B., Yang, J., Chon, T. Y., Bauer, B. A., & Wahner-Roedler, D. L. (2022). Effects of COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents: A systematic review of survey studies. SAGE Open Medicine, 10, 205031212210867. <https://doi.org/10.1177/20503121221086712>

¹⁴ OMS/WHO (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud / World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

¹⁵ PlayGround (2022) El Futuro es Clima. Informe de resultados. Recuperado el 29/93/24 de: <https://elfuturoesclima.org/static/Informe-El-Futuro-Es-Clima-2022.pdf>

¹⁶ La ecoansiedad es definida por la American Psychological Association (APA) como "el miedo crónico a un desastre ambiental".

¹⁷ Marks, Elizabeth and Hickman, Caroline and Pihkala, Panu and Clayton, Susan and Lewandowski, Eric R. and Mayall, Elouise E. and Wray, Britt and Mellor, Catriona and van Susteren, Lise, Young People's Voices on Climate Anxiety, Government Betrayal and Moral Injury: A Global Phenomenon. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3918955> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3918955>

¹⁸ Pihkala P. Anxiety and the Ecological Crisis: An Analysis of Eco-Anxiety and Climate Anxiety. Sustainability. 2020; 12(19):7836. <https://doi.org/10.3390/su12197836>

¹⁹ Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña (2023). La situación de la Salud Mental en España. Madrid: Confederación Salud Mental España / Fundación Mutua Madrileña. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-situacion-salud-mental/>

²⁰ CJE (2022). Alianza por la Juventud. Una década por la juventud. Madrid: Consejo de la Juventud en España (CJE). <https://www.cje.org/alianza-por-la-juventud-un-pacto-inedito-por-los-derechos-de-las-personas-jovenes/>

²¹ Villamarín Fernández, S. y Fernández Hermida, J. R. (2021). Introducción. En Fernández Hermida, J. R. y Villamarín Fernández, S. (Eds.). Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1. Madrid: Consejo General de la Psicología en España.

Problemas de la atención sanitaria desde el prisma de la desigualdad

Finalmente, desde el punto de vista de la **atención sanitaria**, nos encontramos con un sistema infradotado, insuficiente y desigual que, además, apenas cuenta con protocolos y programas específicos para atender las necesidades de la juventud (Villamarín Fernández y Fernández Hermida, 2021)²². A pesar de la opacidad institucional y de la dificultad para conseguir datos fiables, que ha sido denunciada por la comunidad científica (Cuéllar-Flores, Duro Martínez et al., 2022)²³, las investigaciones existentes muestran cómo, generalmente, las problemáticas de salud mental infantojuvenil son derivadas a servicios generales, focalizados en población adulta, por lo que no se tratan adecuadamente las causas y contextos específicos que generan estos malestares. Además, la atención a la salud mental en la infancia y la juventud requiere de un enfoque integral que abarca el círculo familiar, social y escolar, saliendo a relucir importantes carencias derivadas de la falta de coordinación entre los organismos que deben velar por el bienestar psicosocial de estos grupos poblaciones y la falta de formación específica entre los diferentes actores involucrados en el proceso. A todo ello se le une la falta de recursos humanos, pues la ratio de psicólogos/as especialistas en psicología clínica (PEPC) dedicados a infancia y adolescencia es, en el sistema de salud público español, de 1,14 por cada 100.000 habitantes, frente a la recomendación del Royal College of Psychiatrists de Reino Unido de llegar a 5 profesionales por 100.000 habitantes (Cuéllar-Flores, Duro Martínez et al., 2022)²⁴.

Teniendo en cuenta este contexto, el **presente informe persigue analizar el modo en el que la desigualdad económica y laboral que sufre la juventud afectan a su bienestar y a su salud mental. A su vez, reflejar la doble discriminación que experimentan personas jóvenes pertenecientes a colectivos vulnerables como el LGTBIQ+, el de personas racializadas y el de personas con discapacidad y cómo la falta de atención adecuada a los problemas de salud mental repercute en un mayor sufrimiento y malestar.**

²² Villamarín Fernández, S. y Fernández Hermida, J. R. (2021). Introducción. En Fernández Hermida, J. R. y Villamarín Fernández, S. (Eds.). Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1. Madrid: Consejo General de la Psicología en España.

²³ Cuéllar-Flores, I.; Duro Martínez, J. C.; Padilla Torres, D.; Izquierdo Elizo, A.; Martínez de Salazar Arboleas, A.; López Soler, C. y Martínez Pérez, A. (2022). Psicología Clínica infanto-juvenil en el Sistema Nacional de Salud: datos, insuficiencias y horizontes para mejorar. *Clinica Contemporánea*, 13(2), e12. <https://doi.org/10.5093/cc2022a10>

²⁴ Ibidem.

OBJETIVOS



OBJETIVOS

El **objetivo principal** de este informe es realizar una panorámica general de la evolución de la salud mental de la población joven en España en los últimos años, tomando en consideración el efecto de la pandemia del COVID-19, las condiciones socioeconómicas y las características sociodemográficas de las personas jóvenes. Se ha planteado un **análisis comparativo** que tiene en cuenta las desigualdades de género, las diferencias entre los distintos grupos de edad y las condiciones socioeconómicas de la población juvenil. Además, se pone un foco específico en el impacto de pertenecer a colectivos vulnerables como el LGTBIQ+, el de personas racializadas y el de personas con discapacidad.

Teniendo en cuenta este marco, se puede distinguir entre los siguientes objetivos específicos del proyecto:

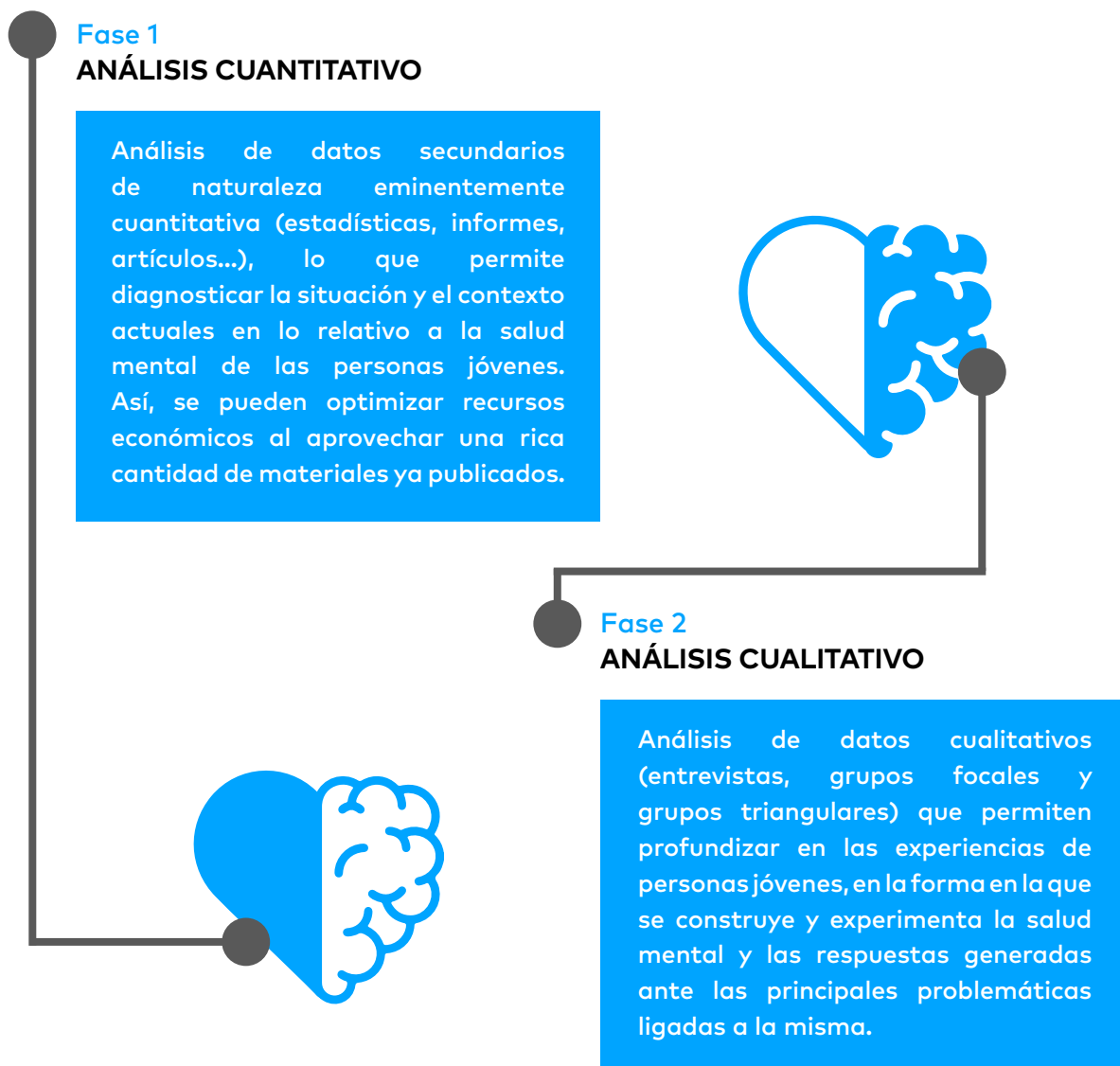
- **OE1:** Realizar un **diagnóstico de la salud mental de la juventud en España**, atendiendo a la percepción de las personas jóvenes sobre su estado de salud, los problemas de salud mental experimentados, los malestares asociados a la salud mental y la ideación y conductas suicidas.
- **OE2:** Describir el **contexto socioeconómico y laboral y los determinantes psicosociales** (como el nivel de estrés, la sensación de soledad o el apoyo social) que afectan a la salud mental de las personas jóvenes.
- **OE3:** Comprender las **expectativas y perspectivas** de la juventud de cara al futuro: impacto de la pandemia, problemas que más les afectan, expectativas y situaciones de cara al futuro.
- **OE4:** Dimensionar los **recursos y medios disponibles en el sistema sanitario español** para atender los problemas de salud mental juvenil, identificando las principales carencias existentes y tomando en consideración la percepción de la juventud.
- **OE5:** Profundizar en los retos y dificultades añadidas que experimentan las personas jóvenes pertenecientes al **colectivo LGTBIQ+, personas racializadas y personas con discapacidad**, el impacto que tiene sobre su salud mental y bienestar.
- **OE6:** Generar **recomendaciones, medidas y soluciones** orientadas a mejorar la salud mental de las personas jóvenes y prevenir su empeoramiento en clave de políticas públicas y buenas prácticas con un foco específico en las personas pertenecientes a colectivos vulnerables.

ANALISIS DE RESULTADOS



ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este bloque se presentan los resultados del análisis de la situación de las personas jóvenes en España con relación a su salud mental, tomando en consideración las desigualdades en las formas de experimentar los malestares y los problemas de salud mental según los perfiles y diferentes situaciones que viven los y las jóvenes. Este bloque de resultados incluye la exposición de las dos fases de análisis: 1) análisis cuantitativo y 2) análisis cualitativo.



3.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

A. Diagnóstico de la salud mental juvenil

PRINCIPALES HALLAZGOS

Estado de salud de la juventud

- En los últimos años, tanto la **autopercepción de un estado de la salud negativo** por parte de la juventud, como los problemas y trastornos de salud mental notificados, han aumentado. Así, se observa una creciente crisis de la salud mental de las personas jóvenes, que coincide con un deterioro en la estabilidad económica y la viabilidad de emprender proyectos vitales, exacerbado por crisis múltiples, como la pandemia de COVID-19. Esta tendencia indica una urgente necesidad de atención.
- En 2023, casi el 60% de los jóvenes reportaron problemas de salud mental en el último año. Del total, el 24.4% lo experimentó ocasionalmente y el 17.4% con frecuencia. Esta última cifra ha triplicado desde 2017, pasando del 6.2% al 17.4%.
- En 2023 un 45,7% las personas jóvenes señalan haber sido diagnosticado con algún trastorno psicológico, psiquiátrico o de salud mental por un profesional (médico de cabecera, psicólogo/a, psiquiatra, etc.) a lo largo de su vida, un porcentaje casi 10 p.p. superior al que encontrábamos en 2021 (36,2%). De entre los problemas detectados, destacan especialmente aquellos relacionados con la depresión (17,7%) y la ansiedad (15,9%).
- Destaca la **brecha de género** en la autopercepción sobre el estado de salud, pues los hombres perciben que tienen un mejor estado de salud que las mujeres. Queda patente la peor situación en cuanto a problemas de salud mental entre las mujeres: sólo 3 de cada 10 chicas declaran que nunca han experimentado problemas de salud mental frente a 4 de cada 10 chicos (además, ellas manifiestan en mayor medida experimentar problemas de salud mental con mucha frecuencia, un 20,7% frente a un 13,3% de chicos).
- Las personas jóvenes **con mayores carencias materiales** (mayor vulnerabilidad socioeconómica) declaran un peor estado de salud en general y mayores malestares de salud mental.

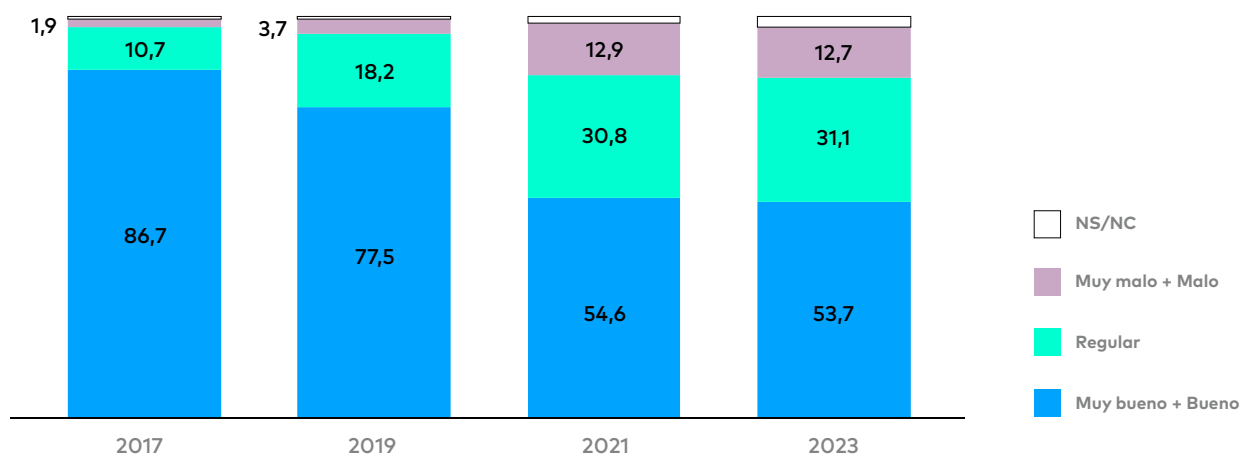
Ideación y conductas suicidas

- Se registra un significativo **aumento en las tasas de suicidio**, incluso entre los y las menores de 15 años.
- **Se registra un aumento notable de la ideación suicida** entre la juventud: un 48,9% de jóvenes declaran haber tenido ideas suicidas en algún momento en 2023 mientras que en 2019 el porcentaje era del 40,1%.
- Existe una clara asociación entre **condiciones materiales de vida e ideación suicida**: alrededor de 4 de cada 10 jóvenes sin carencias materiales han experimentado ideas suicidas alguna vez en la vida, frente a 6 de cada 10 en el caso de jóvenes que sufren carencias severas. La ideación suicida frecuente se dispara entre la juventud más precaria, llegando a duplicar la prevalencia de este tipo de pensamientos frente al resto de jóvenes.

Percepción del estado de salud

Entre 2017 y 2023, según los datos del Barómetro Juventud, Salud y Bienestar del Centro Reina Sofía de Fad Juventud, ha **empeorado significativamente la percepción de la juventud sobre su estado de salud**. A pesar de que más de la mitad señala tener una buena salud, frente a algo menos de un tercio que percibe una salud regular y un 12,7% que refiere una salud mala. Evolutivamente, en 2017 el 86,7% de la juventud consideraba que tenía un estado de salud bueno o muy bueno, porcentaje que bajó sensiblemente antes de la pandemia, para situarse en el 77,5% en 2019. El efecto del coronavirus se deja sentir claramente en la oleada de 2021, cuando el porcentaje de jóvenes que percibe que tiene una buena salud se reduce hasta el 54,6%, proporción que se ha mantenido prácticamente estable en 2023, con un 53,6%. Correlativamente, entre 2017 y 2023 se ha triplicado la proporción de jóvenes que refiere una salud regular (del 10,7% al 31,1%) y se ha sextuplicado la proporción que percibe una salud mala o muy mala (del 1,9% al 12,7%).

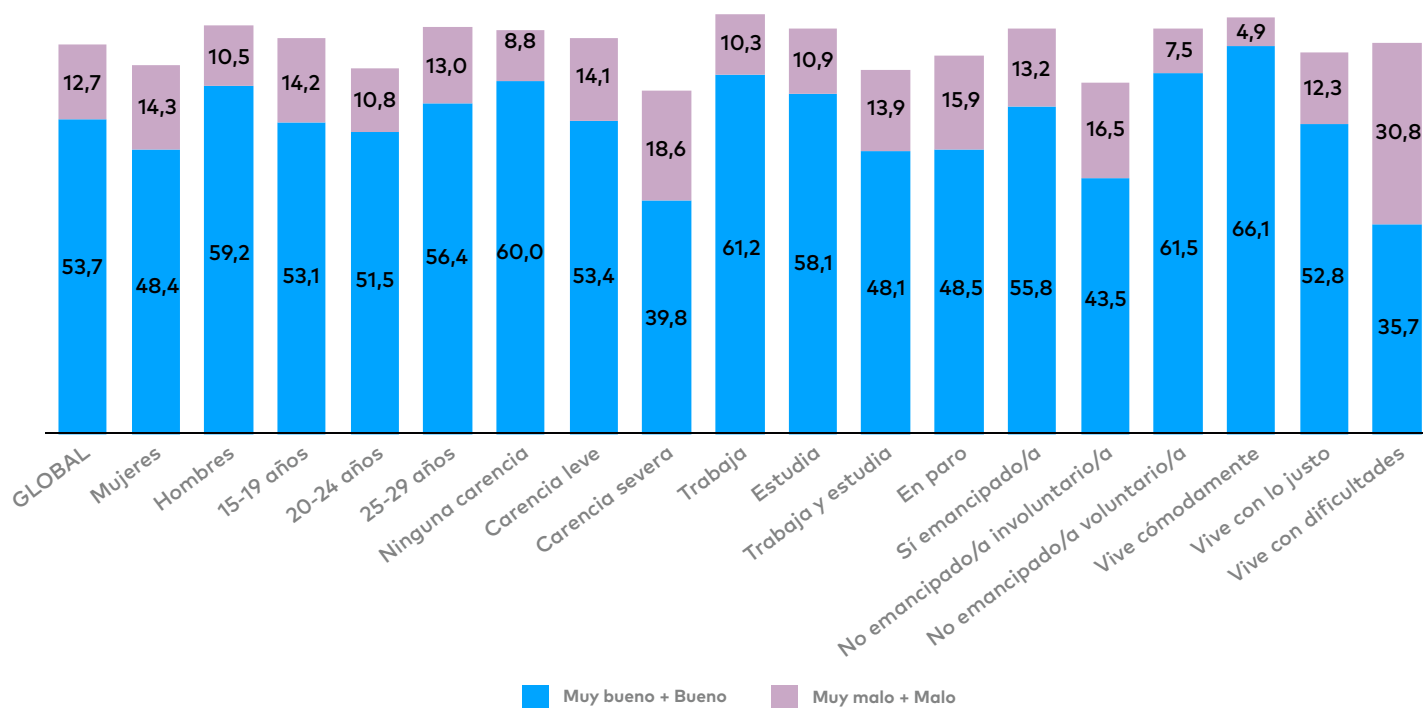
FIGURA 2. Percepción sobre el estado de salud entre jóvenes de 15 a 29 años. Evolución 2017-2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2017, 2019, 2021 y 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Por **género**, en 2023 encontramos una mejor percepción del estado de salud entre los hombres: un 59,2% consideran que es bueno o muy bueno, frente al 48,4% de las mujeres; por su parte, un 10,5% de los hombres y un 14,3% de las mujeres consideran que es malo o muy malo. Por **edad**, resulta destacable que la percepción de un buen estado de salud es mayor entre los grupos de más edad, principalmente entre los 25 y 29 años (56,4%), si bien las diferencias son muy pequeñas frente al resto de grupos de edad. Finalmente, destaca una asociación inversa entre **carencias materiales y estado de salud**: el 60% de jóvenes sin carencias materiales refieren un estado de salud bueno o muy bueno, frente al 53,4% de jóvenes con carencias leves y únicamente el 39,8% de jóvenes con carencias severas. De hecho, entre quienes sufren carencias severas un 18,6% destaca un mal estado de salud, frente al 8,8% de quienes no padecen carencias materiales.

FIGURA 3. Percepción sobre el estado de salud entre jóvenes de 15 a 29 años. Datos por género, edad, carencia material²⁵, tipo de actividad, emancipación y situación económica del hogar. 2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

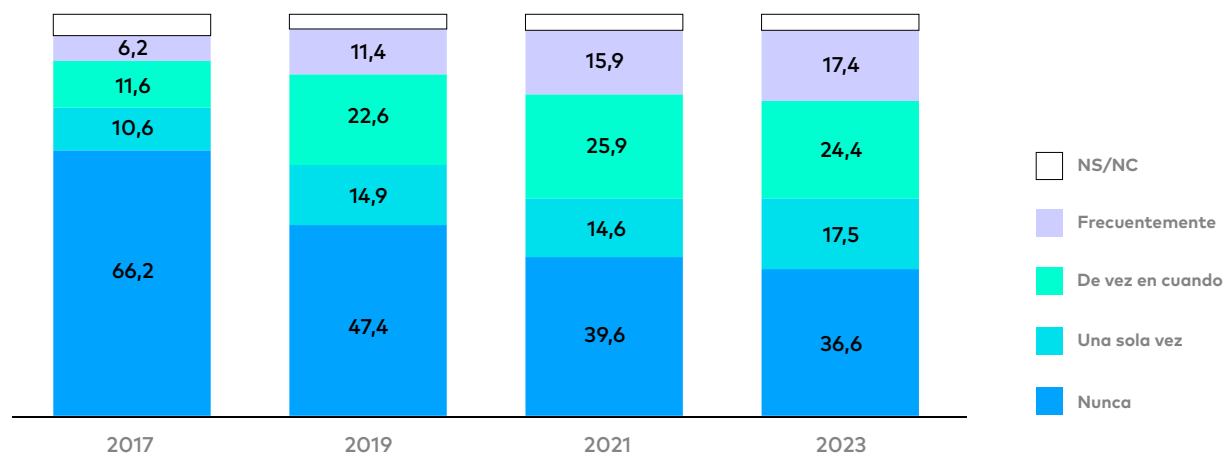
La asociación entre vulnerabilidad material y un peor estado de salud se mantiene si tomamos en consideración otros indicadores, como por ejemplo la **limitación de la actividad diaria** debido a problemas de salud. Así, el 67,8% de jóvenes con carencias materiales severas se han visto limitados en el último año debido a un problema de salud (el 12,7% gravemente); entre quienes no sufren carencias, únicamente la mitad se han visto limitados (el 6,8% gravemente).

Problemas de salud mental

Con respecto a la percepción sobre su salud mental, destaca un incremento de la proporción de jóvenes que percibe haber **padecido problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental** entre 2017 y 2023. De este modo, la proporción de jóvenes que perciben haber experimentado problemas de salud mental frecuentemente se ha triplicado en solo 6 años, pasando del 6,2% de 2017 al 17,4% de la actualidad. Asimismo, 1 de cada 4 jóvenes destaca haberlos sufrido de vez en cuando, duplicando los valores que encontrábamos 6 años antes. Es interesante destacar que este incremento del malestar psicológico entre la juventud es previo a la pandemia del coronavirus, a pesar de que ha continuado aumentando en años posteriores.

²⁵ La carencia material se ha calculado a partir de un listado de 8 aspectos vitales que implican carencias de tipo material, en una adaptación para la población joven de la tasa AROPE de riesgo de vulnerabilidad y exclusión social elaborada por el Instituto Nacional de Estadística. Concretamente, las variables son las siguientes: 1) Ir de vacaciones al menos una semana al año; 2) Mantener la casa a una temperatura adecuada; 3) Afrontar gastos imprevistos en un mes; 4) Afrontar sin retrasos el pago de recibos, préstamos, hipotecas, alquiler, etc.; 5) Ahorrar parte de mis ingresos mensuales o que en mi hogar se pueda ahorrar parte de los ingresos mensuales; 6) Darte algún capricho al menos una vez al mes (ir de compras, renovar tecnología, etc.); 7) Disponer de ordenador (de cualquier tipo) en el hogar; 8) Participar regularmente en actividades de ocio tales como cenar fuera de casa, ir al cine, conciertos, teatro, salir de copas, etc.

FIGURA 4. Problemas de salud mental experimentados (en los últimos 12 meses) entre jóvenes de 15 a 29 años. Evolución 2017-2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2017, 2019, 2021 y 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

El perfil de jóvenes que sufre problemas de salud mental muestra características sociodemográficas muy significativas. Por **género**, la percepción de haber vivido problemas de salud mental es mayor entre las mujeres, pues un 20,7% de las mujeres, frente al 13,3% de los hombres, señalan haber padecido este tipo de malestares en el último año de forma frecuente. Además, por **edad**, la vivencia de problemas de salud mental es mayor entre los grupos de 20 a 24 años, pues solo un 31,7% señala no haberlos experimentado en el último año frente al 37,6% entre jóvenes de 25 a 29 años y el 39,9% en el grupo de 15 a 19 años.

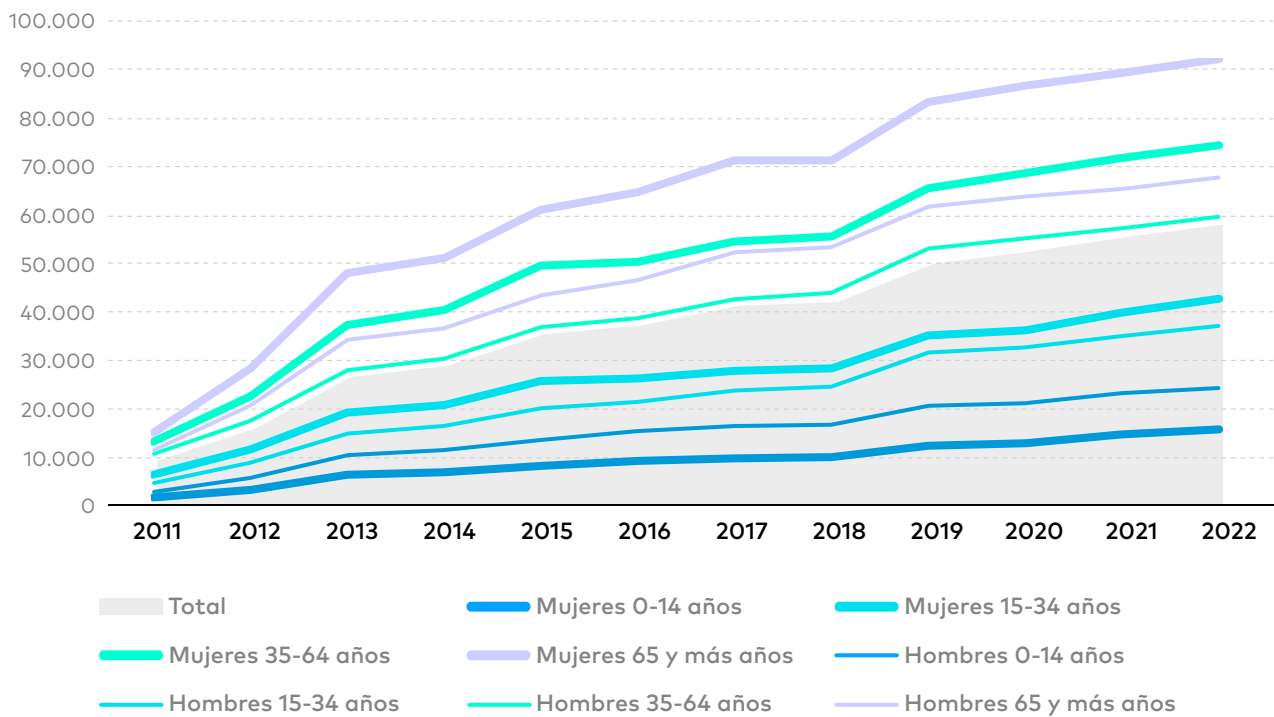
Al analizar los datos oficiales del Sistema de Información de Atención Primaria del Ministerio de Sanidad²⁶ comprobamos que se produce la misma evolución en cuanto al empeoramiento constante de la salud mental de la población española a todas las edades. En el siguiente gráfico se muestra la tasa de **problemas psicológicos diagnosticados** por cada 100.000 habitantes, que incluye un amplio listado de problemas vinculados a la salud mental, de muy diversa gravedad y muy diversa tipología, abarcando un amplio espectro de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (TMNS)²⁷, para toda la población dividida por grupos de género y edad.

Lógicamente, al abarcar un listado muy amplio de problemas psicológicos, son las edades avanzadas las que presentan un mayor impacto de problemas vinculados a la salud mental, principalmente porque la población más mayor, aunque sufre también los trastornos mentales que sufre el resto de la población, tiene una mayor incidencia de afecciones crónicas y problemas neurológicos. Sin embargo, al observar las **diferencias por edad a lo largo del tiempo**, se comprueba como la pandemia afectó especialmente al crecimiento de problemas psicológicos entre las personas jóvenes, sobre todo entre las mujeres. Tanto las niñas (0 a 14 años) como las mujeres jóvenes (15 a 34 años) aumentaron considerablemente la tasa de problemas psicológicos entre 2019 y 2022, 16,9% y 18,1% respectivamente; cifras superiores a las del resto de la población, salvo por los hombres jóvenes, que siguen un crecimiento similar en el aumento de los problemas psicológicos (16,3% entre 2019 y 2022).

²⁶ SIAP: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/actDesarrollada.htm>.

²⁷ Se analiza la categoría "Problemas psicológicos" en su conjunto, que se registra bajo el código "P" de la Clasificación Internacional de Atención Primaria, también denominada CIAP2, que incluye un total de 44 ítems. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/map_cie9mc_cie10_ciap2.htm

FIGURA 5. Problemas psicológicos diagnosticados. Población general. Evolución 2011-2022 (casos por cada 100.000 habitantes).

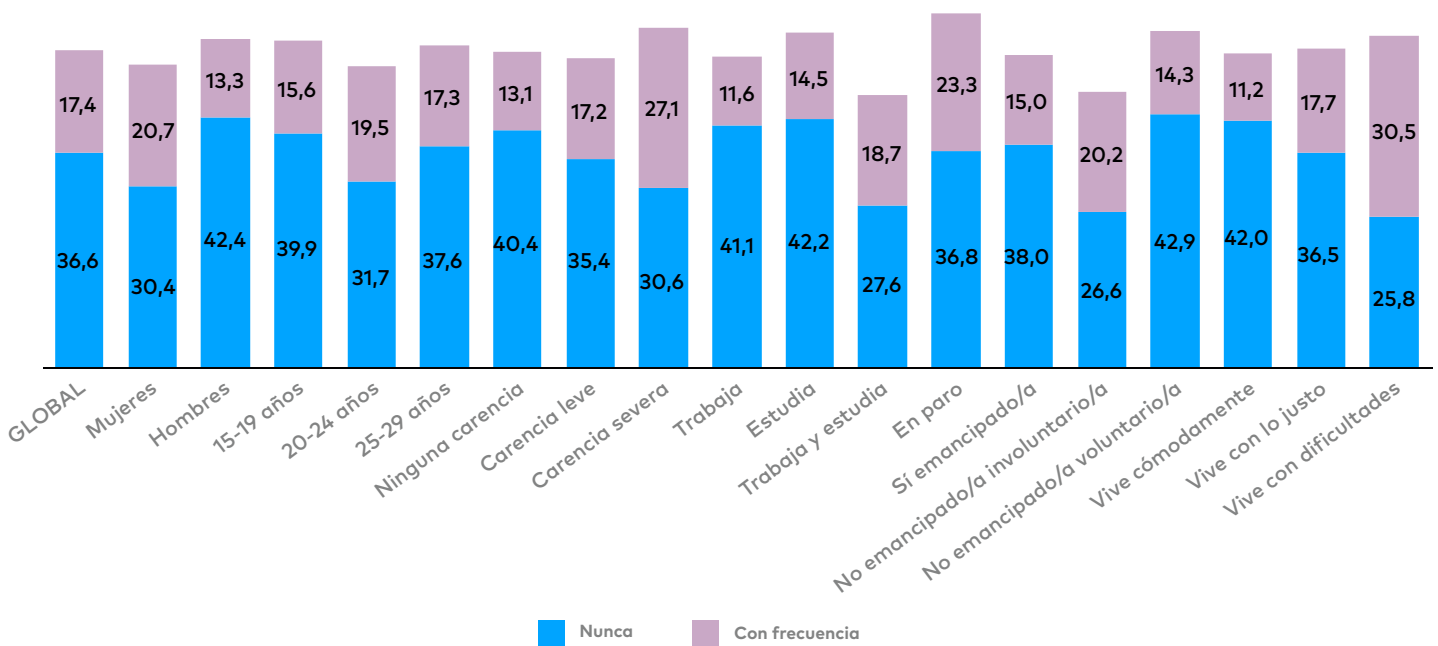


Fuente: elaboración propia a partir de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) (2011-2022). Ministerio de Sanidad.

Por tanto, aunque la **emergencia de la salud mental** es general para toda la población española, el contexto del último lustro ha tenido un **impacto especial en la población joven, sobre todo para las mujeres**.

Finalmente, volviendo a los datos de percepción del Barómetro Juventud, Salud y Bienestar de Fad Juventud, también encontramos una asociación entre problemas de salud mental y **situación socioeconómica**: 7 de cada 10 jóvenes que sufren carencias materiales severas destacan haber experimentado este tipo de malestares en el último año (10 puntos porcentuales más que los grupos sin carencias materiales) y un 27,1% destaca haberlos experimentado con frecuencia, duplicando a los grupos sin carencias materiales.

FIGURA 6. Autopercepción de problemas de salud mental experimentados (últimos 12 meses) entre jóvenes de 15 a 29 años. Datos por género, edad, carencia material, tipo de actividad, emancipación y situación económica del hogar. 2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Profundizando en los **problemas y trastornos de salud mental que han sido diagnosticados** por un profesional (médico de cabecera, psicólogo/a, psiquiatra, etc.) a lo largo de la vida, cuando menos se trata de diagnósticos clínicos desde la declaración y autopercepción de las personas jóvenes —no se trata de casos diagnosticados de estadísticas oficiales—, nos encontramos con que, para el año 2023, un 45,7% de las personas jóvenes señala haber sido diagnosticado con algún trastorno psicológico, psiquiátrico o de salud mental, un porcentaje casi 10 p.p. superior al que encontrábamos en 2021 (36,2%). De entre los problemas detectados, destacan especialmente aquellos relacionados con la depresión (17,7%) y la ansiedad (15,9%), seguidos del déficit de atención (7,6%) y los trastornos de la alimentación (6,1%). El resto de trastornos considerados presentan prevalencias por debajo del 5%.

Por **género**, encontramos un mayor grado de diagnóstico de problemas de salud mental entre las mujeres (49,9%, frente al 41,1% de los hombres), destacando entre ellas particularmente los trastornos de depresión (22,6%; +9,5 p.p. sobre los hombres), de ansiedad (21,8%; +12,2 p.p.) y relacionados con la alimentación (8,5%; +4,9 p.p.). Entre los hombres destacan sensiblemente los trastornos de déficit de atención (TDAH) (8,8% en ellos; 6,1% en ellas) y, con prevalencias muy inferiores, los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) y de adicciones. Por edad, encontramos una mayor prevalencia de los trastornos de depresión y de ansiedad conforme aumenta la edad, mientras que entre las personas jóvenes de 15 a 19 años destacan especialmente los trastornos de déficit de atención (10,3%), aunque el porcentaje de jóvenes de estas edades que desconoce si están diagnosticados de algún trastorno de salud mental es elevado (9,1%).

TABLA 1. Trastornos de salud mental diagnosticados (a lo largo de la vida) entre jóvenes de 15 a 29 años. Datos por género, edad y carencia material. 2023 (%).

	GLOBAL	Mujeres	Hombres	15-19 años	20-24 años	25-29 años
Depresión	17,7	22,6	13,1	12,8	18,2	23
Trastornos por ansiedad, pánico, fobias...	15,9	21,8	9,6	13,5	17,6	16,9
TDAH	7,6	6,1	8,8	10,3	6,1	5,7
Trastornos de la alimentación	6,1	8,5	3,6	5,4	7,3	5,9
TOC	4,8	4,1	5,3	5,3	5,7	3,3
Estrés postraumático	4,6	4,5	4,3	3,7	5,2	5,1
Trastorno de la personalidad	4,0	3,9	3,8	5,6	3,6	2,6
Adicción sin sustancias	4,0	3	4,5	4,4	5,1	2,3
Adicción a sustancias	2,5	1,4	3,4	2,2	2,8	2,5
Otros	3,5	3,3	3,3	2,6	5,0	3,1
% TOTAL algún trastorno diagnosticado	45,7	49,9	41,1	39,6	49,0	49,6

Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

TABLA 2. Trastornos de salud diagnosticados (a lo largo de la vida) entre jóvenes de 15 a 29 años. Datos por variables socioeconómicas: carencia material, tipo de actividad, emancipación y situación económica del hogar. 2023 (%).

	NINGUNA CARENCIA	CARENCIA LEVE	CARENCIA SEVERA	SOLO TRABAJA	SOLO ESTUDIA	TRABAJA Y ESTUDIA	EN PARO	SI EMANCIPADOS/AS	NO EMANCIPADOS/AS INVOLUNTARIOS/AS	NO EMANCIPADOS/AS VOLUNTARIOS/AS	VIVE CÓMODAMENTE	VIVE CON LO JUSTO	VIVE CON DIFICULTADES
Depresión	15,1	18	22,7	15,4	10,1	23,8	22,2	19,4	23,7	10,9	12,6	19,1	27,7
Trastornos por ansiedad, pánico, fobias...	17,1	12,7	20,5	12,5	12,5	21,3	17,8	14,6	20,3	14,7	15,2	15,2	20,2
TDAH	5,9	8,4	9,1	3,6	3,4	6,7	5,0	5,4	6,3	2,4	7,3	7,1	9,5
Trastornos de la alimentación	4,9	6,1	8,6	6,0	2,4	5,4	4,1	5,8	3,3	1,6	4,6	5,7	10,7
TOC	3,1	6,3	5	2,5	1,7	3,5	2,8	1,6	3,8	2,3	2,6	5,6	8,6
Estrés postraumático	3,1	5,3	6,4	4,8	3,7	3,7	3,8	4,5	2,6	4,2	3,3	5,3	6,7
Trastorno de la personalidad	3,7	2,7	8,2	4,0	6,0	9,3	5,0	6,4	6,3	4,9	3,3	4,0	6,8
Adicción sin sustancias	2,4	5,1	5,0	9,1	7,8	9,9	3,6	9,1	7,3	4,9	3,3	3,6	6,6
Adicción a sustancias	1,0	3,5	3,6	6,1	4,4	2,8	2,3	4,9	1,6	3,8	1,9	2,9	3,5
Otros	3,1	3,5	5,0	2,4	2,2	3,8	5,0	2,6	5,6	2,6	3,2	3,4	4,8
% TOTAL algún trastorno diagnosticado	37,7	49,3	55,9	45,9	35,3	59,4	43,1	51,6	51,9	33,9	39,8	45,7	64,0

Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud

Con respecto a la situación económica, encontramos una mayor prevalencia de **diagnósticos de problemas de salud mental entre los grupos de jóvenes más precarios**: el 55,9% de jóvenes con carencias severas ha sido diagnosticado en el último año de algún problema de salud mental, frente al 49,3% de jóvenes con carencias leves y el 37,7% de jóvenes sin carencias materiales. Entre los grupos sin carencias, destacan comparativamente los trastornos de ansiedad (17,1%), mientras que entre las personas jóvenes con carencias severas destacan los diagnósticos por depresión (22,7%), además de mostrar porcentajes más elevados que el resto en todos los problemas considerados.

La mayor incidencia de problemas de salud mental diagnosticados en jóvenes con situaciones socioeconómicas más difíciles se comprueba también con otros indicadores. Quienes mayor proporción de diagnósticos de problemas de salud declaran son las personas jóvenes que trabajan y estudian (59,4%), que se han emancipado (51,6%), que no pueden emanciparse (51,9%) y, sobre todo, quienes reconocen que viven con dificultades económicas en sus hogares (64%).

Malestares asociados a la salud mental

Los principales **síntomas y malestares vinculados con la salud mental** que las personas jóvenes han experimentado frecuentemente en el último año son el cansancio (46,2%), los problemas de concentración (44,9%), tristeza (44,2%), miedo al futuro (42,7%), desinterés por hacer cosas (40,7%) y problemas para dormir (39,2%). Entre 2021 y 2023 la mayor parte de síntomas se han reducido, siendo las reducciones especialmente significativas en el caso de la sensación de tristeza (-12,4 p.p.) y el desinterés (-10,8 p.p.). Cabe destacar el impacto de la pandemia y el confinamiento como uno de los principales motivos explicativos de esta reducción (Ballesteros, 2023)²⁸. Sin embargo, muchos de los síntomas considerados mantienen una prevalencia elevada, siendo especialmente relevante el aumento de la ansiedad (31,8%; +6,4 p.p.) en la juventud entre 2021 y 2023.

TABLA 1. Trastornos de salud mental diagnosticados (últimos 12 meses) entre jóvenes de 15 a 29 años. Datos por género, edad y carencia material. 2023 (%).

Síntomas mencionados	2021	2023	Evolución (en p.p.)
Cansancio, falta de energía, apatía	47,9	46,6	-1,7
Problemas para concentrarse	50,0	44,9	-5,1
Sensación de tristeza, decaimiento, desesperanza	56,6	44,2	-12,4
Miedo ante el futuro o los riesgos del presente	45,1	42,7	-2,4
Poco interés por hacer cosas	51,5	40,7	-10,8
Problemas para dormir	44,0	39,2	-4,8
Sensación de ansiedad o ataques de ansiedad	31,4	37,8	6,4
Falta de apetito o comidas excesivas	37,7	35,3	-2,4
Inquietud o desasosiego	42,0	35,0	-7,0
Ideas o pensamientos reiterados, incontrolables	37,0	33,1	-3,9
Irritación, explosividad, agresividad	32,6	29,5	-3,1
Somnolencia continua	30,6	29,2	-1,4
Dificultad para controlar los impulsos	29,3	26,3	-3,0
Alegría o euforia aparentemente excesivas	26,0	24,8	-1,3
Necesidad de calmarse con alcohol o pastillas	16,1	18,0	1,9

Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

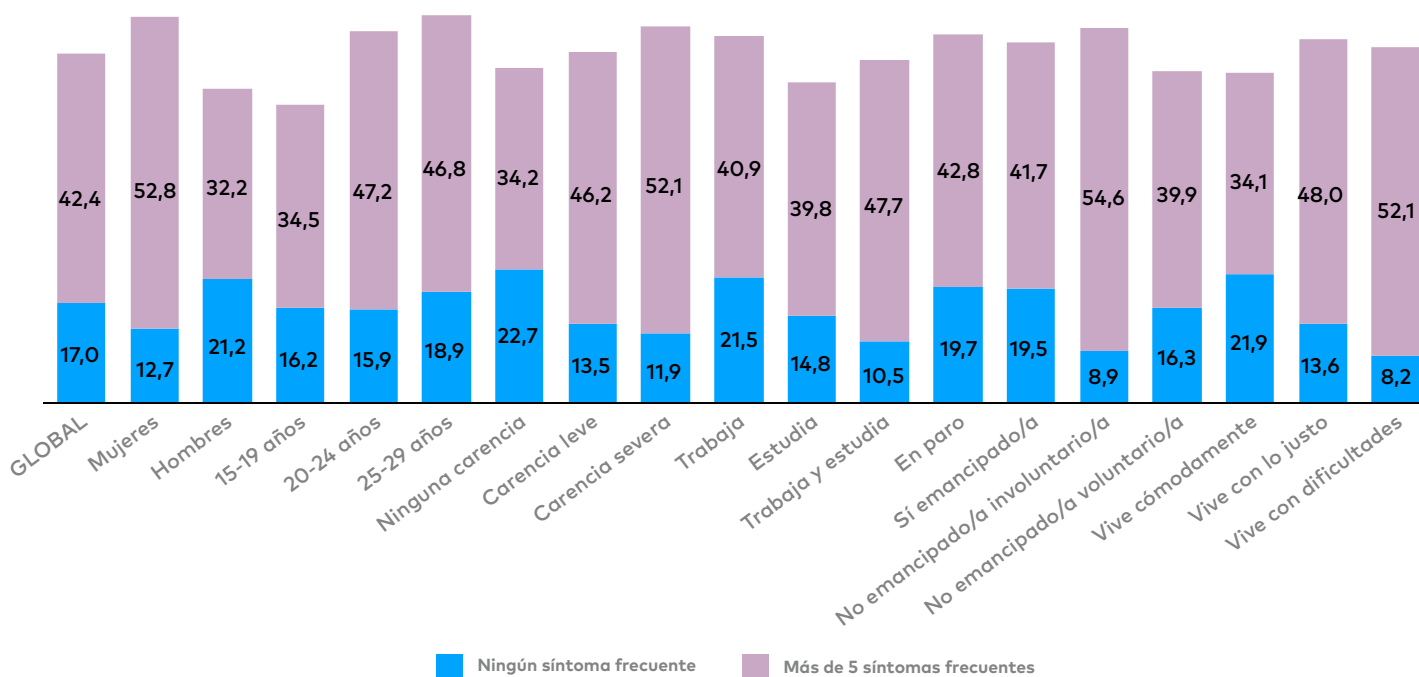
²⁸ Ballesteros, J. C. (2023). Salud y bienestar juveniles en España: un análisis longitudinal 2017-2021. Madrid. Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: 10.5281/zenodo.7859358

Por **género**, encontramos una **mayor prevalencia de la mayor parte de síntomas entre las mujeres**, destacando el cansancio (57,6%; + 21,9 p.p. sobre los hombres), la tristeza (54,7%; + 21 p.p.), el miedo ante el futuro (51,5%; +17,3 p.p.) y la sensación de ansiedad (49,5%; +23 p.p.). Por edad, encontramos una mayor presencia de la mayor parte de malestares entre los 20 y 29 años, con la excepción de los problemas de concentración, que muestran porcentajes muy similares entre todos los grupos de edad (de 15 a 29 años se encuentran en torno al 45%). Destacan especialmente síntomas como el cansancio, la tristeza y el miedo, que afectan a la mitad de jóvenes entre 25 y 29 años. Finalmente, con respecto a **la situación socioeconómica**, los datos muestran una mayor prevalencia de prácticamente todos los malestares entre las personas jóvenes que sufren carencias materiales, con valores de 15 a 20 puntos porcentuales superiores a los grupos sin carencias materiales. Así, entre las personas jóvenes que sufren carencias severas, la mitad han sufrido síntomas como el cansancio, la falta de concentración, la tristeza, el miedo ante el futuro, el desinterés, los problemas para dormir, la sensación de ansiedad o los pensamientos reiterativos. Además, un 27,8% destaca haber necesitado calmarse con alcohol o pastillas, frente a únicamente el 12,1% de jóvenes sin carencias materiales.

La **conurrencia de malestares** entre la juventud es elevada, con un promedio de 5,27 síntomas experimentados de manera frecuente, de forma que el 42,4% de jóvenes han experimentado más de 5 síntomas (de los 15 considerados). Por género, más de la mitad de las mujeres han experimentado más de 5 síntomas, frente a únicamente 1 de cada 3 hombres; el promedio de síntomas es de 6,28 en ellas y de 4,28 en ellos. Por **edad**, la concurrencia de síntomas es mayor entre los 20 y 29 años, con un mayor promedio de síntomas (en torno al 5,6) y una mayor proporción de jóvenes que han experimentado más de 5 malestares (alrededor del 47%). En contraste, los grupos de menor edad (15 a 19 años) presentan un promedio de 4,67 síntomas y 1 de cada 3 han padecido más de 5 síntomas.

Finalmente, de nuevo aparece la asociación entre malestar psicológico y **situación económica**: más de la mitad de jóvenes con **carencia material severa** han experimentado más de 5 síntomas (el 52,1%), alcanzando un promedio de 6,46 síntomas; por el contrario, entre los grupos sin carencia material solo el 34,2% ha experimentado más de 5 síntomas con un promedio que se reduce a 4,41 síntomas. Hay que añadir que son las personas jóvenes que **no pueden emanciparse** (no emancipadas involuntarias) y las que **viven con dificultades económicas** en el hogar las que presentan mayor incidencia de síntomas asociados a problemas de salud mental.

FIGURA 7. Concurrencia de síntomas asociados a la salud mental experimentados con frecuencia (en los últimos 12 meses) entre jóvenes de 15 a 29 años. Datos por género, edad, carencia material, tipo de actividad, emancipación y situación económica del hogar. 2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar (2023). Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

A pesar de que los **suicidios son minoritarios entre la población joven**, en comparación con los grupos de mayor edad, en los últimos años se está impulsando la necesidad de visibilizar el aumento de la tasa de suicidios entre las nuevas generaciones²⁹. El suicidio en personas jóvenes se trata de un fenómeno multicausal (Lázaro-Pérez et al., 2023)³⁰, en el que influyen aspectos psicológicos, como la existencia de antecedentes psiquiátricos previos, con otros de tipo personal, familiar y social, como sufrir acoso escolar o tener unas malas expectativas vitales de cara al futuro. Por lo tanto, se trata de un fenómeno «causado por múltiples interacciones complejas entre las características de las personas, sus experiencias de vida y el contexto social, económico y cultural en el que vive»³¹.

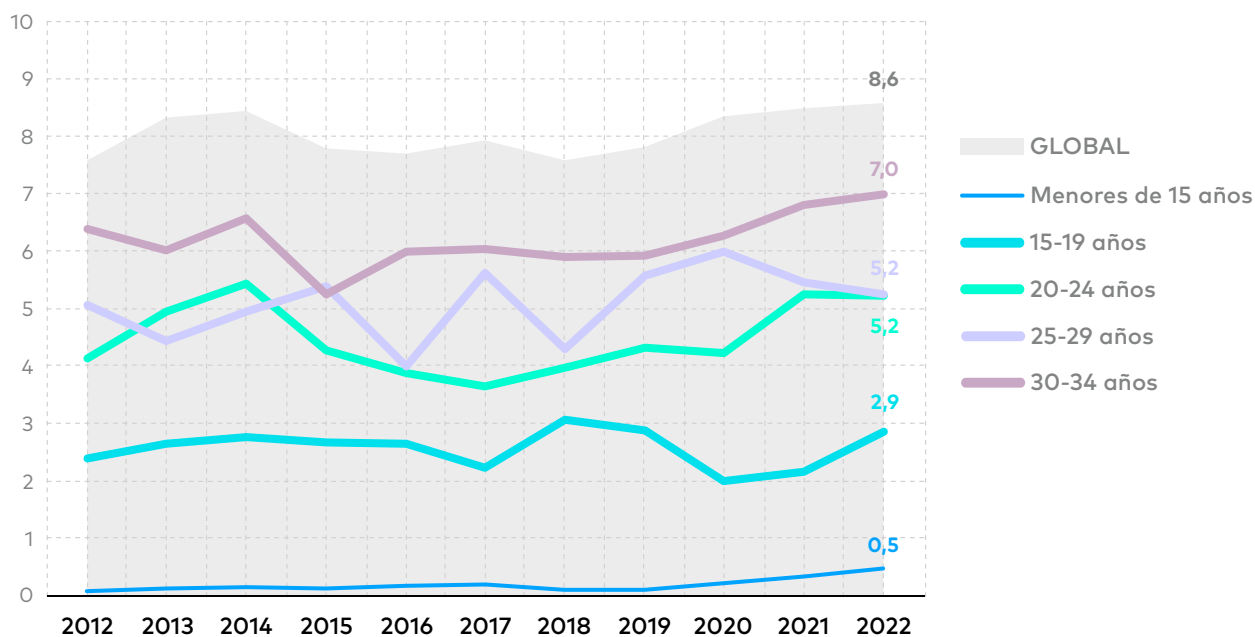
Si atendemos a los datos, entre la población general, en 2022, encontramos una tasa de 8,6 suicidios cada 100.000 habitantes, habiendo aumentado en 1 punto porcentual en tan solo una década y situándose casi 2 puntos por debajo de la media de la Unión Europea (10,2 en 2020). Sin embargo, la evolución no ha sido constante: en 2007 era 7,6 puntos, se redujo hasta el 6,8 en 2011 y se produjo un importante aumento entre 2012 y 2014 hasta alcanzar el 8,4 con un descenso posterior hasta 2018, donde se alcanzó el mínimo de 7,6 puntos. A partir de entonces, se ha vuelto a incrementar progresivamente hasta 2022. El descenso producido entre 2013 y 2019 correlaciona con la recuperación económica tras la crisis de 2008, mientras que el aumento producido a partir de 2019 correlaciona claramente con la pandemia del COVID-19.

²⁹ ANAR (2022). #LoQueNoSeVe, la campaña de ANAR contra el suicidio. Madrid: Fundación ANAR: <https://www.anar.org/loquenoseve-la-campana-de-anar-contra-el-suicidio/>

³⁰ Lázaro-Pérez, C.; Munuera Gómez, P.; Martínez-López, J.Á. y Gómez-Galán, J. (2023) Predictive Factors of Suicidal Ideation in Spanish University Students: A Health, Preventive, Social, and Cultural Approach. J. Clinical Medicine, 12(3), 1207. <https://doi.org/10.3390/jcm12031207>

³¹ ANAR (2022). Conducta suicida y salud mental, en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022), según su propio testimonio. Madrid: Fundación ANAR. <https://www.anar.org/la-fundacion-anar-presenta-su-estudio-sobre-conducta-suicida-y-salud-mental-en-la-infancia-y-la-adolescencia-en-espana-2012-2022/>

FIGURA 8. Tasa de suicidios cada 100.000 habitantes. Datos por grupo de edad. Evolución 2012-2022.



Fuente: Estadística de defunciones según causa de la muerte (2012-2022). Instituto Nacional de Estadística.

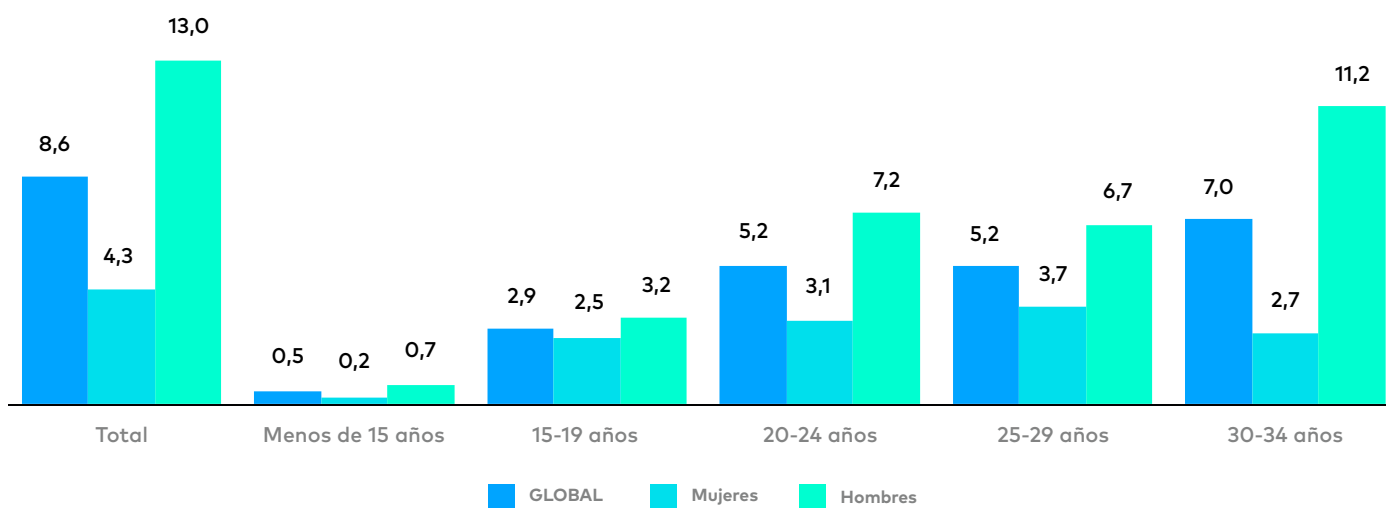
Entre la población joven encontramos particularidades en la evolución de la tasa de suicidio, si bien resulta claro que los suicidios aumentan con la edad, pues encontramos una tasa por 100.000 habitantes en 2022 de 0,5 casos entre los menores de 15 años, de 2,9 casos entre los 15 y 19 años, de 5,2 casos entre los 20 y 24 años y de 5,2 casos entre los 25 y 29 años.

- **Entre las personas menores de 15 años** los suicidios son muy poco frecuentes, si bien han aumentado muy significativamente en los últimos años: en 2019 se situaban en menos de 0,1 casos por 100.000 habitantes, mientras que en 2022 se quintuplican hasta 0,5.
- **Entre 15 y 19 años** se parte en 2012 de una tasa de 2,4 por 100.000 habitantes, que se mantiene con pocas variaciones hasta 2016 e incluso desciende en 2017. Posteriormente, en 2018 y 2019 aumenta significativamente, llegando a los 3 casos por 100.000, para volver a bajar hasta los 2,2 casos por 100.000 en 2021. En 2022, sin embargo, los datos vuelven a empeorar y la tasa aumenta hasta 2,9 casos por 100.000 habitantes..
- **Entre 20 y 24 años** la tasa sigue, en líneas generales, la misma tendencia que encontramos en la población general: aumento entre 2012 y 2014, en el contexto de la crisis económica, para reducirse posteriormente en 2017, el mínimo de la serie histórica, que correlaciona con la recuperación económica. A partir de entonces, sin embargo, aumenta de manera sostenida, especialmente entre 2020 y 2022, para situarse en 5,2 suicidios por cada 100.000 habitantes.
- **Entre 25 y 29 años** la tasa sigue, en líneas generales, la misma tendencia que encontramos en la población general: aumento entre 2012 y 2014, en el contexto de la crisis económica, para reducirse posteriormente en 2017, el mínimo de la serie histórica, que correlaciona con la recuperación económica. A partir de entonces, sin embargo, aumenta de manera sostenida, especialmente entre 2020 y 2022, para situarse en 5,2 suicidios por cada 100.000 habitantes.

- **Entre 30 y 34 años** se produjo una reducción de la tasa de suicidios entre 2012 y 2015, alcanzándose un mínimo de 5,2 suicidios por 100.000; en 2016 se produjo un ligero aumento hasta 6 casos, que se mantuvo estable hasta la pandemia; desde 2019 la tasa aumenta progresivamente, alcanzándose los 7 casos por 100.000 en 2022.

Por **género**, al igual que pasa entre la población general, las tasas de suicidio juveniles son significativamente mayores entre los hombres en todos los grupos de edad. Se trata de un hecho social consolidado vinculado al modo en el que los estereotipos y mandatos de género afectan a la gestión del malestar emocional y las redes de apoyo y también a los métodos empleados, que tienden a ser más letales en el caso de los hombres (Valverde Fonseca, 2022)³². Si bien resulta significativo que **entre los 15 y 19 años las diferencias son más reducidas** (3,2 casos por 100.00 habitantes entre los hombres y 2,5 entre las mujeres). Además, resulta significativo que, entre los hombres, hay mayor tasa de suicidio entre los 20 y 24 años que entre los 25 y 29 años. Entre las mujeres, destaca la mayor tasa de suicidios entre los 20 y 29 años que entre los 30 y 34 años. Por lo tanto, el suicidio masculino se dispara claramente a partir de los 30 años (11,2 casos por 100.000 habitantes entre los 30 y 34 años), mientras que entre las mujeres encontramos una mayor prevalencia de estas conductas suicidas entre los grupos de 20 a 29 años.

FIGURA 9. Tasa de suicidios cada 100.000 habitantes. Datos por género y edad. 2022.



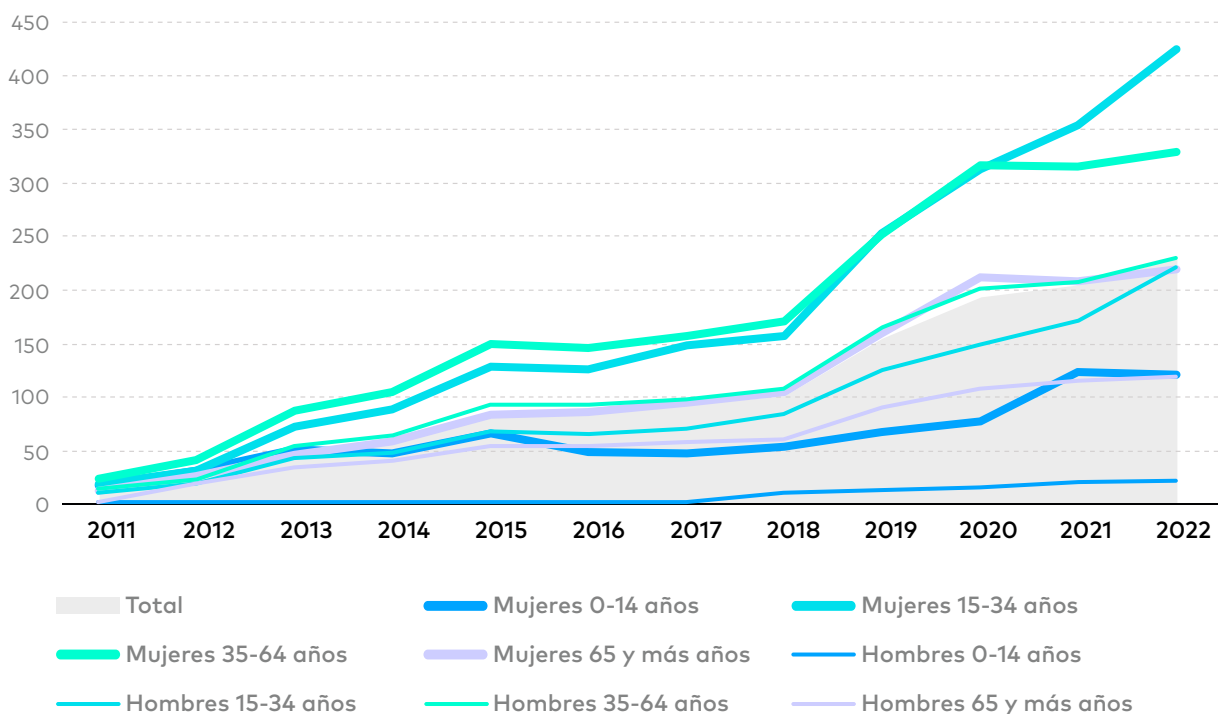
Fuente: Estadística de defunciones según causa de la muerte (2022). Instituto Nacional de Estadística.

Para aportar todavía más información sobre suicidio y su incidencia en la población en los últimos años, presentamos datos oficiales del Sistema de Información de Atención Primaria del Ministerio de Sanidad³³. En este caso podemos observar datos sobre casos registrados oficialmente desde el año 2011 al año 2022, que incluyen tanto casos de suicidio como intentos de suicidio.

³² Valverde Fonseca, P. G. (2022) Prevenir el Suicidio; Una guía para ayudarte a ayudar. Madrid: Editorial Almuzara.

³³ SIAP: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/actDesarrollada.htm>.

FIGURA 10. Tasa de suicidios cada 100.000 habitantes. Datos por género y edad. Evolución 2011-2022 (casos por cada 100.000 habitantes).



Fuente: elaboración propia a partir de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) (2011-2022). Ministerio de Sanidad.

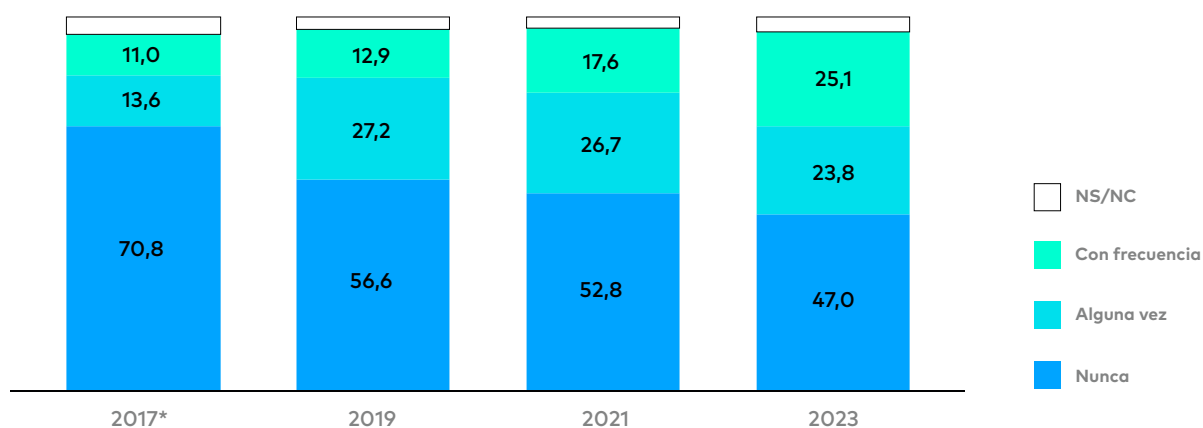
Por género, al contrario que se observa en el caso de los suicidios consumados, al incluir los intentos de suicidio, son las mujeres quienes presentan una mayor tasa por cada 100.000 personas. Más específicamente, las mujeres jóvenes son el grupo que encarna más riesgo, pues su alta tasa y su aumento constante, especialmente desde la pandemia de la COVID-19, evidencian que tienen una mayor incidencia en cuanto a intentos de suicidios (sumando casos consumados de suicidio). Entre el año 2019 y el 2022 esta tasa aumenta en el caso de las niñas (0 a 14 años) un 242,2%, siendo con diferencia el grupo de población que más aumenta, seguido de los niños (aumento del 83,8%), los hombres jóvenes (15 a 34 años) (79,1%) y las mujeres jóvenes (68,7%).

Por edad, son las personas jóvenes (15 a 34 años) quienes tienen una mayor tasa de suicidios más intentos de suicidio, seguidas de las personas adultas (35 a 54 años). En el caso de las personas jóvenes, se observa un crecimiento del 73,1% desde la pandemia (2019 a 2022) y en el caso de las personas adultas el aumento es del 34,5%; en el resto de la población también se producen aumentos, siendo especialmente preocupante el espectacular aumento de la tasa en el caso de las personas menores de 15 años, que crece un 189,9%.

Una de las preocupaciones prioritarias sobre la salud mental de la juventud tiene que ver con el **aumento de la ideación suicida**, pues la conducta suicida debe ser entendida «*como un continuo que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento de suicidio o el suicidio consumado*»³⁴. Según el informe sobre conducta suicida de menores de edad elaborado por la Fundación ANAR (2022) a partir de los datos derivados de su servicio telefónico de atención a la infancia y la adolescencia, entre 2012 y 2022 se había producido un progresivo aumento de los casos atendidos por ideación suicida e intentos de suicidio, pero es a partir de la pandemia cuando se han multiplicado exponencialmente: «*entre 2012 y 2022, los casos atendidos por ideación suicida se han multiplicado por 23,7 y los intentos de suicidios por 25,9*»³⁵. Por género, se destaca que los varones se suicidan en mayor medida, pero piden menos ayuda que las chicas –el 71,3% de las consultas son realizadas por mujeres–. En cuanto a otros **factores de riesgo**, la conducta suicida en la infancia y la adolescencia se relaciona, según el estudio de ANAR, con la existencia de problemas en el núcleo familiar (malas relaciones familiares, falta de apoyo, violencia de género e intrafamiliar), problemas en la escuela (acoso escolar, problemas de adaptación del estudiante) y otros problemas psicológicos previos, destacando asimismo la «*dificultad de acceso a recursos de atención psicológica o psiquiátrica, acceso desmedido a plataformas de redes sociales y exclusión social*. Un último aspecto destacable del estudio de ANAR es la atención que deben recibir colectivos especialmente vulnerables, como la población LGTBI, migrante o con discapacidad, pues son grupos que muestran una mayor propensión a desarrollar pensamientos suicidas. Los casos de LGTBIQ+ atendidos por intento de suicidio es mayor (42,6%) que el de los casos que no pertenecen al colectivo (33,4%) y la misma tendencia se observa en los casos con familia migrante (40,4%) frente a casos provenientes de familias no migrantes (27,8%).

Con respecto a la población joven, los datos del **Centro Reina Sofía de Fad Juventud** también muestran un **aumento de la ideación suicida entre 2017 y 2023**. Así, en 2017 un 24,8% de jóvenes habían experimentado ideas de suicidio, porcentaje que ha aumentado drásticamente en solo dos años, hasta el 40,1% de 2019. En años posteriores la frecuencia con la que las personas jóvenes experimentan ideación suicida ha continuado aumentando, de forma que, en 2023, 1 de cada 4 jóvenes experimenta ideas suicidas con frecuencia y una proporción muy similar las experimenta de forma ocasional.

FIGURA 11. Ideación suicida (alguna vez en la vida) entre jóvenes de 15 a 29 años. Evolución 2017-2023 (%).

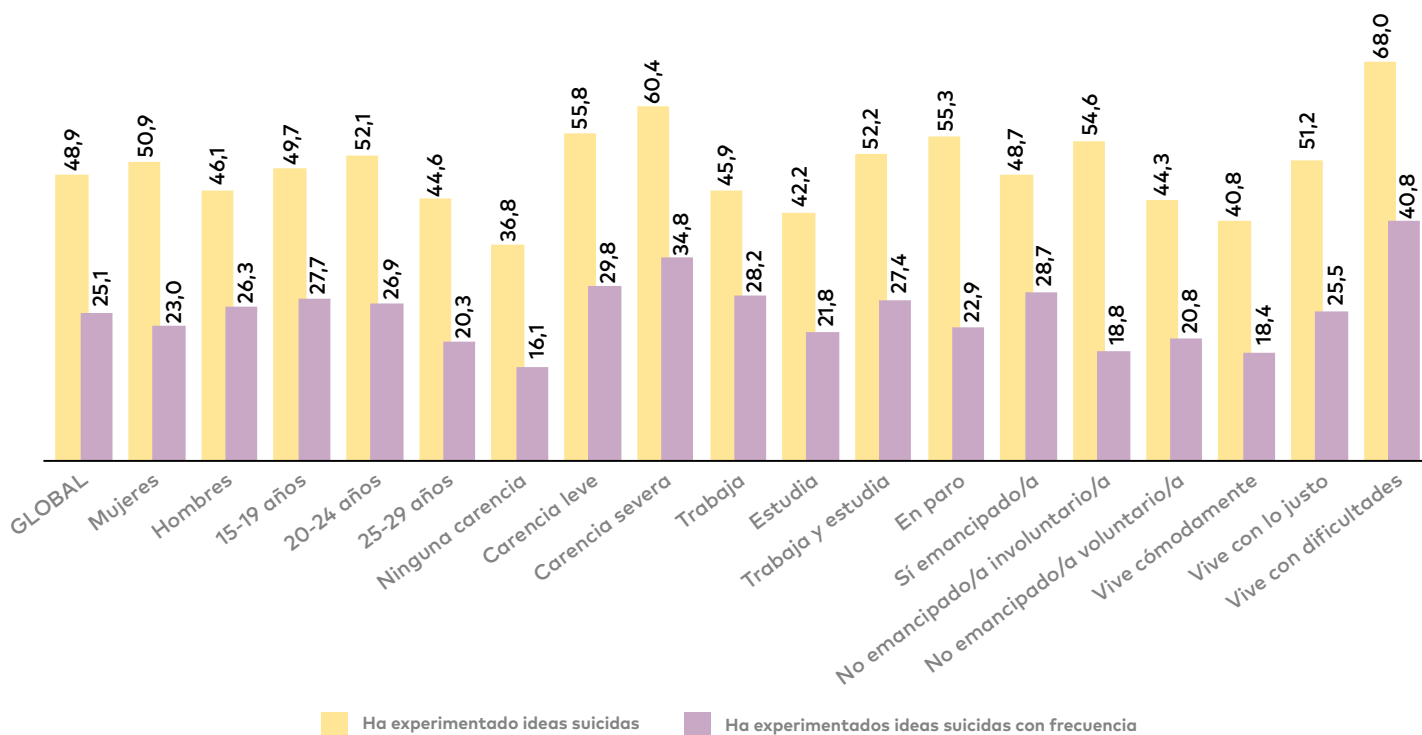


Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar (VVAA, 2017, 2019, 2021, 2023). Centro Reina Sofía de Fad Juventus.

*Tras la oleada de 2017 se produjo un cambio metodológico en los atributos de la variable.

La ideación suicida está estrechamente vinculada con las características sociodemográficas de la juventud, especialmente con su situación socioeconómica. Por **género**, la experimentación de ideación suicida es sensiblemente mayor entre las mujeres (50,9% frente al 46,1% de los hombres), si bien la experimentación frecuente es ligeramente más habitual entre los hombres (26,3% de los chicos frente al 23% de las chicas). Por **edad**, resulta preocupante que la ideación suicida es más común entre los grupos más jóvenes: la mitad de jóvenes de 15 a 19 años y el 52,1% entre los 20 y 24 años han tenido pensamientos de este tipo, frente al 44,6% del grupo de 25 a 29 años. Además, la experimentación de ideas de suicidio de forma frecuente es especialmente elevada entre las personas jóvenes de 15 a 19 años (27,7%), manteniéndose alta entre los 20 y 24 años (26,9%) y bajando al 20,3% entre los 25 y 29 años.

FIGURA 12. Ideación suicida (alguna vez en la vida) entre jóvenes de 15 a 29 años. Datos por género, edad, carencia material, tipo de actividad, emancipación y situación económica del hogar. 2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar (2023). Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Finalmente, la asociación entre **condiciones materiales de vida e ideación suicida** resulta muy alarmante: el 36,8% de jóvenes sin carencias materiales ha experimentado ideas suicidas alguna vez en la vida, frente al 55,8% de quienes sufren carencias leves y el 60,4% entre quienes sufren carencias severas. La ideación suicida frecuente también se dispara entre la juventud más precaria, llegando a duplicar la prevalencia de este tipo de pensamientos frente al resto de jóvenes: más de 1 de cada 3 jóvenes con carencias materiales severas las han experimentado con frecuencia, frente al 29,8% de quienes sufren carencias leves y el 16,1% de quienes no sufren carencias de ningún tipo.

B. El contexto de las personas jóvenes

PRINCIPALES HALLAZGOS

Contexto socioeconómico

- Las **condiciones de vida de la juventud se relaciona estrechamente con su salud física y mental**; en términos generales, quienes padecen **mayores vulnerabilidades** socioeconómicas también tienen peor percepción sobre su estado de salud, así como unos mayores malestares, problemas y trastornos de salud mental. • En 2023, casi el 60% de los jóvenes reportaron problemas de salud mental en el último año. Del total, el 24.4% lo experimentó ocasionalmente y el 17.4% con frecuencia. Esta última cifra ha triplicado desde 2017, pasando del 6.2% al 17.4%.
- Los principales indicadores sobre los **procesos de inserción y exclusión del mercado de trabajo** sitúan a la población joven en una posición de vulnerabilidad. La tasa de paro juvenil (de 16 a 29 años) en el cuarto trimestre de 2023 según la EPA fue del 21,16% frente al 11,76% del conjunto de la población y la tasa de empleo juvenil fue del 42,43% frente al 52,05% de la población total.
- **Indicadores de calidad de empleo** también muestran la misma tendencia: la tasa de temporalidad en el empleo juvenil para jóvenes de 16 a 29 años es de 34,72% mientras que para la población general es de 16,49%. En la misma línea, la tasa de parcialidad para la juventud es de 26,41% (llegando al 33,43% en el caso de las mujeres y al 20,2% en el caso de los hombres) frente al 13,5% de tasa de parcialidad para el conjunto de la población.
- Entre 2017 y 2023 se ha producido un **aumento sostenido de los salarios** en España, muy vinculado a las sucesivas subidas del salario mínimo interprofesional. No obstante, este incremento **no se ha traducido en una mejora del poder adquisitivo** de la juventud ni en la autonomía económica puesto que en 2023 únicamente 2 de cada 10 (19,9%) afirmaba vivir exclusivamente de sus ingresos, la mayoría afirmaba vivir con lo justo o con dificultades (58,1%) y también veía probable tener que trabajar de lo que sea en el futuro (58,4%).
- En España, en 2022 el **85,7% de las personas jóvenes entre 16 y 29 años vivían en casa de sus padres**, mientras que el promedio de la Unión Europea se sitúa 17 p.p. por debajo (68,1%). Si atendemos a la edad media de emancipación de la juventud, en 2022 se sitúa por primera vez en la serie histórica (desde el año 2000) por encima de los 30 años. Vinculamos esta realidad al contexto de precariedad y vulnerabilidad económica unido al encarecimiento de las cuotas hipotecarias y al Índice de Precios de Vivienda de Alquiler (IVPA), que se incrementa un 12,4% en España entre 2014 y 2021.

Determinantes psicosociales

- La mitad de la población joven declara sentir un nivel elevado de **felicidad**, un 52,2% de los hombres y un 45,9% de las mujeres. La situación económica está estrechamente relacionada con la sensación de satisfacción y felicidad en las personas jóvenes. En este sentido, el 58,8% de los jóvenes que no tienen carencias materiales declaran experimentar un alto nivel de felicidad, en comparación con el 45% de aquellos que tienen carencias materiales leves y el 34,9% de los que enfrentan carencias severas.
- Se observa un nivel elevado de **estrés** con aspectos relacionados con las condiciones materiales de vida de las personas jóvenes, como son el trabajo y/o los estudios (53,7%) y la situación económica personal (49,8%). Por género, más del 60% de las mujeres muestran un estrés elevado con los estudios, el trabajo y la situación económica, mientras que los hombres se sitúan en torno a 20 p.p. por debajo en estos indicadores. Entre los grupos de jóvenes con mayores carencias materiales observamos varios aspectos que les generan más estrés que al resto de jóvenes: la situación económica personal (66,1%; +16,3 p.p. sobre el total de jóvenes), su estado de salud físico y mental (48,8%; +7,5 p.p.) y sus relaciones familiares (49,1%; +8,6 p.p. sobre el global).

- La **soledad** es una experiencia bastante extendida entre la juventud. En 2023 un 45,2% declaró sentir soledad en el último año con cierta o mucha frecuencia frente al 14,8% que indicó no haber experimentado esta sensación. Las experiencias de soledad están mucho más generalizadas entre las personas jóvenes más vulnerables: entre quienes sufren carencias severas, el 32,8% se han sentido solos/as con mucha frecuencia, duplicando el valor de quienes no sufren carencias (17%).
- Poniendo el foco sobre la **red de apoyo social**, de nuevo se evidencia que los grupos más vulnerables son los que cuentan con menores apoyos. El 46,9% de jóvenes con carencias severas percibe un interés elevado del entorno por sus problemas, frente al 55,7% de quienes tienen carencias leves y el 67,5% de quienes no sufren carencias. En cuanto a la ayuda en caso de necesidad, resulta especialmente baja en el caso de personas jóvenes que sufren carencias severas, pues únicamente alrededor de 1 de cada 3 puede contar con familiares y amigos/as con facilidad mientras que son 6 de cada 10 para quienes no sufren ninguna carencia.

Contexto socioeconómico

Mercado de trabajo y condiciones laborales

Partiendo de los datos del cuarto trimestre publicado de la Encuesta de Población Activa en 2023 (EPA, 4oT-2023)³⁶, vemos que la **tasa de actividad** de la juventud entre 16 y 29 años era de 53,8%, mientras que para población general alcanzaba el 58,9%. Esta diferencia se explica por la dilatación de los itinerarios formativos entre la juventud, principalmente los estudios universitarios y de formación profesional, postergándose la incorporación al mercado de trabajo, algo especialmente evidente al desagregar por **grupos de edad**. Encontramos una tasa de actividad del 13,4% entre la población joven de 16 a 19 años, que aumenta al 55% entre los 20 y 24 años y llega al 85,3% entre los 25 y 29 años. Es decir, más de la mitad de jóvenes entre 20 y 24 años y la amplia mayoría entre los 25 y 29 años están buscando incorporarse al mercado de trabajo o ya están trabajando. Por **género**, la tasa de actividad es significativamente mayor entre los hombres de 16 a 29 años (55,8%), en comparación con las mujeres (51,7%). Se trata de una diferencia de género que se manifiesta entre los 16 y 19 años (15,1% en hombres y 11,6% en mujeres), continúa entre los 20 y 24 años (57,8% en hombres y 51,9% en mujeres) y se mantiene entre los 25 y 29 años (87,2% en hombres y 83,3% en mujeres).

Los problemas estructurales de España con el mercado de trabajo afectan especialmente al desempleo, a pesar de la reducción del paro que se ha producido en los últimos años. La tasa de desempleo (Eurostat, 2017-2022; INE, 2017-2022) para población general en 2022 es del 12,9% en España, duplicando el valor que encontramos en la Unión Europea (6,2%). Con respecto al desempleo juvenil, se sitúa en 2022 en el 22,4% entre los 16 y 29 años en España, de nuevo duplicando el valor promedio de la UE (11,3%). El cuarto trimestre de la EPA (INE, 2023) muestra una tasa de paro para jóvenes de 16 a 29 de 21,17% frente al 11,76% en el conjunto de la población por lo que a pesar de la leve mejoría sigue siendo una problemática enquistada en el mercado de trabajo español. El **desempleo juvenil** es un problema estructural que arrastra el mercado de trabajo en España desde los años 80 a raíz de la tendencia a la flexibilización de condiciones en las sucesivas reformas laborales y la implementación de políticas de activación de la fuerza de trabajo (Castillo y Calle, 2018)³⁷. En las últimas décadas, el desempleo juvenil marcó su mínimo histórico el segundo trimestre de 2007 con un 12,4% de paro, porcentaje que llegó a máximos históricos en 2013 con un 44% de paro juvenil debido a una precariedad estructural del mercado de trabajo español que se agravó tras la crisis económica de 2008 (Echaves y Echaves, 2017)³⁸. Sin embargo, entre 2017 y 2019, en el contexto de la recuperación económica, el desempleo marcó una tendencia a la baja entre la juventud, alcanzándose el 24,7% de paro en 2019.

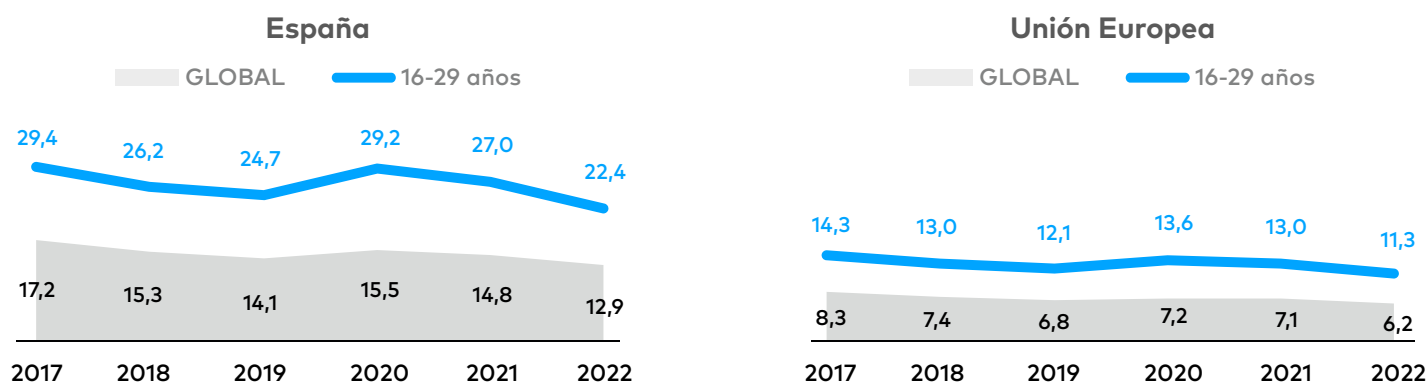
³⁶ EPA, 4oT-2023 – Recuperado el 9/02/24 de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595#!tab=1254736195129

³⁷ Castillo, J. J., & Calle, P. L. (2018). La juventud entre categoría social y coartada ideológica. *Sociología Del Trabajo*, 149, 22-38. <https://doi.org/10.3280/SL2018-149003>

³⁸ Echaves, A. y Echaves, C. (2017). Jóvenes aún más precarios: crisis económica y desigualdad laboral en España. *Cuadernos de Investigación en Juventud*, 2, 33-52. <https://doi.org/10.22400/cij.2.e007>

Esta tendencia se rompe en 2020, pues en el contexto español el efecto de la pandemia del coronavirus afectó especialmente al empleo de las personas jóvenes, como muestra el aumento de casi 5 p.p. en la tasa de paro entre 2019 y 2020, pasando del 24,7% al 29,2%, mientras que en el contexto de la UE el paro juvenil únicamente aumentó en 1,5 p.p. Posteriormente se ha producido una recuperación muy rápida del empleo juvenil, pasando del 29,2% de 2020 al 22,4% de 2022 en tan solo dos años. Como ya se ha mencionado, el último dado de la EPA (4o trimestre de 2023) muestra una tasa de paro del 21,17%, apuntalando la tendencia hacia la recuperación, pero sin acercarse siquiera a porcentajes inferiores a los registrados en el período anterior a la crisis económica de 2008.

FIGURA 13. Tasa de desempleo juvenil entre jóvenes de 16 a 29 años en España y la unión europea. Evolución 2017-2022 (%).

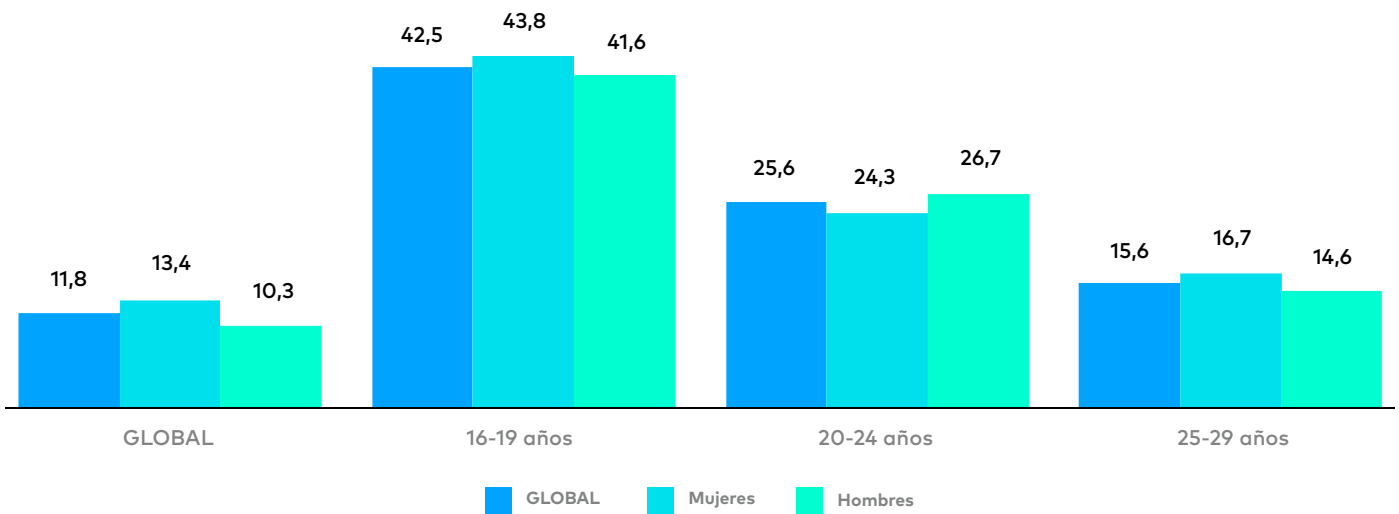


Fuente: Eurostat (2017-2022) / Encuesta de población activa (INE, 2017 - 2022).

Si profundizamos en la **estructura del desempleo juvenil por género y edad**, nos encontramos que, aunque la brecha de género es prácticamente inexistente en la tasa de paro juvenil de 16 a 29 años (21,2% ellas y 21,1% ellos), la brecha que resulta claramente observable para la población general (10,3% ellos y 13,36% ellas), algo que indica que la brecha en el desempleo se amplía a medida que avanza la edad. Se trata de una situación que, de nuevo, no es consecuencia de los efectos de la recesión, sino de «situaciones de desigualdad laboral previas a la crisis» (Echaves y Echaves, 2017: 17)³⁹. Por grupos etarios, entre los 16 y 19 años la tasa de desempleo es muy elevada y algo superior en el caso de las mujeres (41,51% ellos y 43,79% ellas). Entre los 20 y 24 la tasa de paro de los hombres (26,65%) supera ligeramente a la de las mujeres (24,29%). Entre los 25 y 29 años las tasas de desempleo son muy inferiores, pero de nuevo encontramos un menor desempleo entre los hombres (14,61%) en comparación con las mujeres (16,72%), tendencia que se afianza en el resto de cohortes de edad.

³⁹ Ibidem.

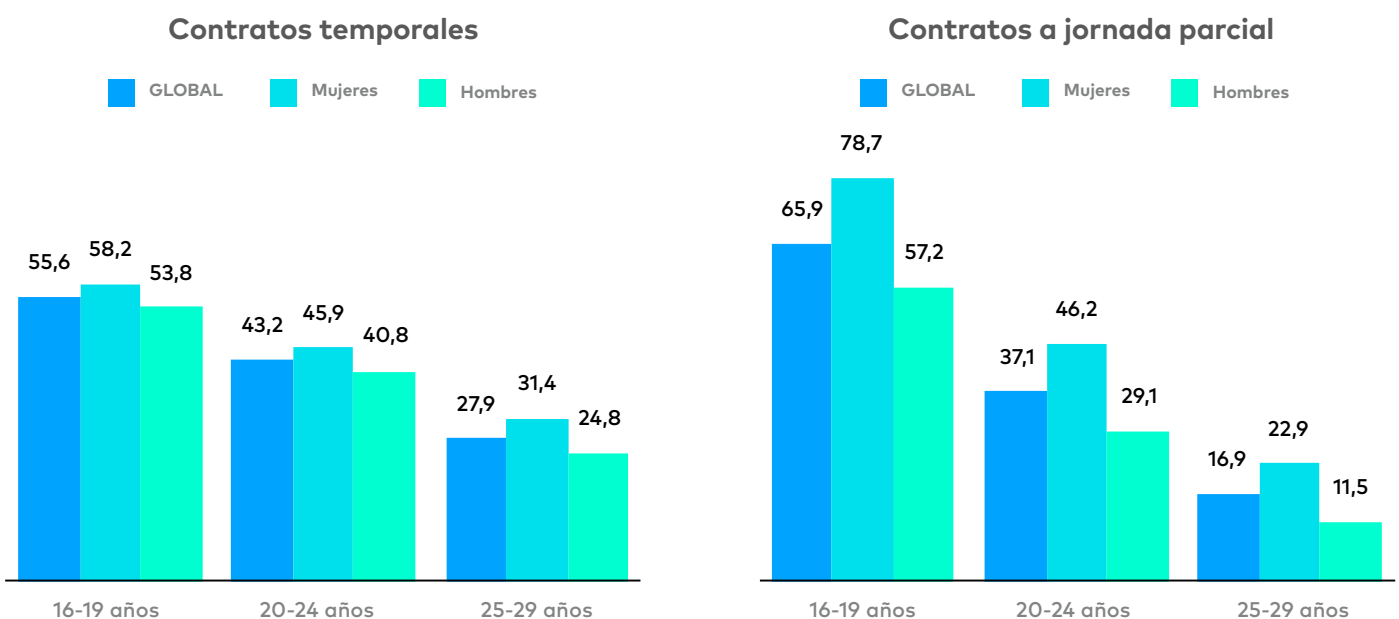
FIGURA 14. Tasa de desempleo juvenil entre jóvenes de 16 a 29 años. Datos por género y edad. 2023 (%).



Fuente: Encuesta de población activa (INE, 2023-T4).

Además del desempleo, el análisis de las **condiciones laborales** nos muestra un mercado de trabajo juvenil marcado por la **estacionalidad y temporalidad** –generalizándose los contratos temporales frente a los indefinidos–, una elevada parcialidad en el empleo –siendo habituales los trabajos a tiempo parcial, frente a los empleos a jornada completa– y unos salarios más reducidos que el resto de trabajadores. Teniendo esto en cuenta, se aprecia una «situación estructural de precarización del mercado laboral, ligada a la expansión del capitalismo global y a las políticas neoliberales» (Echaves y Echaves, 2017: 17)⁴⁰ que afecta especialmente a las generaciones más jóvenes y que se ha mantenido en los últimos años, a pesar de la recuperación del mercado de trabajo tras la pandemia.

FIGURA 15. Tasa de contratos temporales y a jornada parcial juvenil. Datos por género y edad. Año 2023 T4 (%).



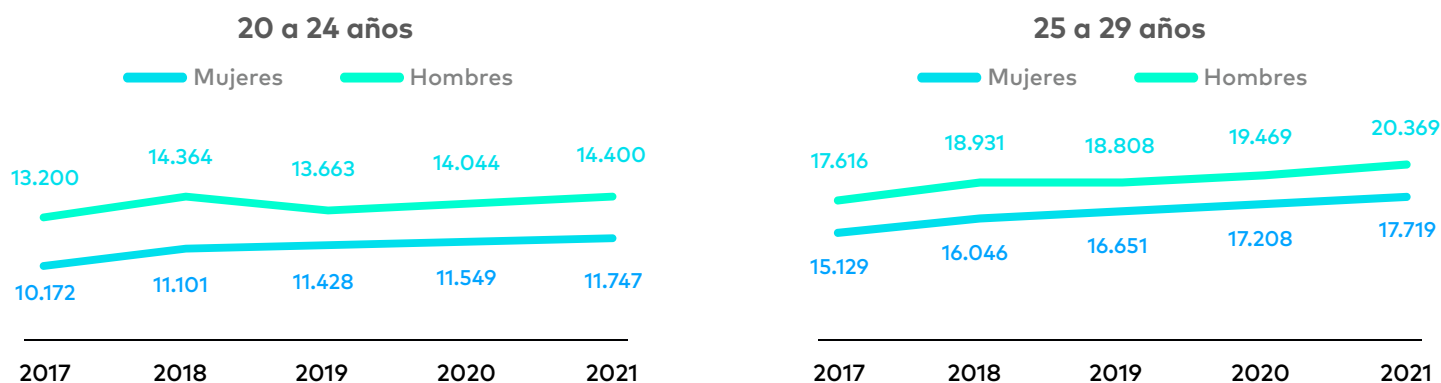
Fuente: Encuesta de Población Activa (2023-T4). Instituto de Estadística.

⁴⁰ Ibidem.

En cuanto a la **temporalidad** en el empleo, los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA (4o trimestre de 2023) muestran que, del total de trabajadores/as asalariados/as, el 83,5% tienen contratos indefinidos permanentes, mientras que únicamente el 16,49% tienen contratos temporales. Entre la juventud, sin embargo, la temporalidad es mucho mayor en todos los grupos de edad, alcanzando el 55,61% entre los 16 y 19 años, el 43,19% entre los 20 y 24 años y el 27,93% entre los 25 y 29 años. Por género, en todos los grupos de edad se observa una mayor temporalidad en las mujeres. Entre los 16 y 19 años (58,17% ellas y 53,79% ellos), entre los 20 y 24 años (45,86%, 5 p.p. más que los hombres) y entre los 25 y 29 años (31,39 p.p., 7 p.p. más que los hombres).

Con respecto a la **parcialidad**, es decir, la proporción de contratos de jornada parcial, del total de trabajadores, solo un 13,5% tienen jornadas a tiempo parcial. Sin embargo, entre la juventud la parcialidad es más elevada en todos los grupos etarios: afecta al 65,9% entre los 16 y 19 años, al 37,1% entre los 20 y 24 años y al 16,9% entre los 25 y 29 años. Por género, el desarrollo de jornadas a tiempo parcial es mayor en las mujeres en todos los grupos de edad: afecta al 78,7% de las trabajadoras entre los 16 y 19 años (+11,6 p.p. que los hombres), al 46,2% de las mujeres entre los 20 y 24 años (+17 p.p. que los hombres) y al 22,9% de las mujeres trabajadoras entre 25 y 29 años (+11 p.p. que los hombres). Del total de jóvenes de 16 a 29 que trabajan con un contrato a jornada parcial (813 mil jóvenes), un 40,7% lo hace para compaginar el trabajo con cursos de enseñanza o formación y un 42,6% porque no ha podido encontrar un trabajo de jornada completa.

FIGURA 16. Salario bruto anual medio entre jóvenes de 20 a 29 años. Datos de género y edad. Evolución 2017-2021 (euros, €).



Fuente: Encuesta anual de estructura salarial (2017 – 2021). Instituto Nacional de Estadística.

Con respecto a la **evolución de la masa salarial**, entre 2017 y 2021 se ha producido un aumento sostenido de los salarios en España, muy vinculado a las sucesivas subidas del salario mínimo interprofesional, que ha pasado de 707 euros mensuales de 2017 a los 1.134 euros mensuales en 2024 (La Moncloa, 2024)⁴¹. De este modo, según los datos de la última Encuesta anual de estructura salarial (INE, 2017-2021), el salario bruto anual medio para el total de trabajadores es de 25.896€ en 2021, habiéndose producido un aumento de 2.250 euros (un 9,5%) con respecto a 2017. No obstante, el aumento de los salarios no se ha traducido en un incremento del poder adquisitivo de la población, sino que se ha visto absorbido por el enorme incremento de la inflación entre 2021 (IPC del 3,1%) y sobre todo 2022 (IPC del 8,2%), por lo que se calcula una pérdida de poder de compra del 4% solo en 2022 y de un 7% desde 2008 (Sánchez Hidalgo, 2023). En 2023, la inflación ha seguido por encima del 3,2% durante gran parte del año, si bien algunos organismos señalan que, para comienzos de 2024, se prevé que la subida de los salarios supere finalmente a la subida de los precios (Arcos, 2023)⁴².

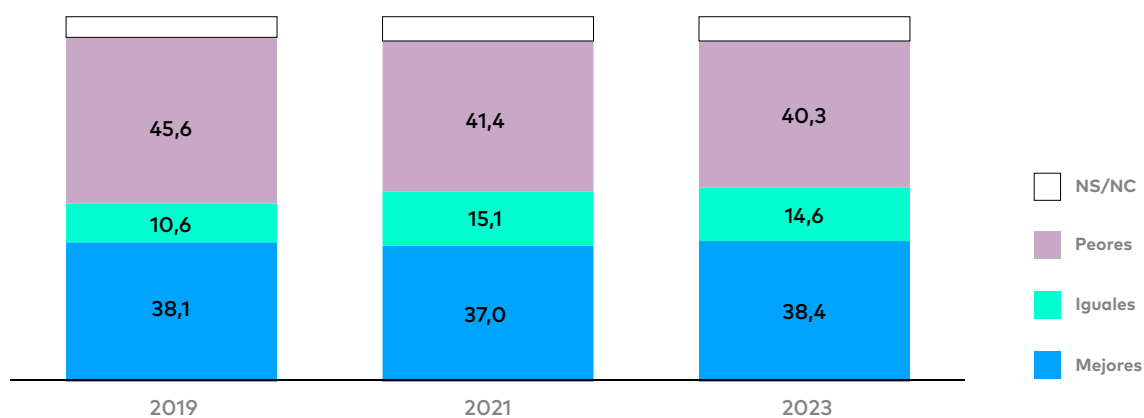
⁴¹ Recuperado el 07/02/2024 de: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/trabajo14/Paginas/2023/140223-salario-minimo-interprofesional.aspx>

⁴² Arcos, J. M. (27 de septiembre de 2023). Los salarios superarán a la inflación ya en 2024, cuando las nóminas mejorarán un 4%. El Economista. <https://www.economista.es/economia/noticias/12463254/09/23/los-salarios-superaran-a-la-inflacion-ya-en-2024-cuando-las-nominas-mejoraran-un-4-.html>

Los efectos de la inflación son especialmente agudos entre las personas jóvenes, pues además de no incrementarse con la misma intensidad que el promedio de salarios sus **salarios son más reducidos** que el del total de trabajadores: en 2021, entre los 20 y 24 años el salario promedio ha sido de 13.224 euros brutos anuales, con un aumento de 1.449 euros desde 2017 (un 12,3%), mientras que entre los 25 y 29 años el salario fue de 19.089 euros, con un aumento de 2.648 euros (un 16,1%) desde 2017. Por lo tanto, si bien en términos relativos los salarios de las personas jóvenes han aumentado comparativamente más que los salarios del conjunto de trabajadores, en términos absolutos este incremento solo es mayor entre los 25 y 29 años, mientras que el salario de los grupos de 20 a 24 años ha crecido menos que el del conjunto de trabajadores (1.449 euros frente a 2.250 euros). En cuanto al poder adquisitivo, según se estimaba en el estudio realizado por el Consejo de la Juventud en España y Oxfam Intermón, en 2022, «en términos reales, la caída de poder adquisitivo de los y las menores de 35 años con respecto a 2006 ha sido de un 17% para jóvenes entre 16 y 24 años y un 10% para las personas entre 24 y 34 años»⁴³. Por género, el salario anual promedio de las mujeres jóvenes es entre 2.500 y 3.000 euros más bajo que el de los hombres: 10.775 euros anuales entre los 20 y 24 años y 16.440 euros anuales entre los 25 y 29 años. Por lo tanto, la situación de las mujeres es estructuralmente peor a la de los hombres, independientemente de la edad y a pesar de la mejora salarial de los últimos años.

A la hora de pensar en sus oportunidades laborales, la **comparación con las generaciones pasadas** muestra una panorámica de enorme ambivalencia y polarización de opiniones, que además apenas ha variado en los últimos años. En la actualidad, alrededor de 2 de cada 5 jóvenes (40,3%) consideran que sus oportunidades laborales son peores que las que tuvieron sus progenitores, pero una proporción solo ligeramente inferior (38,4%) considera que son mejores. En este contexto de polarización, solo un 14,6% considera que las oportunidades son similares a las que había antes. Con respecto a la evolución, entre 2019 y 2023 únicamente se ha reducido muy ligeramente la proporción de jóvenes que creen que las oportunidades son peores, pasando del 45,6% en 2019 al 40,3% en 2023, mientras que la proporción de jóvenes que creen que son mejores se ha mantenido estable.

FIGURA 17. Percepción de las oportunidades laborales en comparación con sus progenitores entre jóvenes de 15 a 29 años. Evolución 2019-2023 (%).

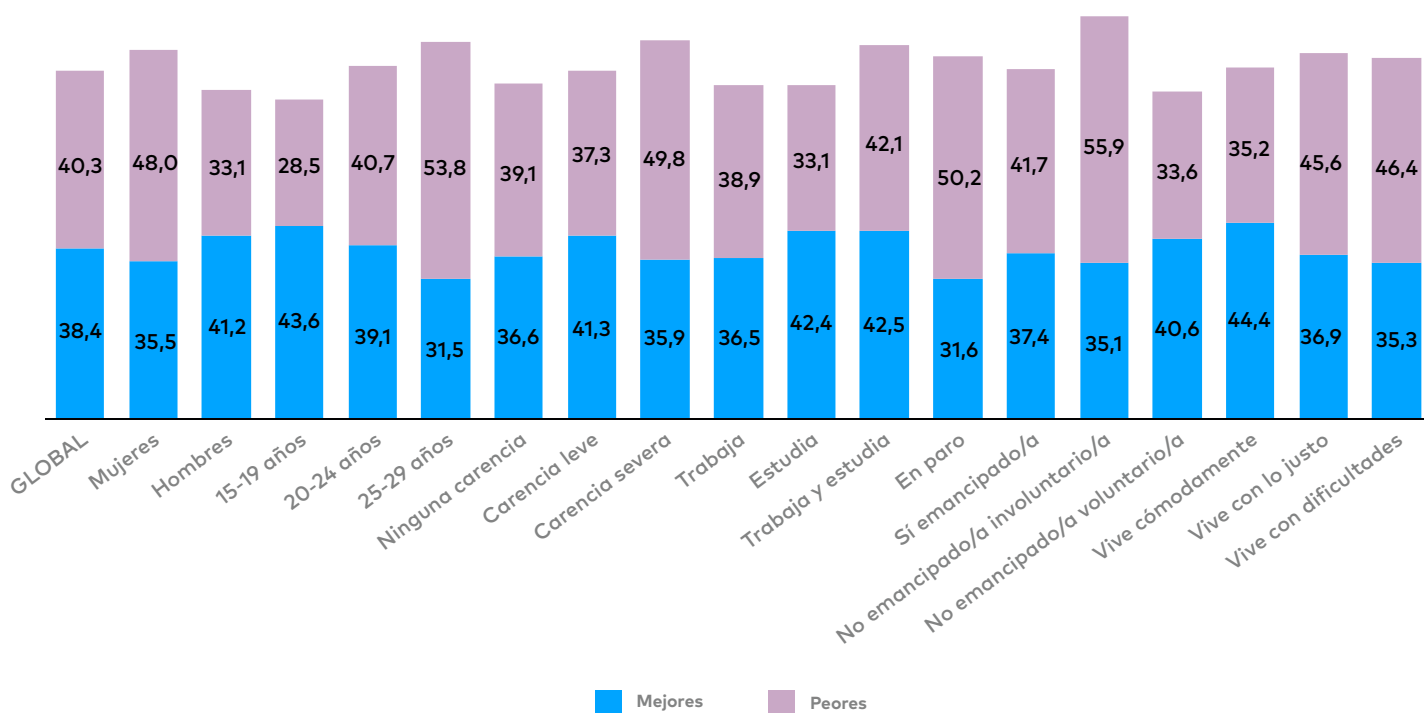


Fuente: Barómetro Juvenil (2019) / Barómetro Juventud, Salud y Bienestar (2021, 2023). Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

⁴³CJE y Oxfam Intermón (2022). La maldición de la eterna juventud. Madrid: Consejo de la Juventud de España / Oxfam Intermón. <https://juventudmaldita.com/>

Por **género**, las mujeres tienen una visión mucho más negativa que los hombres sobre sus oportunidades laborales: el 48% de las mujeres, frente al 33,1% de los hombres, considera que son peores que las de sus progenitores. Los salarios de las mujeres jóvenes son menores que los de los hombres jóvenes. De media entre 2010 y 2019, el salario de los jóvenes es un 17% mayor que el de las jóvenes, evidenciando que la brecha de género no es solo una cuestión de techo de cristal, sino que también entra en juego un suelo pegajoso pues los efectos socioeconómicos se aprecian desde edades tempranas⁴⁴. Por **edad**, la percepción es más negativa conforme ésta aumenta: más de la mitad de jóvenes entre 25 y 29 años consideran que las oportunidades laborales son peores que en el pasado, frente a únicamente el 28,5% de los grupos entre 15 y 19 años; por el contrario, el 31,5% de jóvenes de edades entre 25 y 29 años creen que éstas oportunidades son mejores, frente al 43,6% de población joven entre 15 y 19 años. Finalmente, tomando en consideración la **situación socioeconómica**, destaca cómo la mitad de jóvenes con carencias severas creen que las oportunidades son peores que en el pasado, frente al 37,3% de quienes sufren carencias leves y el 39,1% de quienes no las sufren. En este sentido, resulta reseñable que el grupo más optimista es el que sufre carencias leves, pues el 41,3% piensan que las oportunidades son mejores que en el pasado, frente al 36,6% de quienes no sufren carencias y el 35,9% de quienes las sufren.

FIGURA 18. Percepción de las oportunidades laborales en comparación on sus progenitores entre jóvenes de 15 a 29 años. (en porcentaje). Datos de género, edad y carencia material (2023).



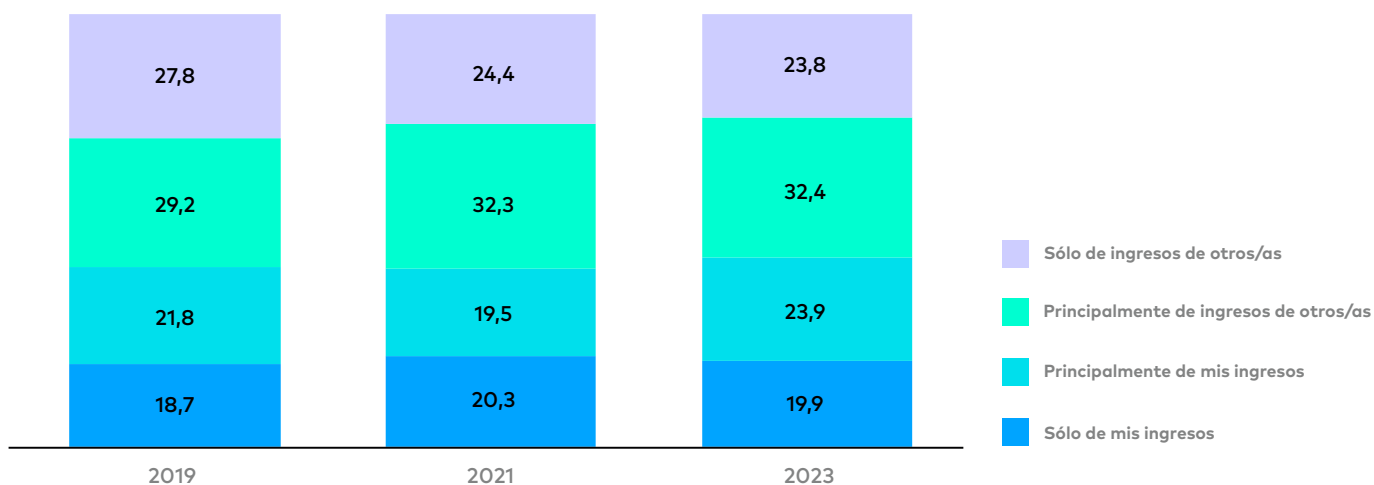
Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

SITUACIÓN ECONÓMICA PERSONAL

La situación económica de la juventud está marcada por la **dependencia familiar**, pues únicamente uno de cada cinco jóvenes (19,9%) declara vivir exclusivamente de sus ingresos. Además, un 23,9% de los jóvenes viven mayoritariamente de sus ingresos, pero con ayudas de otras personas, mientras que más de la mitad de jóvenes viven principalmente de los ingresos de otras personas y un 23,8% viven exclusivamente de los ingresos de otros, principalmente de la familia. En los últimos años los datos apenas han variado, pues únicamente se ha reducido sensiblemente la proporción de jóvenes que viven exclusivamente de los ingresos familiares, pasando del 27,8% en 2019 al 23,8% en 2023.

⁴⁴ Ibidem.

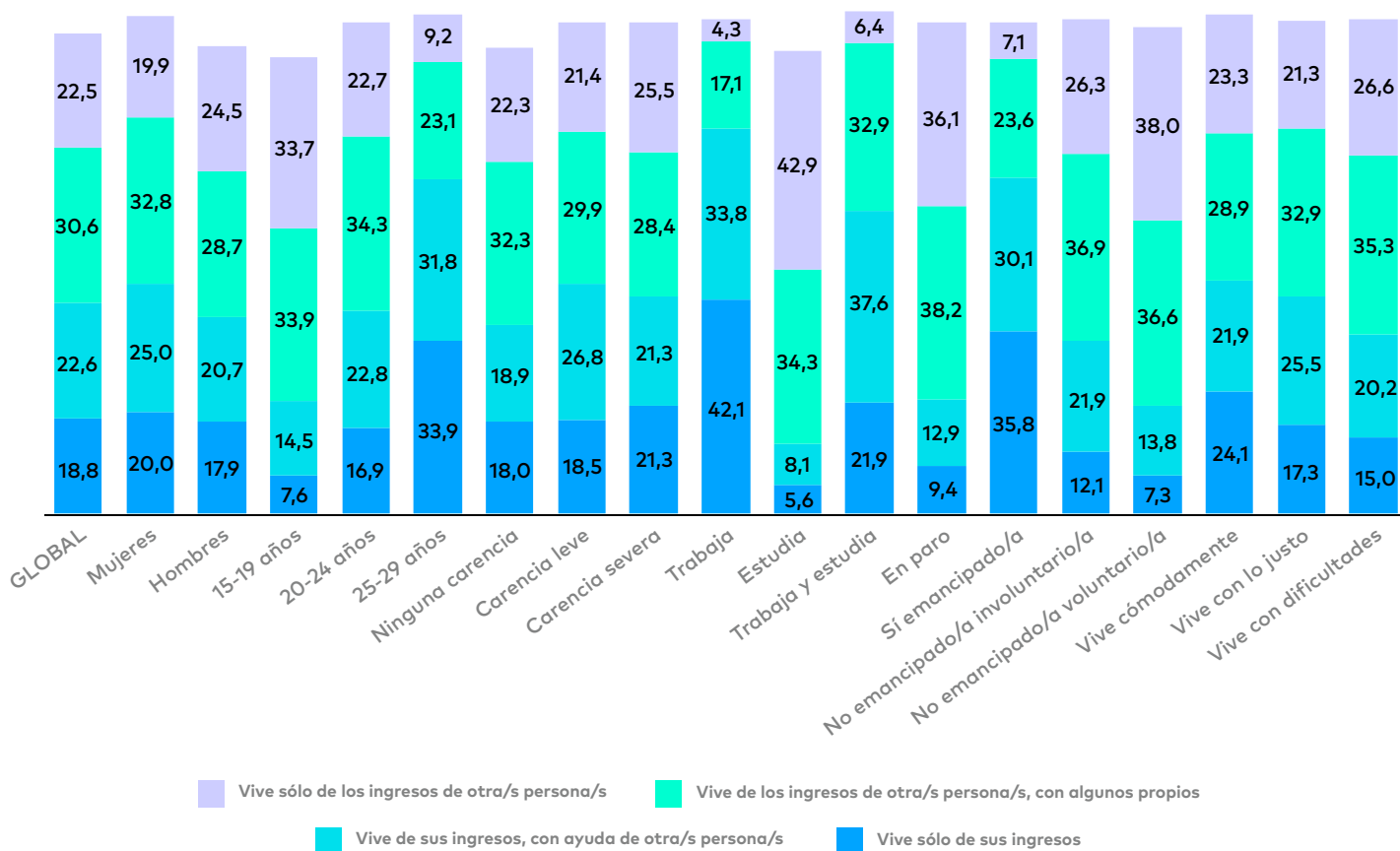
FIGURA 19. Autonomía económica entre jóvenes de 15 a 29 años (en porcentaje). Evolución 2019-2023.



Fuente: Barómetro Juvenil (2019) / Barómetro Juventud, Salud y Bienestar (2021, 2023). Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

En cuanto a las características sociodemográficas, la **autonomía económica de la juventud se vincula principalmente con la edad**, de forma que la proporción de jóvenes que viven de ingresos propios aumenta progresivamente entre los grupos de más edad: únicamente el 8,4% de los jóvenes entre 15 y 19 años viven exclusivamente de sus ingresos, frente al 17,5% de jóvenes entre 20 y 25 años y el 34,6% entre 25 y 29 años. Con todo, resulta significativo que únicamente una de cada tres jóvenes entre 25 y 29 años puede vivir exclusivamente de sus ingresos. Por **género**, apenas aparecen diferencias reseñables, si bien la proporción de hombres que vive exclusivamente de los ingresos familiares es superior a la de mujeres (26,7% frente a 20,3%). Por **carencia material**, el porcentaje de jóvenes con carencias materiales severas que se mantiene únicamente con ingresos de otras personas es del 26,4% (frente al 24,4% de jóvenes sin carencias materiales). No obstante, el porcentaje de jóvenes con carencia material severa que se mantiene solo de sus ingresos es del 22,1% (frente al 19,7% de jóvenes sin carencias materiales). Estos datos pueden resultar confusos puesto que parecen indicar que quienes sufren una carencia material severa tienen más autonomía económica que quienes no la sufren, sin embargo, podemos explicar estos datos partiendo de la hipótesis de que la carencia material se extiende al hogar familiar y esto fuerza a las personas jóvenes que la experimentan a generar sus propios recursos, sin que esto suponga un menor riesgo de exclusión social.

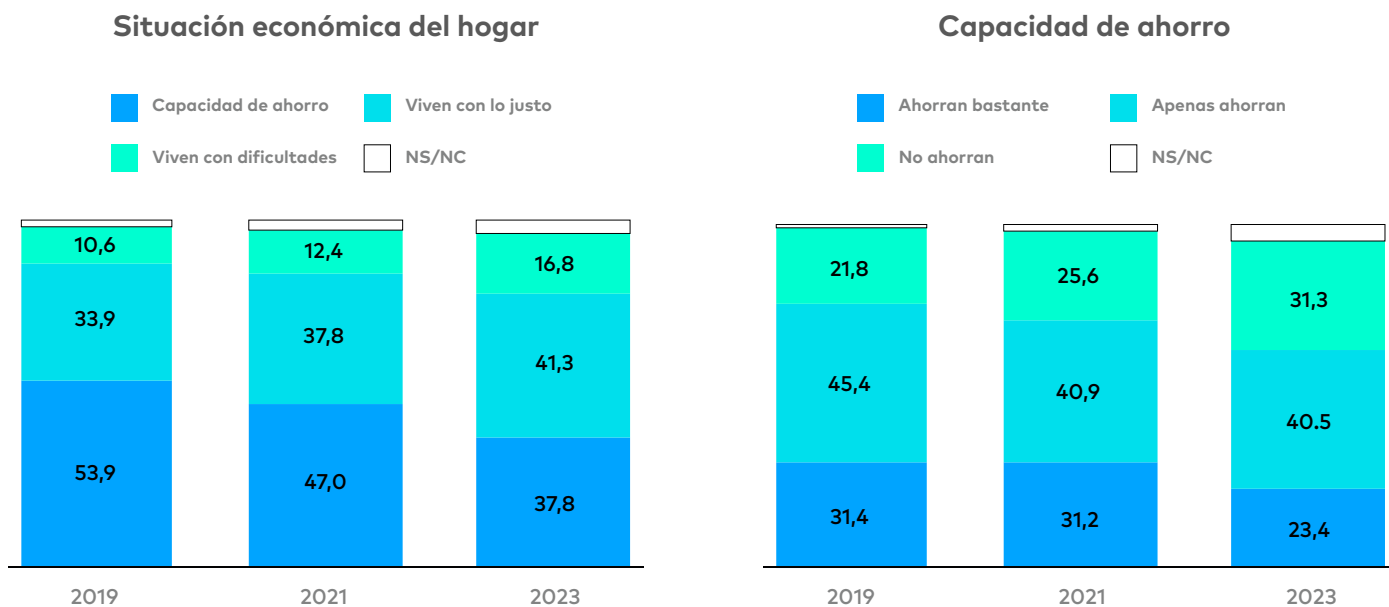
FIGURA 20. Autonomía económica entre jóvenes de 15 a 29 años. Datos por género, edad, carencia material, tipo de actividad, emancipación y situación económica del hogar. 2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Profundizando en la **situación económica del hogar** (teniendo en cuenta a todas las personas convivientes), durante la pandemia se ha **reducido la proporción de jóvenes que pueden vivir con comodidad**, de más de la mitad en 2019 (53,9%) a únicamente el 37,8% en 2023. Además, resulta significativa la pérdida de 10 p.p. entre 2021 y 2023, que supone un empeoramiento de las condiciones de vida en solo dos años para 1 de cada 10 jóvenes. Por otro lado, ha aumentado significativamente la proporción de jóvenes que viven con lo justo (del 33,9% en 2019 al 41,4% en 2023) y que tienen dificultades para vivir, de 1 de cada 10 jóvenes en 2019 a un 16,8% en 2023. La **capacidad de ahorro** personal también se ha reducido en los últimos 2 años: en 2021 el 31,2% de jóvenes podían ahorrar bastante, frente al 23,4% en 2023. En consecuencia, ha aumentado la cantidad de jóvenes que no pueden ahorrar nada, del 21,8% en 2019 al 31,3% en 2023.

FIGURA 21. Situación económica del hogar y capacidad de ahorro entre jóvenes de 15 a 29 años. Evolución 2019-2023 (%).



Fuente: Barómetro Juvenil 2019 / Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2021 y 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Por **género**, la proporción de hombres que viven con comodidad es sensiblemente superior a la de mujeres (41% frente al 33,1%). Con respecto a la capacidad de ahorro, un 25,6% de los hombres puede ahorrar bastante, frente al 21,2% de las mujeres. Por **edad**, nos encontramos con un empeoramiento de la percepción sobre la calidad de vida y la capacidad de ahorro a partir de los 25 años, derivado principalmente de las dificultades de las personas jóvenes para emanciparse y la enorme dependencia de la economía familiar. Así, mientras que el 41,8% de jóvenes entre 15 y 19 años señala vivir con comodidad, este porcentaje se reduce al 39,8% entre los 20 y 24 años, alcanzando el 31% entre los 25 y 29 años; además, más de 1 de cada 4 jóvenes entre 25 y 29 años señala vivir con dificultades. El ahorro sigue una tendencia muy similar, pues el 36,8% de las personas de 25 a 29 años señalan que no pueden ahorrar, frente al 25,4% entre los 20 y 24 años y el 31,9% entre los 15 y 19 años. De nuevo, la emancipación y el coste en el acceso a la vivienda son factores fundamentales que ayudan a explicar estas diferencias etarias.

Finalmente, la situación económica del hogar y la capacidad de ahorro de la juventud está estrechamente relacionada con sus **carencias materiales**. En este sentido, resulta interesante destacar cómo entre quienes sufren carencias severas, 2 de cada 3 viven con lo justo o con dificultades y solo un 10,8% pueden ahorrar una parte relevante de sus ingresos.

TABLA 4. Situación económica del hogar y capacidad de ahorro entre jóvenes de 15 a 29 años (en porcentaje). Datos de género, edad y carencia material (2023).

	GLOBAL	MUJERES	HOMBRES	15-19 AÑOS	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS	NINGUNA CARENCIA	CARENCIA LEVE	CARENCIA SEVERA
Situación económica del hogar									
Viven con comodidad	37,8	33,1	42,0	41,8	39,8	31,0	56,9	29,2	14,3
Viven con lo justo	41,3	44,4	38,7	34,4	41,6	49,1	29,5	51,0	46,0
Viven con dificultades	16,8	20,6	13,0	15,7	16,0	18,8	6,5	17,6	37,6
Capacidad de ahorro									
Ahorro bastante	23,4	21,2	25,6	28,1	23,0	18,3	33,9	18,6	10,8
Apenas ahorro	40,5	44,8	36,6	32,1	47,5	43,4	41,0	42,5	35,1
No ahorro	31,3	31,9	31,0	31,9	25,4	36,8	17,5	36,2	51,6

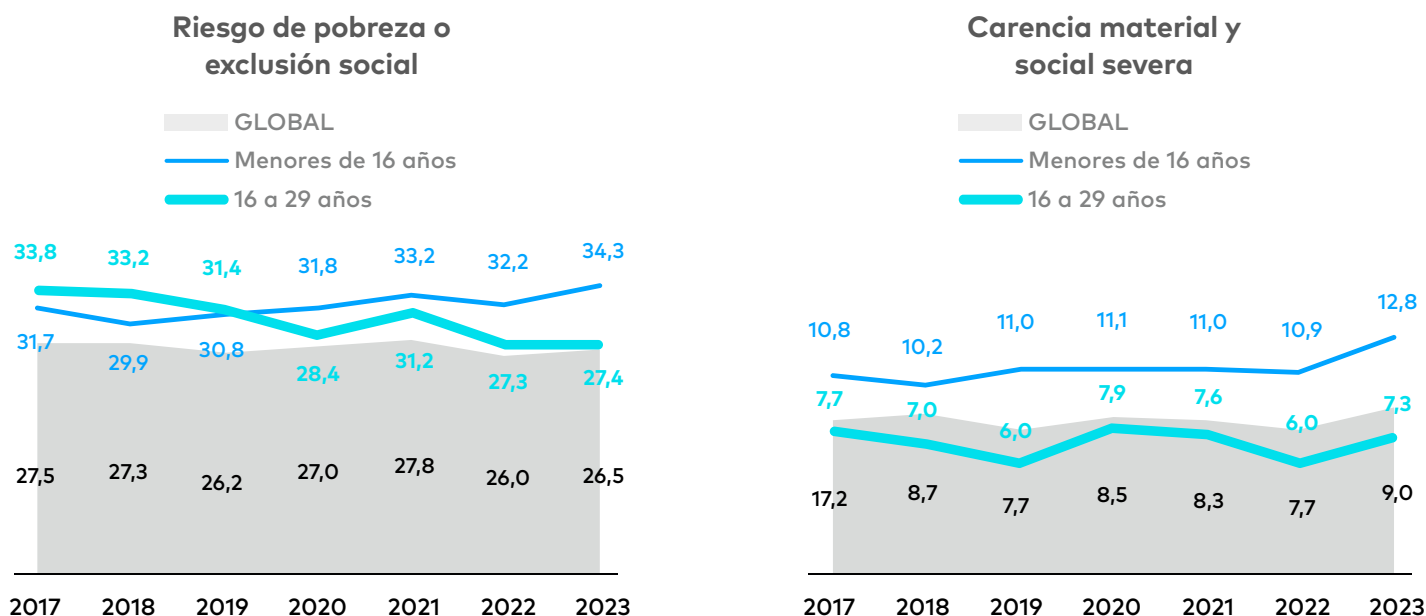
Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar (2023). Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL

Además de los indicadores laborales y socioeconómicos, desde el punto de vista de la **vulnerabilidad y exclusión social**, la situación de las personas jóvenes también es peor a la del resto de la población, debido al efecto combinado de la crisis económica de 2008 y la crisis pandémica de 2020, que ha llevado a algunos autores a acuñar el concepto de «jóvenes entre dos crisis» (Pueyo y Montero, 2021)⁴⁵. De hecho, en el reciente informe FOESSA dedicado a las consecuencias de la pandemia en la población, Sánchez Salmerón (2022)⁴⁶ defiende que la población joven debería ser considerada un grupo social vulnerable, pues los efectos negativos de la pandemia han afectado de manera más significativa a los grupos más jóvenes, incrementando la brecha generacional con el resto de la población. En ese sentido, «el incremento de las tasas de exclusión (...) ha consolidado la brecha generacional que ya existía antes de la pandemia, especialmente con la población más mayor. Todo ello culmina en que la exclusión social en nuestro país sigue un claro gradiente etario que afecta a los individuos más jóvenes» (Sánchez Salmerón, 2022: 325)⁴⁷.

Atendiendo a los datos de la *Encuesta de Condiciones de Vida* (INE, 2017-2022), se aprecia cómo la proporción poblacional en **riesgo de pobreza y exclusión social** (tasa AROPE) disminuye con la edad: en 2022, el 32,2% de los menores de 16 años y el 27,3% de la población joven entre 16 y 29 años se encuentra en riesgo, frente al 26% del total población. De hecho, el riesgo de pobreza y exclusión social es especialmente bajo entre los mayores de 65 años, situándose en el 21%. Por **género**, el 27,9% de las mujeres jóvenes, frente al 26,9% de los hombres jóvenes, se encuentran en riesgo de pobreza o exclusión. Además, atendiendo a la evolución en los últimos años, se percibe una pequeña reducción de la vulnerabilidad entre 2017 y 2020, pasando del 33,8% en 2017 al 28,3% en 2020. Sin embargo, debido a la crisis ocasionada por la pandemia, en 2021 la proporción de jóvenes en riesgo de vulnerabilidad aumentó al 31,2%, si bien en 2022 se ha reducido significativamente hasta el 27,3%.

FIGURA 22. Riesgo de pobreza y exclusión social y carencia material y social severa (tasa arope)⁴⁸. Datos de género y edad. Evolución 2017-2022 (%).



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (INE, 2017 – 2022).

Si atendemos a la población con **carencias materiales y sociales severas**, la población más vulnerable es la más joven. De acuerdo con el último dato de 2022, pues el 10,9% de las personas menores de 16 años se encuentran en riesgo de carencia severa, frente al 6% de jóvenes de 16 a 29 años. De nuevo, el efecto de la pandemia se observa especialmente en los años 2020 y 2021 (7,9% y 7,6% de carencia material severa), pero la situación en 2022 ha mejorado significativamente entre la población joven (no así entre los menores de 16 años). Por lo tanto, el análisis de los datos muestra que los efectos de la crisis ocasionada por la pandemia afectaron significativamente más a las generaciones más jóvenes, pero también se aprecia una significativa mejora de su situación en 2022 una vez superados los efectos más agudos de la pandemia. Con todo, resulta relevante la situación especialmente vulnerable de los menores de 16 años, que podría ahondar en la brecha generacional en el futuro.

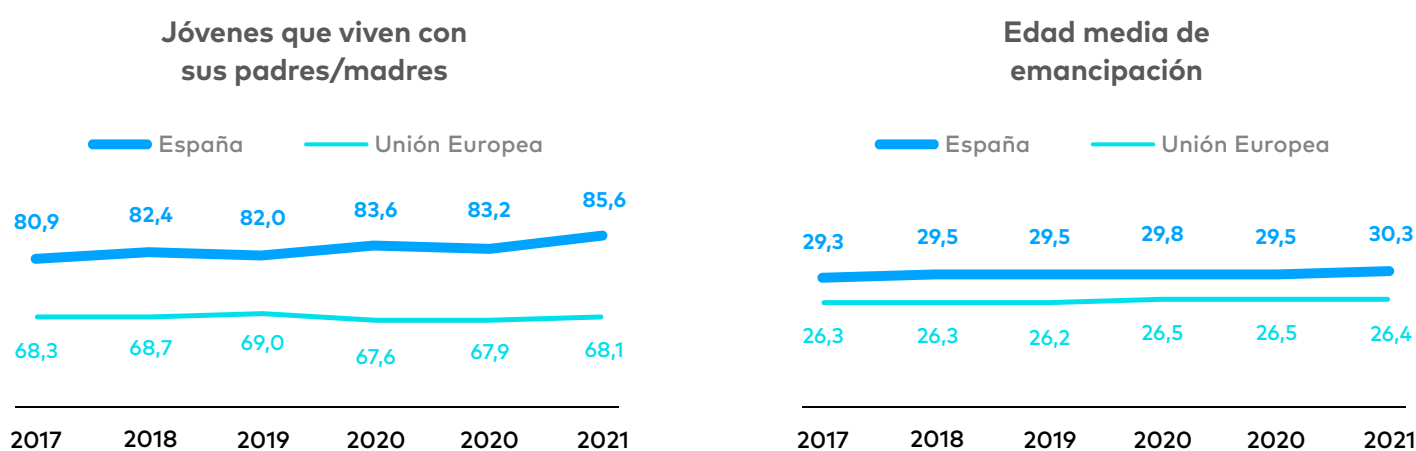
⁴⁸ La Tasa de Riesgo de pobreza y/o exclusión social emplea un concepto multidimensional basado en términos monetarios, transferencias sociales, carencias materiales y baja intensidad laboral. La tasa de carencia material se construye atendiendo a los hogares en los que no hay acceso a cuatro o más conceptos de un total de nueve considerados esenciales por la Unión Europea. Se puede observar el modo en el que se construyen estos indicadores en el Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLLayout

EMANCIPACIÓN Y ACCESO A LA VIVIENDA

La posibilidad de emanciparse constituye una de las barreras fundamentales que experimentan las personas jóvenes para poder desarrollar un proyecto de vida. En España, en 2022 el **85,7% de la población joven entre 16 y 29 años vivía en casa de sus padres**, mientras que el promedio de la Unión Europea se sitúa 17 p.p. por debajo (68,1%). Los datos de España se sitúan entre los peores de la UE, solo por detrás de Croacia (90,3%), de Italia (87,2%) y Eslovaquia (86,5%). Además, mientras que en el contexto europeo se aprecia una estabilidad en la proporción de jóvenes que viven en el hogar de procedencia, en el caso de España encontramos un aumento que se ha intensificado entre el 2017 y el 2022, pasando del 80,9% al 85,6%. Por **género**, encontramos unos **niveles de emancipación mayor entre las mujeres jóvenes**, pues en 2022 el 82,9% de las mujeres, frente al 88,4% de los hombres, vivían con sus progenitores.

En consonancia, si atendemos a la **edad media de emancipación** de la juventud en España, en 2022 se sitúa por primera vez en la serie histórica (desde el año 2000) por **encima de los 30 años**, mientras que en el caso de la Unión Europea se ha mantenido estable entre los 26,2 y los 26,5 años. De nuevo, en el caso español se aprecia un empeoramiento de la situación entre 2021 y 2022, pasando de un promedio de 29,5 años a 30,3 años; una tendencia en la que confluyen la precariedad e inestabilidad del mercado laboral juvenil con las dificultades para acceder a una vivienda, ya sea en régimen de compra o de alquiler. Por género, en España la edad media de emancipación es ligeramente inferior en el caso de las mujeres (29,5 años), en comparación con los hombres (31 años).

FIGURA 23. Tasa de jóvenes que viven con sus padres entre jóvenes de 16 a 29 años y edad media de emancipación en España y la unión europea. Evolución 2017-2022 (% , Promedio).

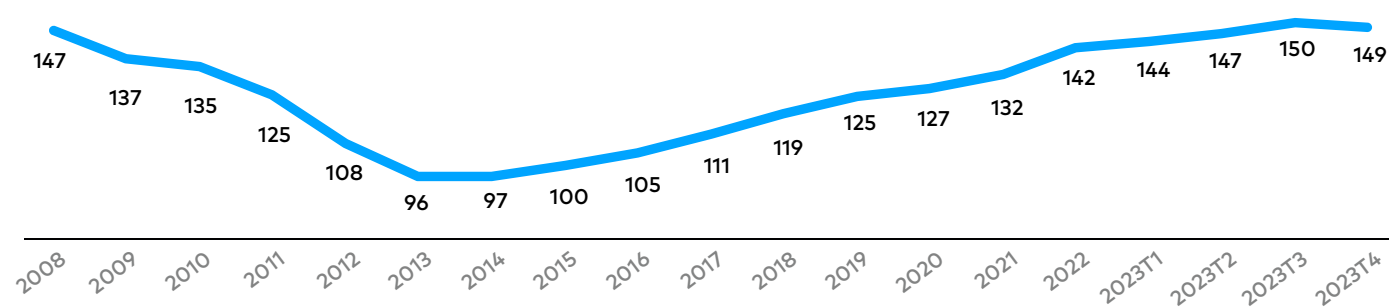


Fuente: Eurostat (2017 – 2022) / Encuesta de población activa (INE, 2017 – 2022).

La **evolución del precio de la vivienda** está marcada por un incremento sostenido en la última década que ha recuperado los valores de la burbuja inmobiliaria que condujo a la crisis de 2008. A partir de los datos del Índice de Precios de Vivienda (IPV) (INE, 2008-2023) en base de 2015, se parte de un valor en 2008, en plena burbuja inmobiliaria, de 147. Durante la crisis se produjo una reducción de los precios, alcanzándose el mínimo en 2012, con un IPV de 96. A partir de entonces se ha producido un incremento sostenido, de forma que en 2022 encontramos un IPV de 142, lo que supone un incremento del 47,9% en 10 años. Los datos trimestrales de 2023 continúan la tendencia alcista, con un valor del IPV de 150 en el tercer trimestre de 2023, es decir, nos encontramos con unos valores similares e incluso superiores a los de la burbuja inmobiliaria. Los datos de precios proporcionados por los portales inmobiliarios⁴⁹ también muestran un incremento sostenido del precio de la vivienda en venta desde 2017, pasando de 1.510 €/m² en enero de 2017 a 2.004 €/m² en agosto de 2023, lo que supone un incremento del 33% (el 7,2% solo en el último año). La única excepción a la tendencia alcista la encontramos durante la pandemia, pues se produjo una ligera reducción del precio entre marzo y junio de 2020.

⁴⁹ Idealista (2023). Evolución del precio de la vivienda en España. <https://www.idealista.com/sala-de-prensa/informes-precio-vivienda/>

FIGURA 24. Índice de precios de vivienda (IPV) en España (base 2015 = 100). Evolución 2008-2023.



Fuente: Índice de Precios de vivienda (IPV) (INE, 2008-2023).

A la escalada del precio de las viviendas se une, en los últimos 2 años, la **subida del coste de las hipotecas** derivada del aumento del Euribor y los tipos de interés debido a la política monetaria del Banco Central Europeo, lo que supone un encarecimiento de las cuotas hipotecarias de tipo variable y el incremento de los tipos de interés. De este modo, el Euribor ha pasado de estar en negativo entre 2019 y 2022 a escalar hasta los 4,07 puntos en tan solo un año, lo que se ha traducido en una subida de las cuotas hipotecarias mensuales de entre 200 y 300 euros en tan solo un año (Calavia, 15 de junio de 2023). En consecuencia, en solo cinco años «se ha pasado de la moderación de los precios a una aceleración que, a día de hoy, deja el coste de las casas a un nivel muy próximo a la burbuja inmobiliaria» (López, 15 de septiembre de 2023).

Las dificultades para acceder a una vivienda en propiedad ocasionan que la mayor parte de jóvenes emancipados vivan en régimen de alquiler. Según datos de la EPA (INE, 2022), mientras que el 75,9% de la población general viven en régimen de propiedad y solo un 18,1% en alquiler, en el caso de las personas jóvenes el 53,4% viven en régimen de alquiler y el 30,7% en régimen de propiedad. Sin embargo, los **alquileres también se han encarecido** considerablemente en los últimos años, como recoge el Índice de Precios de la Vivienda en Alquiler (IPVA) (INE, 2014-2021), que muestra un incremento del 12,4% en el conjunto del territorio español entre 2014 y 2021. Este incremento, unido a la subida generalizada de los precios derivada de la inflación, llevó al Gobierno de España a establecer un paquete de medidas extraordinarias que limitaban la subida de los alquileres en vigor al 2% para 2022 y 2023 (La Moncloa, 12 de enero de 2023). Sin embargo, los datos de los portales inmobiliarios (idealista, 2023) señalan que el aumento de precios ha continuado a lo largo de 2022 y 2023: entre agosto de 2021 y agosto de 2023 el precio medio se ha incrementado de 10,4 €/m² a 12,0 €/m², lo que supone una subida del 15%. Según datos del Consejo de la Juventud de España (CJE, 2022)⁵⁰, en promedio las personas jóvenes tendrían que destinar el 83,7% de sus ingresos netos para poder sufragar el coste del alquiler, cuando se recomienda no destinar más del 30%.

Finalmente, las personas jóvenes también sufren mayores **problemas relacionados con las condiciones habitacionales** del hogar y su entorno. Según los últimos datos publicados de la *Encuesta de Condiciones de Vida* (INE, 2020)⁵¹, el 33,1% de las personas jóvenes de entre 16 y 29 años sufren problemas de ruidos producidos por los vecinos (+10 p.p. frente al resto de la población), el 15,4% mencionan problemas de delincuencia o vandalismo (+1,3 p.p.) y el 14,4% problemas de contaminación (+2,4 p.p.). La imposibilidad de acceder a un préstamo hipotecario, derivada del incremento de los precios y de la precariedad del trabajo juvenil, unida al elevado precio de los alquileres, constituyen importantes barreras para la emancipación y el desarrollo de proyectos vitales entre las personas jóvenes. De este modo, «no solo la población joven encuentra dificultades para vivir de manera independiente por la conjunción de las dificultades laborales y el alto coste de la vivienda, sino que, además, quienes logran emanciparse afrontan mayores dificultades» (Sánchez Salmerón, 2022: 325-326)⁵².

⁵⁰ CJE (2022). Alianza por la Juventud. Una década por la juventud. Madrid: Consejo de la Juventud en España (CJE). <https://www.cje.org/alianza-por-la-juventud-un-pacto-inedito-por-los-derechos-de-las-personas-jovenes/>

⁵¹ INE (2020). Encuesta de Condiciones de Vida. Recuperado el 20/02/24 de https://www.ine.es/dynas/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&idp=1254735976608

⁵² Sánchez Salmerón, V. (2022). Una juventud que ha vivido ya dos crisis. En Ayala Cañón, L.; Laparra Navarro, M. y Rodríguez Cabrero, G. (Coords.). Evolución de la cohesión social y consecuencias de la covid-19 en España. Madrid: Fundación FOESSA (pp. 249-276).

PERSPECTIVAS Y EXPECTATIVAS DE FUTURO

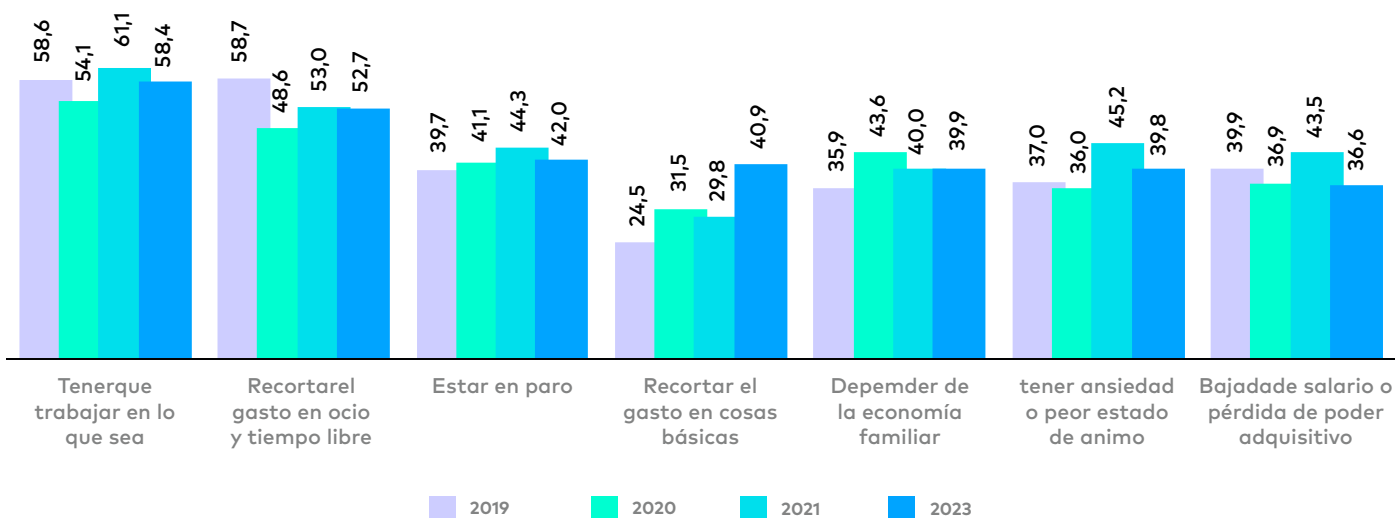
La **pandemia del COVID-19 afectó de manera particular a las expectativas y perspectivas de futuro** de las generaciones más jóvenes, pues supuso un retraso en el desarrollo de sus trayectorias biográficas y de sus proyectos de vida. Como muestra el estudio *De puertas adentro y de pantallas afuera* (Sanmartín et al., 2020), en el que se comparaban datos inmediatamente previos al confinamiento de marzo de 2020 con datos obtenidos cuando se estaba iniciando el primer desconfinamiento, en mayo del mismo año, entre la juventud aumentaron considerablemente las **sensaciones negativas** hacia el futuro, marcadas por la **incertidumbre** (34,3%; +8,6 p.p.), la ansiedad (20,3%; +8,0 p.p.) y el desánimo (13,1%; +5,9 p.p.). En consonancia, durante estos tres meses se redujeron la sensación de curiosidad (23,2%; -12,6 p.p.), la motivación (21,8%; -5,9 p.p.) y el entusiasmo (13,1%; -8,3 p.p.), mientras que la esperanza se mantuvo estable en torno al 30%. En todo caso, la distribución de estas sensaciones no es homogénea entre la juventud, pues las mujeres y los grupos de más edad «parecen manifestar de forma más aguda (...) algunas de las sensaciones más preocupantes: temor, incertidumbre, ansiedad y miedo»

(Sanmartín et al., 2020: 64). Así, el 43,6% de las mujeres y el 44,9% de jóvenes entre 25 y 29 años expresaba sensaciones de incertidumbre, frente al 26,4% de los hombres y el 24,7% de los grupos más jóvenes (15 a 19 años). Con respecto a la ansiedad, destaca significativamente entre las mujeres (26,7%), con respecto a los hombres (14%).

Tras la pandemia, el estudio *Jóvenes en pleno desarrollo y crisis pandémica* (Ballesteros et al., 2022) ha puesto de manifiesto cómo la **percepción de la juventud sobre el futuro continúa marcada por la incertidumbre**, pues la mayor parte de los encuestados señalaba que era probable que la pandemia transformará nuestra sociedad, pero no está claro qué tipo de cambios se producirán. Así, a pesar de un ligero aumento del optimismo de la juventud entre 2020 y 2022, «el mayor grado de acuerdo se observa en torno al empeoramiento de la situación económica (55,1%), la laboral (50,6%), el aumento de la desigualdad (49,8%) y la pérdida de libertades (49,6%)» (Ballesteros et al., 2022: 71). Del mismo modo, al reflexionar sobre el **impacto de la pandemia en sus vidas**, las personas jóvenes destacan un empeoramiento general de su calidad de vida, siendo los aspectos que han evolucionado más negativamente los que tienen que ver, por este orden, con la capacidad económica (67,4%), la salud mental (66,8%) y el acceso al mercado de trabajo (63%). En el resto de aspectos, como las relaciones sociales, la educación, la salud física, el ocio o el proyecto de vida, también sale a relucir un impacto negativo de la pandemia. Por ello, no resulta sorprendente que las principales **transformaciones políticas** que se consideran necesarias, de cara al futuro, tengan que ver con la atención a la salud mental (43,1%) y de las condiciones laborales (43,1%), seguida de la defensa de los servicios públicos (30,2%).

El pesimismo sobre el futuro también se manifiesta en las **situaciones que las personas jóvenes creen que es posible que deban enfrentar en los próximos años**. En la actualidad destaca principalmente la percepción entre la juventud de que tendrán que trabajar en lo que sea (58,4%) y tendrán que recortar el gasto en actividades de ocio y tiempo libre (52,7%). Sin embargo, otra serie de situaciones también presentan un grado de acuerdo elevado, como estar en paro (42%), el recorte del gasto en cosas básicas (40,9%), así como depender de la economía familiar (39,9%) y experimentar situaciones de ansiedad o peor estado anímico (39,8%). La situación que genera menos consenso es la bajada del poder adquisitivo, que aun así es mencionada por más de 1 de cada 3 jóvenes (36,6%). Atendiendo a la evolución entre 2019 y 2023, algunas de las situaciones se han mantenido bastante estables, como la aceptación de cualquier trabajo o estar en desempleo. Los recortes económicos en tiempo libre y ocio se redujeron entre 2019 (58,7%) y 2020 (48,6%), en el contexto de la pandemia, pero han aumentado ligeramente en años posteriores. Por el contrario, la percepción sobre tener que recortar gastos en alimentos y otros productos de primera necesidad en el futuro han aumentado de manera prácticamente constante, pasando del 24,5% en 2019 al 40,9% en 2023. También resulta destacable el aumento de la ansiedad en el contexto de la pandemia, que alcanzó su máximo en 2021 (45,2%), pero que en 2023 se ha reducido sensiblemente, aunque manteniéndose en la actualidad 3 p.p. por encima de la situación prepandémica.

FIGURA 25. Situaciones probables de cara al futuro entre personas jóvenes de 15 a 29 años (probabilidad alta de vivir la situación). Evolución 2019-2023 (%).



Fuente: Barómetro Juvenil 2019 / Jóvenes en pleno desarrollo y en plena pandemia / Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2021 y 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Por **género**, encontramos una visión más pesimista sobre la trayectoria y expectativas futuras entre las mujeres, que muestran un grado de acuerdo muy por encima de los hombres en todas las situaciones consideradas. Destaca especialmente el pronóstico de un peor estado anímico, señalado por la mitad de las mujeres y únicamente el 30,5% de los hombres, así como los recortes en ocio o el desempleo, que muestran diferencias alrededor de los 16 p.p. entre las mujeres y los hombres. Por **edad**, en términos generales encontramos una visión más pesimista conforme aumenta la edad de la juventud, siendo aquellas situaciones que generan más divergencias el recorte de gastos, tanto en ocio como en actividades diarias, la aceptación de una bajada de salario o la asunción de tener que trabajar en lo que sea. Además, resulta significativo que en torno al 45% de jóvenes de 20 a 29 años consideran probable tener problemas de estado anímico o ansiedad, mientras que entre los jóvenes de 15 a 19 años este porcentaje se sitúa en el 30,2%. Finalmente, de nuevo la **situación económica** correlaciona de manera inversa con el pesimismo, de forma que son justamente los grupos con mayores carencias materiales quienes asumen que tendrán que aceptar peores condiciones laborales, quienes tendrán que realizar recortes en su vida diaria y quienes creen probable tener peor estado anímico o ansiedad en los próximos años: la mitad de jóvenes con carencias severas, frente a menos de 1 de cada 3 jóvenes sin carencias materiales, consideran que tendrán un peor estado anímico en el futuro. En consecuencia, de nuevo nos encontramos con una asociación clara entre las condiciones materiales de vida y la salud mental de la población joven.

TABLA 5. Situaciones probables de cara al futuro entre jóvenes de 15 a 29 años (probabilidad alta de vivir la situación). Datos por género, edad y carencia material. 2023 (%).

	GLOBAL	MUJERES	HOMBRES	15-19 AÑOS	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS	NINGUNA CARENCIA	CARENCIA LEVE	CARENCIA SEVERA
Tener que trabajar en lo que sea	58,4	64,4	53,1	54,8	57,1	63,9	53,9	58,8	67,7
Recortar gasto en ocio y tiempo libre	52,7	61,4	44,7	45,9	53,9	59,6	49,5	52,7	59,9
Estar en paro	42,0	50,4	34,3	37,4	42,6	46,7	35,1	42,8	55,5
Recortar el gasto en cosas básicas	40,9	47,7	34,4	36,2	39,3	48,1	32,8	44,4	51,2
Depender de la economía familiar	39,9	43,6	33,9	35,0	43,3	42,2	38,7	38,6	45,6
Peor estado anímico, ansiedad	39,8	49,4	30,5	30,2	45,9	45,1	31,8	42,7	51,3
Bajada salario / poder adquisitivo	36,6	43,4	30,4	30,5	36,8	43,4	29,4	38,7	47,9

Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar (Kuric et al., 2023). Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Determinantes psicosociales

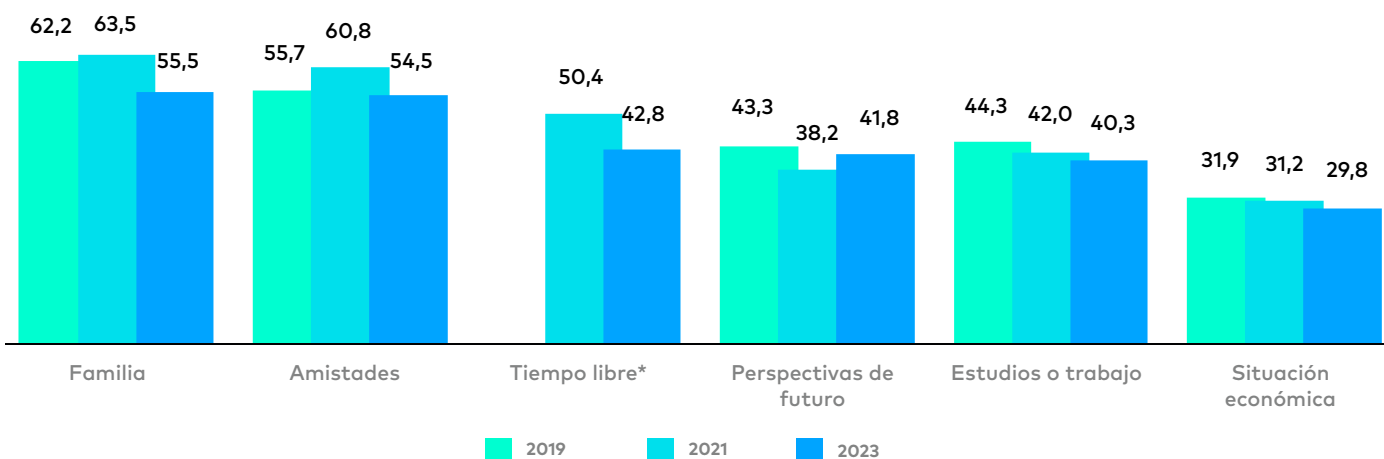
SATISFACCIÓN DE DIFERENTES ASPECTOS VITALES

En términos generales, entre la juventud encontramos un **nivel de felicidad declarado elevado** (Kuric et al. 2023)⁵³, que además se ha mantenido muy estable entre 2021 y 2023. En 2023, un 37,1 % (casi 4 de cada 10) de los jóvenes reportaron un nivel medio de felicidad, mientras que un 9,3 % manifestó un nivel bajo. Sin embargo, al desglosar estos porcentajes por género, se observa que los hombres son ligeramente más propensos que las mujeres a considerarse felices, con un 52,2% de hombres frente al 45,6% de mujeres. Por otro lado, la situación económica muestra una correlación positiva muy marcada con la felicidad auto percibida. El 58,8% de los jóvenes sin carencias materiales declararon una alta felicidad, en comparación con el 45% de aquellos con carencias materiales leves y el 34,9% de los que presentan carencias severas. Una vez más vemos como estos aspectos emocionales interseccionan con factores de desigualdad.

Profundizando en la **satisfacción con diferentes aspectos de la vida**, entre la juventud encontramos, en 2023, una **satisfacción elevada con sus relaciones sociales**: el 55,5% están satisfechos/as con su familia y el 54,5% con sus amistades. Le sigue la satisfacción con el tiempo libre, con las perspectivas de futuro y con sus estudios o trabajo, con una satisfacción elevada de alrededor del 41% de jóvenes. Finalmente, el aspecto que genera menos **satisfacción es la situación económica**, pues menos de 1 de cada 3 jóvenes están satisfechos con la misma. Si atendemos a la evolución de los últimos años, el efecto distorsionador de la pandemia del coronavirus se asocia con un aumento de la satisfacción con familiares y amistades entre 2019 y 2021, mientras que se producía una reducción de 5 p.p. en la satisfacción con las perspectivas de futuro. Para 2023, ha bajado tanto la satisfacción con las amistades –recuperando los valores de 2019– como con la familia –en este caso bajando a niveles inferiores a los de 2019–, mientras que la satisfacción con las perspectivas de futuro ha mejorado, pero se queda aún 1,5 p.p. por debajo de la situación prepandémica. Por otro lado, tanto la satisfacción con los estudios y el trabajo como la satisfacción con la situación económica se han reducido sensiblemente entre 2019 y 2023 –4 p.p. en el primer caso y 2,1 p.p. en el segundo–.

⁵³ Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A. (2023). Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: 10.52810.5281/zenodo.8170910

FIGURA 26. Satisfacción elevada con diferentes aspectos vitales entre jóvenes de 15 a 29 años. Evolución 2019-2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2019, 2021 y 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud. *Sin datos para 2019

Por **género**, entre las mujeres encontramos una mayor satisfacción con la familia (57,7%; +3,6 p.p.) y con las relaciones de amistad (56,6%; +3,7 p.p.), mientras que entre los hombres destaca una mayor satisfacción con el tiempo libre disponible (49,5%; +3,8 p.p.) y, en mayor medida, con sus perspectivas de futuro (45,1%; +6,5 p.p.) y con su situación económica (33,4%; +7,5 p.p.). De este modo, 1 de cada 3 chicos se muestran satisfechos con su situación económica, frente a únicamente 1 de cada 4 chicas. Por **edad**, la satisfacción con la familia mejora entre los grupos de mayor edad (51,8% entre los 15 y 19 años, frente al 59,4% entre los 25 y 29 años), mientras que la satisfacción con las perspectivas de futuro y la situación económica es ligeramente peor entre los 20 y 29 años. Finalmente, considerando las **condiciones materiales** de vida, nos encontramos con que la satisfacción con todos los aspectos vitales considerados es menor entre los grupos que sufren mayores carencias materiales. De esta forma, la posición socioeconómica de la juventud no afecta únicamente a cuestiones como las perspectivas de futuro o la percepción sobre la propia situación económica personal, sino que se asocia con una peor valoración de las relaciones interpersonales, del tiempo disponible, de los estudios y del trabajo.

TABLA 6. Satisfacción elevada con diferentes aspectos vitales entre jóvenes de 15 a 29 años. Datos por género, edad y carencia material. 2023 (%).

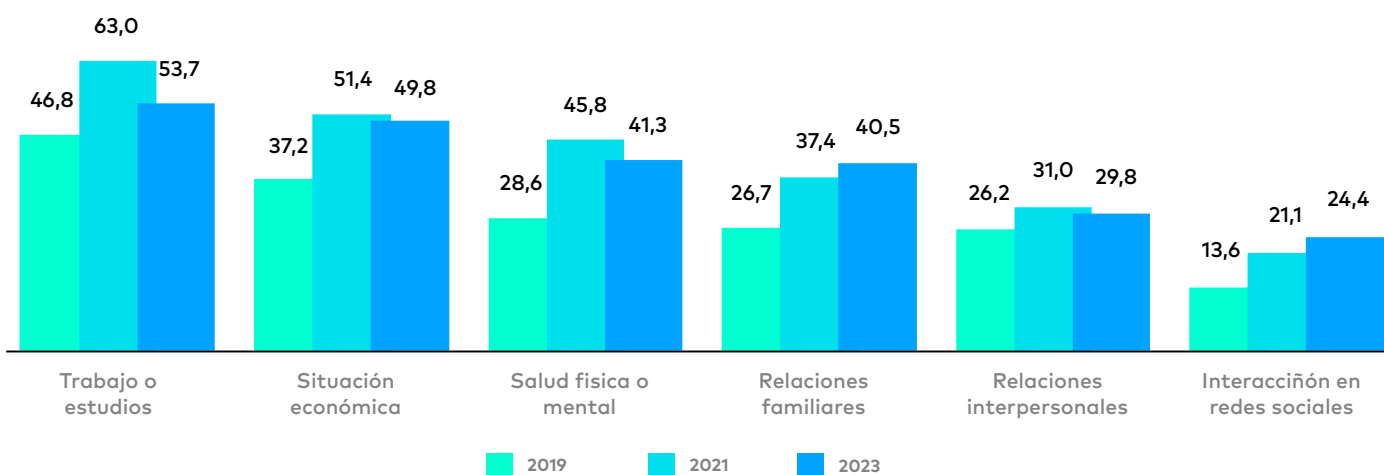
	GLOBAL	MUJERES	HOMBRES	15-19 AÑOS	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS	NINGUNA CARENCIA	CARENCIA LEVE	CARENCIA SEVERA
Familia	55,5	57,7	54,1	51,8	56,0	59,4	62,9	52,7	45,3
Amistades	54,5	56,6	52,9	55,5	51,2	56,7	59,9	53,2	45,6
Tiempo libre	47,6	45,7	49,5	48,8	46,0	47,6	50,6	47,2	41,5
Perspectivas de futuro	41,8	38,6	45,1	44,3	39,7	41,0	48,8	37,9	35,0
Estudios o trabajo	40,3	41,1	39,6	38,4	43,9	39,0	46,9	38,2	30,5
Situación económica	29,8	25,9	33,4	30,5	31,2	27,6	37,7	25,5	21,8

Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

ASPECTOS QUE GENERAN ESTRÉS

A continuación, mostramos diferentes **situaciones de la vida cotidiana que producen estrés** entre la juventud. En términos generales, encontramos un nivel elevado de estrés con **aspectos relacionados con las condiciones materiales** de vida de la juventud, como son el trabajo y/o los estudios (53,7%) y la situación económica personal (49,8%). Además, 2 de cada 5 jóvenes muestran un alto estrés con su salud física o mental (41,3%) y con sus relaciones familiares (40,5%), mientras que las relaciones interpersonales (29,8%) y la interacción en redes sociales (24,4%) presentan niveles de estrés más reducidos. En términos evolutivos, el efecto de la pandemia del coronavirus, que encontramos en 2021, afecta especialmente a los niveles excepcionales de estrés que experimentaron las personas jóvenes con su trabajo y sus estudios (del 46,8% en 2019 al 63% en 2021) y con la salud física y mental (del 28,6% en 2019 al 45,8% en 2021). En estos dos casos, en 2023 el nivel de estrés se ha reducido, pero sin volver a alcanzar los niveles prepandémicos. Por otro lado, el estrés con la situación económica aumentó significativamente entre 2019 (37,2%) y 2021 (51,4%), manteniéndose en 2023 prácticamente estable (49,8%). Finalmente, a pesar de ser el aspecto que genera menos estrés, también ha aumentado con las interacciones en redes sociales (del 13,6% en 2019 al 34,4% en 2023).

FIGURA 27. Situaciones de la vida cotidiana que producen estrés elevado entre jóvenes de 15 a 29 años. Evolución 2017-2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2019, 2021 y 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Por **género** encontramos un nivel de estrés superior entre las mujeres en todas las situaciones consideradas, con la excepción de la interacción en redes sociales. En todo caso, las situaciones que marcan más diferencias entre hombres y mujeres son las que tienen que ver con las condiciones materiales y la salud. Así, más del 60% de las mujeres muestran un estrés elevado con los estudios, el trabajo y la situación económica, mientras que los hombres se sitúan en torno a 20 p.p. por debajo en estos indicadores. Con respecto a la salud física y mental, casi la mitad de las mujeres, frente al 34,8% de los hombres, muestran un nivel de estrés elevado. Por **edad**, encontramos un grado de estrés más elevado entre los grupos de mayor edad en aspectos relacionados con los estudios, el trabajo y la situación económica (en este caso, el 60% presenta un estrés elevado entre los 25 y 29 años, frente al 38,9% entre los 15 y 19). En los menores de 25 años, destaca sensiblemente un mayor estrés hacia las relaciones familiares y la interacción en redes, si bien las diferencias son menos abultadas. Por **recursos materiales**, en consonancia con la tendencia presentada en este informe, entre los grupos con mayores carencias materiales encontramos un mayor grado de estrés con la situación económica personal (66,1%; +16,3 p.p. sobre el total de jóvenes), pero también hacia el estado de salud físico y mental (48,8%; +7,5 p.p.) y hacia las relaciones familiares (49,1%; +8,6 p.p. sobre el global). Por lo tanto, de nuevo se observa cómo la precariedad no afecta exclusivamente a indicadores económicos, sino que afecta a otras dimensiones de la calidad de vida de la juventud.

TABLA 7. Situaciones de la vida cotidiana que producen estrés elevado entre jóvenes de 15 a 29 años. Datos por género, edad y carencia material. 2023 (%).

	GLOBAL	MUJERES	HOMBRES	15-19 AÑOS	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS	NINGUNA CARENCIA	CARENCIA LEVE	CARENCIA SEVERA
Trabajo o estudios	53,7	63,1	45,0	49,3	57,6	54,9	56,6	50,1	55,3
Situación económica	49,8	61,2	39,4	38,9	52,3	60	40,5	51,8	66,1
Salud física o mental	41,3	48,7	34,8	39,9	41,9	42,4	40,2	39,2	48,8
Relaciones familiares	40,5	45,7	35,9	36,2	44,2	41,7	36,7	40,3	49,1
Relaciones interpersonales	29,8	31,5	28,4	30,2	27,8	31,6	30,8	28,3	31,1
Interacción en redes sociales	24,4	23,8	24,7	24,0	26,6	22,7	22,0	25,7	26,9

Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

SOLEDAD

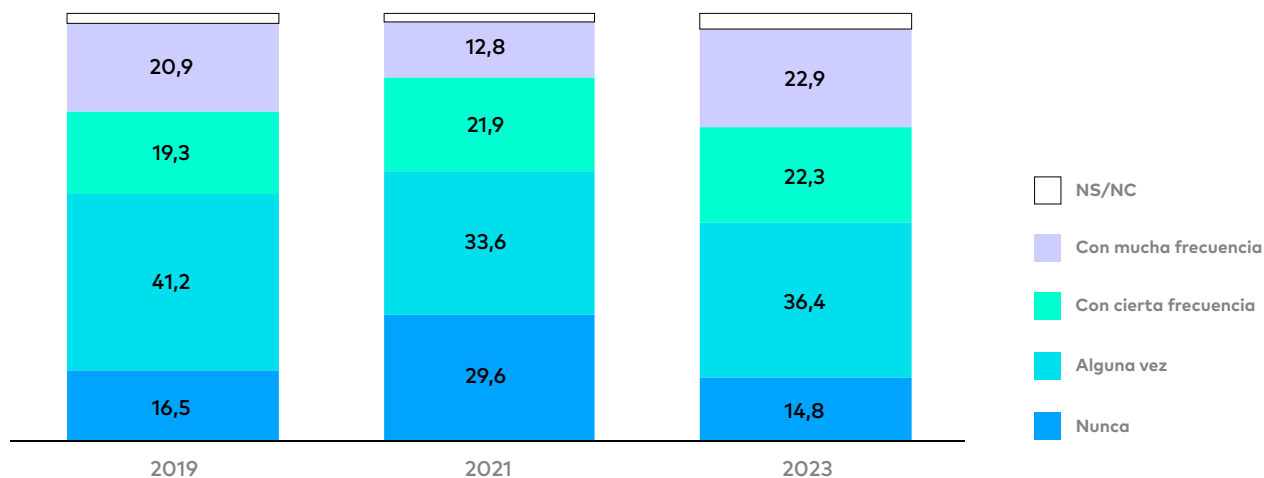
La **soledad no deseada** es una problemática social de enorme repercusión en los últimos años, pues se relaciona directamente con el desarrollo de malestares psicosociales y de salud mental. Aunque su estudio se ha centrado tradicionalmente en las personas mayores (Yusta Tirado, 2019)⁵⁴, también entre las personas jóvenes resulta relevante indagar en las experiencias y vivencias de soledad, pues la interacción social y la sociabilidad son aspectos fundamentales en el desarrollo de la personalidad, en la conformación de la propia identidad y para garantizar el bienestar psicológico de las personas jóvenes (Ruiz Villafranca et al, 2023)⁵⁵.

Así, los datos muestran cómo **la soledad es una experiencia bastante extendida entre la juventud, que además se ha incrementado ligeramente entre 2019 y 2023**: en 2019 solo un 16,5% de jóvenes indicaban no haberse sentido solos/as en el último año, porcentaje que se ha reducido al 14,8% en 2023. Entremedias, en 2021, el confinamiento ocasionado por la pandemia supuso, en el caso de las personas jóvenes, situaciones de convivencia forzada, principalmente en el entorno familiar, lo que explica que la percepción de no estar solos/as aumentara al 29,6%, si bien para 2023 los datos se han normalizado. En todo caso, en el último lustro también ha aumentado la frecuencia con la que se experimenta la soledad: el 20,9% de jóvenes se sentían solos/as en 2019 con mucha frecuencia, mientras que en 2023 este porcentaje se ha incrementado 2 p.p., hasta el 22,9%.

⁵⁴ Yusta Tirado, Rubén (2019). La soledad no deseada en el ámbito de la gerontología. Trabajo Social Hoy, 88, p.p. 25-42. <https://doi.org/10.12960/TSH.2019.0014>

⁵⁵ Raúl Villafranca et al (2023) Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. Fresno, Fundación ONCE y Ayuda en Acción. Recuperado el 22/03/24 de: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estudio%20soledad%20juvenil_V12_accesible.pdf

FIGURA 28. Sensación de soledad (en los últimos 12 meses) entre jóvenes de 15 a 29 años. Ecolición 2017-2023 (%).

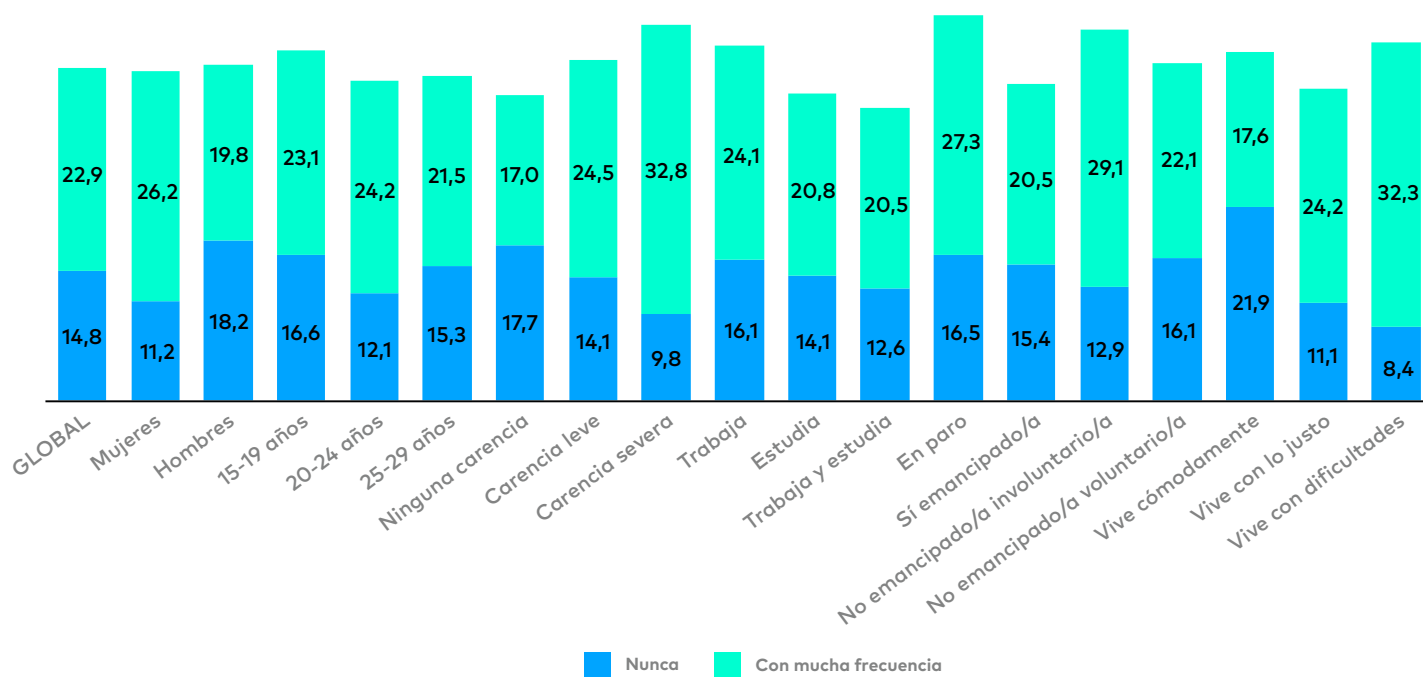


Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2019, 2021 y 2023 / Género, vivencias y percepciones sobre la salud (2021). Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Por **género**, hay una mayor proporción de mujeres que se sienten solas con mucha frecuencia (26,2% ellas, frente al 19,8% de los chicos), pero también es mayor la proporción de mujeres que nunca se han sentido solas (26,2%, frente al 19,8% de los chicos). Estos datos podrían indicar una mayor importancia subjetiva de las prácticas de sociabilidad entre las mujeres, lo que incide en una mayor frecuencia en la experimentación de sensaciones de soledad, en comparación con los hombres, que viven estas experiencias con menor frecuencia. Por **edad**, los grupos de edades intermedias (20 a 24) son los que se sienten solos con mayor frecuencia (24,2%), si bien las diferencias no son muy abultadas.

En cuanto a las **condiciones materiales** de vida, las experiencias de soledad están mucho más generalizadas entre las personas jóvenes más vulnerables: entre quienes sufren carencias severas, el 32,8% se han sentido solos/as con mucha frecuencia, duplicando el valor de quienes no sufren carencias (17%). Además, únicamente 1 de cada 10 jóvenes con carencias severas no se han sentido solos/as en los últimos 12 meses. El sentimiento de soledad también incide especialmente en las personas jóvenes que declaran vivir en **situaciones económicas difíciles**: sólo el 8,4% de jóvenes que viven con dificultades económicas en su hogar dice no sentir nunca soledad, además de que el 32,3% afirma que siente soledad con frecuencia. Siguiendo con cuestiones socioeconómicas, también se observa un fuerte impacto de la soledad en **jóvenes que no pueden emanciparse** (29,1% siente soledad con frecuencia) y quienes están **en paro** (27,3%).

FIGURA 29. Sensación de soledad (en los últimos 12 meses) entre jóvenes de 15 a 29 años. Datos por género, edad, carencia material, tipo de actividad, emancipación y situación económica del hogar. 2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

RED DE APOYO SOCIAL

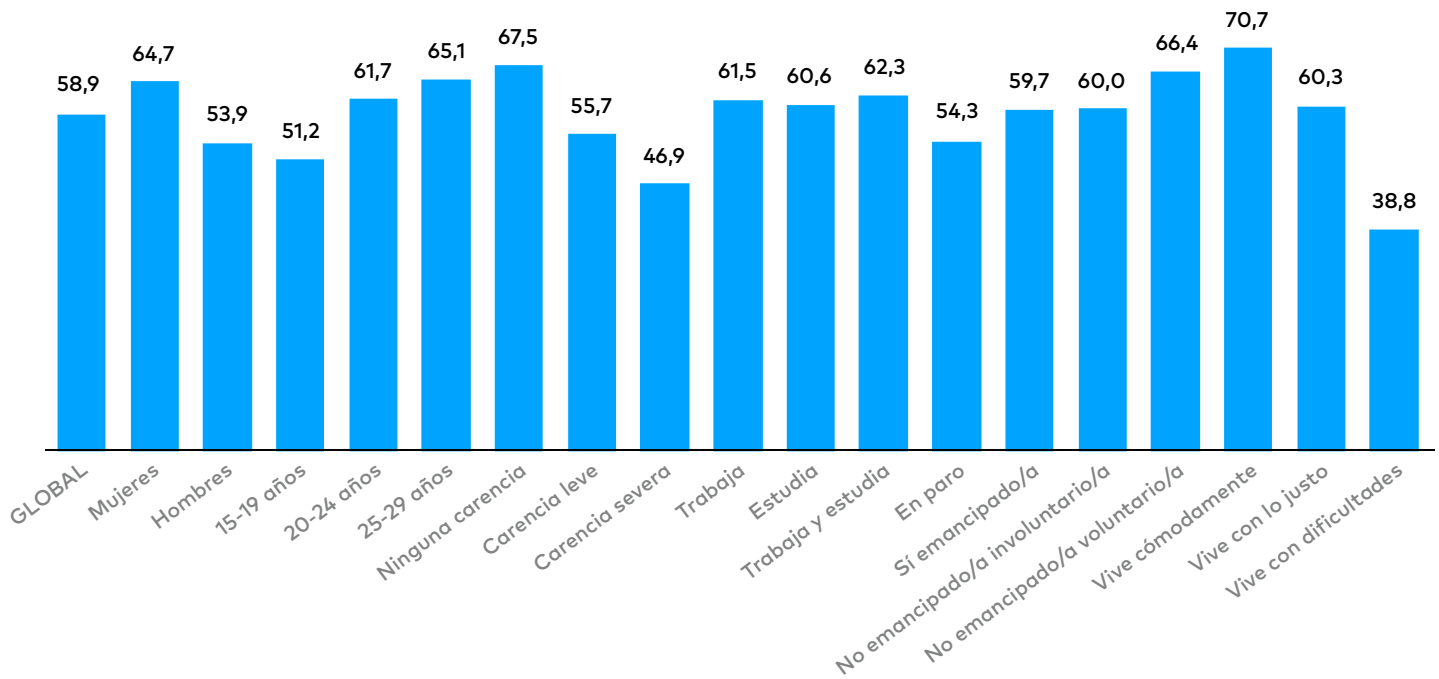
En los últimos años, se han comenzado a incluir en las encuestas de salud indicadores relativos al **apoyo social del que disponen las personas**. Así, según los datos para 2020 de la Encuesta Europea de Salud (INE, 2020)⁵⁶, prácticamente la totalidad de jóvenes entre 15 y 24 años (el 97%) indicaba un nivel de interés alto (% mucho + bastante) de otras personas de su entorno en lo que les pasa. Los datos para 2023 de la última oleada del Barómetro Juventud, Salud y Bienestar de la Fundación Fad Juventud (Kuric et al., 2023)⁵⁷, sin embargo, muestran una percepción más negativa entre la juventud. Así, el 58,8% de jóvenes entre 15 y 29 años percibe un nivel de interés alto por las cosas que les ocurren de su entorno social. Estos datos apuntarían a un empeoramiento del interés percibido entre 2020 y 2023, pero deben ser tomados con cautela, pues la metodología de muestreo y las cohortes de edad no son directamente comparables⁵⁸.

⁵⁶ INE (2020) Encuesta Europea de Salud. Recuperado el 20/03/2024 de: https://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175

⁵⁷ Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A. (2023). Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: 10.52810.5281/zenodo.8170910

⁵⁸ Los estudios se generaron en períodos distintos y con poblaciones distintas y la muestra del Instituto Nacional de Estadística se basa en un muestreo bietápico con estratificación en las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa son las secciones censales y las de segunda etapa son las viviendas familiares principales. Por otro lado, el muestreo del Centro Reina Sofía de Fad Juventud se basa en un muestreo estratificado por afijación proporcional y por cuotas, personas y no hogares.

FIGURA 30. Interés que tienen otras personas de su entorno por lo que pasa, entre jóvenes de 15 a 29 años (se interesan mucho + algo). Datos por género, edad, carencia material, tipo de actividad, emancipación y situación económica del hogar. 2023 (%).

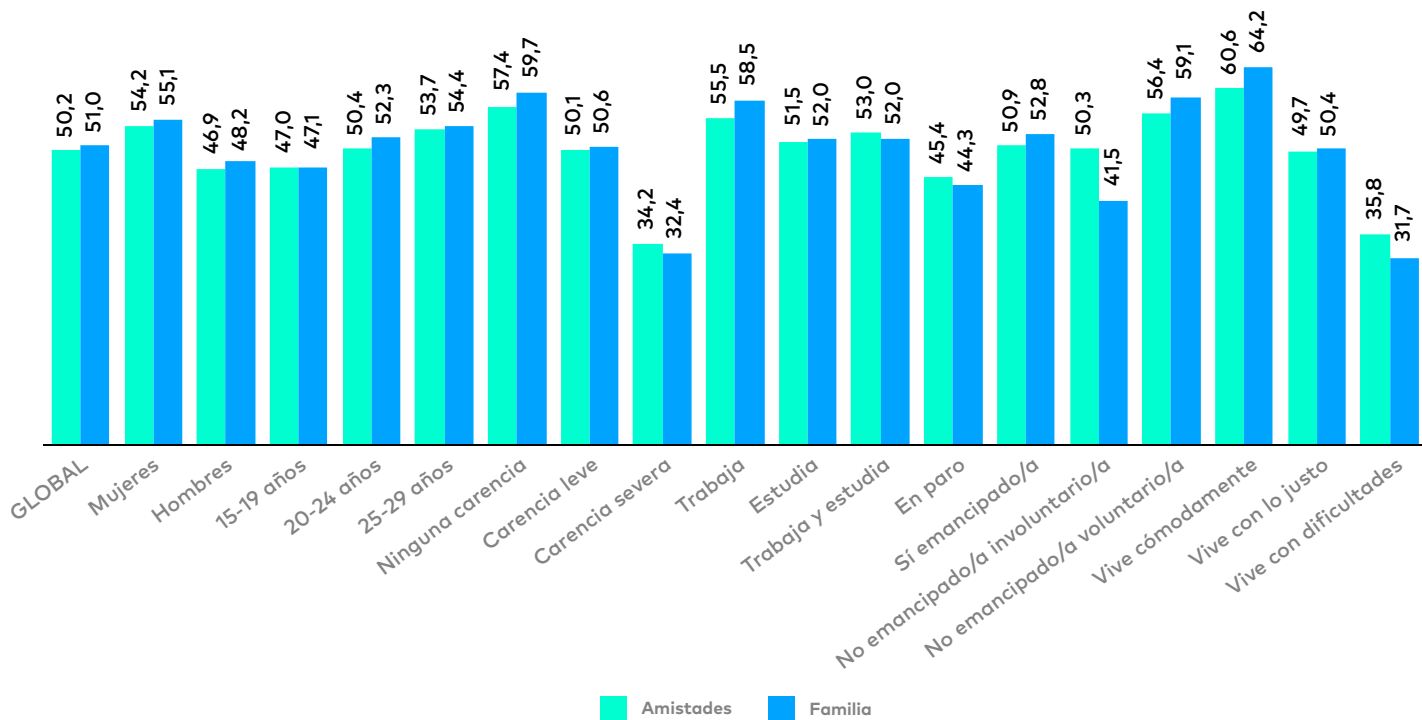


Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Otro de los determinantes sociales relevantes es la **facilidad con que las personas jóvenes obtienen apoyo** de su entorno en caso de necesidad. En la actualidad, alrededor de la mitad de jóvenes señala que es fácil obtener ayuda tanto de su familia (51%) como de sus amistades (50,2%) en caso de necesidad. Se trata de niveles de apoyo muy similares, si bien, en el caso de la familia, la proporción de jóvenes que señala que es difícil obtener ayuda es del 22,8%, sensiblemente superior a la que encontramos en el caso de las amistades (17,5%).

Desgranando el **perfil sociodemográfico** del apoyo social que reciben las personas jóvenes, por **género** vemos cómo la percepción del interés de los demás es significativamente mayor entre las mujeres (64,7%), en comparación con los hombres (53,9%). Además, entre las mujeres también hay una mayor facilidad para recibir ayuda del entorno social, tanto de la familia (55,1% entre las chicas, 48,2% entre los chicos) como de las amistades (54,2% entre las chicas, 46,9% entre los chicos). Por **edad**, el nivel de interés percibido aumenta con la edad: únicamente la mitad (51,2%) de jóvenes entre 15 y 19 años perciben un interés elevado de su entorno, en comparación con el 61,7% entre los 20 y 24 años y el 65,1% entre los 25 y 29 años. Del mismo modo, la facilidad para contar con el apoyo de familiares y amigos/as también aumenta ligeramente con la edad, situándose en torno al 47% entre los 15 y 19 años, mientras que prácticamente alcanza el 60% en el caso de los 25 a 29 años.

FIGURA 31. Facilidad para obtener ayuda del entorno social, entre jóvenes de 15 a 29 años (reciben ayuda de manera fácil + muy fácil). Datos por género, edad, carencia material, tipo de actividad, emancipación y situación económica del hogar. 2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Por **situación económica** de nuevo se evidencia que los grupos más vulnerables son los que cuentan con un menor apoyo social. Con respecto al interés percibido en su entorno, el 46,9% de jóvenes con carencias severas percibe un interés elevado del entorno, frente al 55,7% de quienes tienen carencias leves y el 67,5% de quienes no sufren carencias. En cuanto a la ayuda en caso de necesidad, resulta especialmente baja en el caso de las personas jóvenes que sufren carencias severas, pues únicamente alrededor de 1 de cada 3 puede contar con familiares y amigos/as con facilidad. En estos casos, el apoyo de la familia está menos presente que el de las amistades: 1 de cada 3 jóvenes con carencias severas considera difícil contar con el apoyo de su familia, pero si se trata del apoyo de las amistades esta proporción se reduce a 1 de cada 4.

C. LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

PRINCIPALES HALLAZGOS

Recursos sanitarios destinados a la salud mental de las personas jóvenes

- Una de las principales conclusiones que se extraen del análisis es que **la atención del sistema sanitario español a los problemas de salud mental es inadecuada e insuficiente**, particularmente a la hora de dedicar recursos específicos para tratar los problemas y trastornos de las personas jóvenes. Sólo cinco comunidades autónomas tienen recursos específicos de atención en los ámbitos ambulatorio, hospital de día y hospitalización.
- Otro problema fundamental es la **descoordinación territorial, escasez y falta de actualización periódica de la información disponible** sobre los recursos para atender los problemas de salud mental infanto-juveniles, cuestión que dificulta realizar evaluaciones para mejorar los servicios.
- Con relación a la **dotación de personal**, se estima que, en el sistema sanitario público español, hay una **ratio de 1,14 PEPC** (psicólogos/as especialistas en psicología clínica) por cada 100.000 habitantes que trabajan con infancia y adolescencia. El dato contrasta con la recomendación de un mínimo de 5 PEPC por cada 100.000 habitantes del Royal College of Psychiatry del Reino Unido.

Búsqueda de ayuda profesional y en el entorno y tratamientos

- El porcentaje de jóvenes que no buscaron ayuda profesional a pesar de considerar tener problemas de salud mental se ha reducido considerablemente, en 2017 un 48,9% de jóvenes con problemas de salud mental afirmaban no haber buscado ayuda profesional frente al 37,5% en 2023. Si indagamos en las **razones por las que no se busca ayuda profesional** ante problemas de salud mental, la principal es el coste (37,8%), especialmente relevante entre las mujeres (43,7%) y entre quienes sufren carencias materiales severas (51,9%) o leves (40,2%).
- Con respecto al **tipo de profesionales** consultados (a través de servicios tanto públicos como privados), destaca la figura de psicólogo/a (28,7%) por encima de médico de cabecera (20,3%) y psiquiatra (16,4%). Las personas con carencia material se apoyan más en el médico de cabecera (28,8%), mientras que entre quienes no sufren ninguna carencia material destaca comparativamente el psicólogo/a (34,7%). La menor propensión de personas con problemas económicos a acudir al psicólogo/a, optando en su lugar por el médico de cabecera, puede estar íntimamente relacionada a la falta de servicios de psicología en el sistema público de salud y la imposibilidad de costearlos de manera privada.
- Entre las personas jóvenes que han sufrido problemas de salud mental en el último año, más de la mitad han recibido **apoyo social de su entorno cercano**, no obstante, un 44,1% afirma no haber recibido apoyo. Las mujeres acuden en mayor medida a su entorno social, tanto a sus amistades (31,8%, frente al 23,9% de los hombres) como a su familia (18,1%, frente al 16,2%). La situación económica vuelve a ser determinante puesto que más de la mitad (53,3%) de jóvenes con carencias materiales no han recibido apoyo de su entorno social, siendo especialmente reducido el apoyo de sus amistades (17,9%). Por lo tanto, las personas jóvenes con más recursos económicos también disponen de más recursos sociales informales para gestionar sus problemas de salud mental.

Valoración del sistema sanitario

- La **satisfacción de la juventud con el funcionamiento del sistema sanitario** es bastante buena, el 57,1% del grupo de 18 a 24 años y el 47,6% entre los 25 y 34 años muestra una satisfacción alta.

- A pesar de esta tendencia a valorar positivamente el sistema sanitario español, resultan significativas las **diferencias en las valoraciones que se hacen de los organismos que componen el sistema**. Destaca la elevada satisfacción con el ingreso en hospitales públicos (más del 56% entre 18 y 34 años muestra una satisfacción elevada) en contraste con las consultas de atención especializada (entre el 35% y el 50% entre los 18 y 34 años muestra una satisfacción elevada). Esta diferencia se debe con probabilidad al carácter público o privado del servicio y a las diferencias en los tiempos de espera y coordinación entre servicios.
- La **demora en la atención** es uno de los principales problemas del sistema sanitario español, cuestión que se ve lastrada por la falta de datos actualizados de tiempos de espera.

Recursos sanitarios dedicados a la salud mental juvenil

Los estudios realizados en los últimos años muestran cómo **la atención del sistema sanitario español a los problemas de salud mental es inadecuada e insuficiente**, particularmente a la hora de dedicar recursos específicos para tratar los problemas y trastornos de las personas jóvenes. En el *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil*⁵⁹ señalan la **dispersión, escasez y falta de actualización de la información disponible**⁶⁰ sobre los recursos públicos para atender los problemas de salud mental infanto-juveniles, de forma que solo cinco comunidades autónomas (Aragón, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y Baleares) tienen recursos específicos de atención en los ámbitos ambulatorio, hospital de día y hospitalización. Así, en la mayor parte de los casos no existe una atención personalizada para la infancia, la adolescencia y las personas jóvenes, sino que estos grupos sociales son derivados a unidades generales de salud mental, dedicadas mayoritariamente a población adulta.

Esta problemática conduce a una **atención temprana de poca calidad**, «*lastrada por la carencia o escasez de recursos profesionales especializados en todos los ámbitos donde se debería intervenir (sanitario, educativo y social), y se agrava por la ausencia de una formación especializada*»⁶¹. La detección temprana de problemas psicológicos y psiquiátricos es fundamental pues, según datos de la Organización Mundial de la Salud⁶², en Europa alrededor de la mitad de estos trastornos aparecen antes de los 14 años, lo que implica que cualquier intervención posterior supone llegar demasiado tarde. Sin embargo, el tiempo medio para una consulta de salud mental suele ser excesivamente dilatado. Según datos de 2021, recopilados por Newtral⁶³, las comunidades autónomas con mayor tiempo de espera en las listas para psiquiatría y salud mental eran Andalucía (60 días), la Región de Murcia (43 días) y Galicia (38 días), si bien únicamente pudieron obtener datos de 8 de las 17 autonomías. Un estudio más reciente, centrado en la Comunidad de Madrid (Cuéllar Flores, Fernández Garzón et al., 2022)⁶⁴, extiende estos tiempos de atención en salud mental a los cuatro meses en adultos y **cinco meses en niños/as, adolescentes y jóvenes**, con intervalos de más de dos meses entre una cita y la siguiente. Esto dificulta la atención temprana y el seguimiento del estado del paciente, algo crucial en el momento en el que se inician gran parte de los problemas psicológicos y psiquiátricos.

⁵⁹ Villamarín Fernández, S. y Fernández Hermida, J. R. (2021). Introducción. En Fernández Hermida, J. R. y Villamarín Fernández, S. (Eds.). Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1. Madrid: Consejo General de la Psicología en España.

⁶⁰ Para la realización de este informe se ha contactado con las administraciones de diversas Comunidades Autónomas para obtener información actualizada sobre listas de espera y recursos asistenciales dedicados a la salud mental infanto-juvenil, sin obtener respuesta.

⁶¹ Villamarín Fernández, S. y Fernández Hermida, J. R. (2021). Introducción. En Fernández Hermida, J. R. y Villamarín Fernández, S. (Eds.). Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1. Madrid: Consejo General de la Psicología en España.

⁶² LOMS/WHO (2018). Situation of child and adolescent health in Europe. Organización Mundial de la Salud / World Health Organization: Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053488>

⁶³ Pascual, M. (18 de diciembre de 2021). Listas de espera para salud mental: la odisea de conseguir cita en cada comunidad. Newtral. <https://www.newtral.es/listas-espera-salud-mental/20211218/>

⁶⁴ Cuéllar Flores, I.; Fernández Garzón, L.; Félix-Alcántara, M. P.; Manzano Olivares, B.; de la Vega Rodríguez, I.; Ferreira González, M.; Palacios Albarsanz, M. L.; Vázquez Rivera, S. y Maldonado Belmonte, M. J. (2022). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la psicología clínica en los centros de salud mental del Sistema Madrileño de Salud evaluados por sus profesionales. *Apuntes De Psicología*, 40(2), 71–86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>

Del mismo modo, persisten importantes **problemas de coordinación** entre las diversas instituciones y organismos que deben atender la salud mental de la infancia, adolescencia y juventud, desde la priorización de la detección y asistencia a este tipo de problemas en el ámbito educativo, pasando por la intervención social en el ámbito familiar y de grupos de pares (amistades), hasta la propia atención directa de los servicios sanitarios. La asistencia a la salud debe ser integral, estando presente como una prioridad en los diferentes espacios sociales en los que estos grupos desarrollan su vida cotidiana. En este sentido, como han mostrado Galvez-Llompарт et al. (2019)⁶⁵, la colaboración entre los servicios de atención primaria y psiquiatría mejora significativamente la atención y el seguimiento de los pacientes con trastornos mentales.

Con relación a la **dotación de personal**, se estima que, en el sistema sanitario público español, hay una **ratio de 1,14 PEPC** (psicólogos/as especialistas en psicología clínica) por cada 100.000 habitantes que trabajan con infancia y adolescencia, la mayor parte en dispositivos ambulatorios y solo 0,14 por 100.000 habitantes en dispositivos de hospitalización (Cuéllar Flores, Duro Martínez et al. (2022)⁶⁶. Se trata de una ratio muy inferior a las recomendaciones de 5 PEPC del Royal College of Psychiatry del Reino Unido, lo que implicaría la necesidad de incorporar a 1.829 profesionales más al sistema de salud en España. Además, la situación no es homogénea, sino que encontramos importantes **desigualdades entre comunidades autónomas**. Entre las CC. AA. que se encuentran muy por debajo del promedio, destacan Andalucía (0,38), Galicia (0,44), Castilla y León (0,56) o la Comunidad Valenciana (0,56); mientras que, entre las que se encuentran en una mejor situación, encontramos Navarra (1,80), el País Vasco (1,30), Baleares (1,28) y Castilla-La Mancha (1,20). A modo de ejemplo, en un estudio centrado en la Comunidad de Madrid (Cuéllar Flores, Fernández Garzón et al., 2022)⁶⁷, se señala una carga media de 238 pacientes activos por profesional en población adulta y 280 en salud mental infanto-juvenil, cuando en ningún caso deberían superarse los 74 pacientes. Por ello, los y las profesionales «consideran que son necesarias entre 400 y 600 plazas PIR [Psicólogo/a Interno Residente] anuales», pero «en la última convocatoria (2022) se ofertaron 204 plazas» (Cuéllar Flores, Fernández Garzón et al., 2022: 77)⁶⁸.

Búsqueda de ayuda profesional

Desde el punto de vista de la población joven, resulta relevante que el porcentaje de jóvenes que afirmaban tener problemas de salud mental y **no buscaron ayuda profesional** se ha reducido significativamente en los últimos seis años, a pesar de que aún no se encuentra completamente generalizada. Así, en 2017 prácticamente la mitad de jóvenes que experimentaban algún problema declaraba no acudir a ningún profesional, proporción que se redujo al 39,2% en 2019 y que ha seguido bajando hasta el 37,5% de 2023. En 2021 encontramos un aumento de la proporción de jóvenes que no buscaron ayuda profesional, si bien este repunte puede achacarse a la excepcionalidad de las medidas de distanciamiento social impuestas durante la pandemia del coronavirus y la recesión económica asociada a la misma.

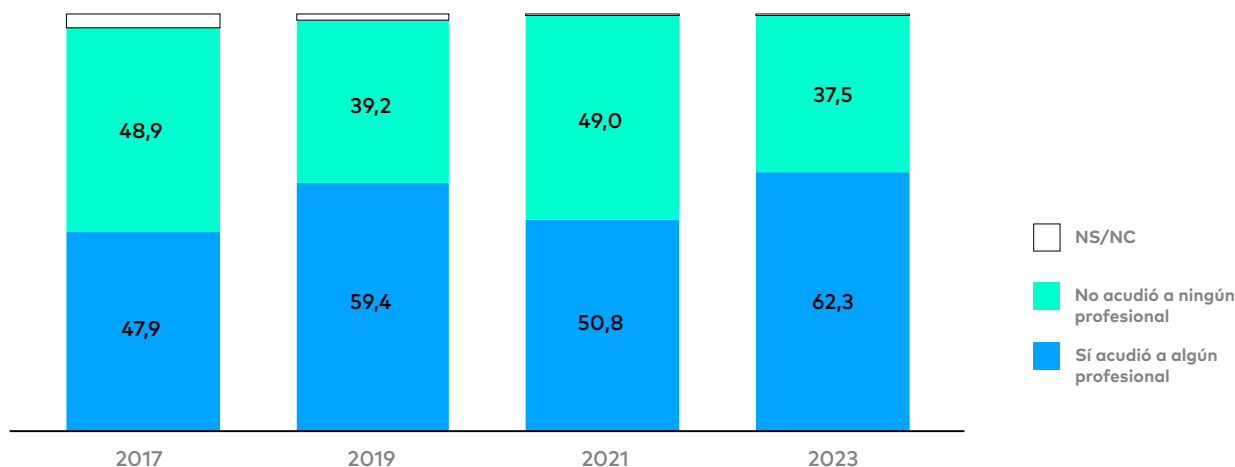
⁶⁵ Galvez-Llompарт, A. M.; Valor Gisbert, M.; Perez-Almarcha, M.; Ballester-Gracia, I.; Canete-Nicolas, C.; Reig-Cebria, M. J. y Hernandez-Viadel, M. (2021). Impacto en la asistencia en salud mental tras la colaboración entre atención primaria y salud mental. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 47(6), 385–393. <https://doi.org/10.1016/J.SEMERG.2021.04.006>

⁶⁶ Cuéllar Flores, I.; Duro Martínez, J. C.; Padilla Torres, D.; Izquierdo Elizo, A.; Martínez de Salazar Arboleas, A.; López Soler, C. y Martínez Pérez, A. (2022). Psicología Clínica infanto-juvenil en el Sistema Nacional de Salud: datos, insuficiencias y horizontes para mejorar. *Clínica Contemporánea*, 13(2), e12. <https://doi.org/10.5093/cc2022a10>

⁶⁷ Cuéllar Flores, I.; Fernández Garzón, L.; Félix-Alcántara, M. P.; Manzano Olivares, B.; de la Vega Rodríguez, I.; Ferreira González, M.; Palacios Albarsanz, M. L.; Vázquez Rivera, S. y Maldonado Belmonte, M. J. (2022). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la psicología clínica en los centros de salud mental del Sistema Madrileño de Salud evaluados por sus profesionales. *Apuntes De Psicología*, 40(2), 71–86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>

⁶⁸ Ibidem.

FIGURA 32. Ayuda profesional recibida por motivos de salud mental entre JÓVENES de 15 a 29 años que experimentaron problemas de salud mental en los últimos 12 meses. Evolución 2017-2023 (%).

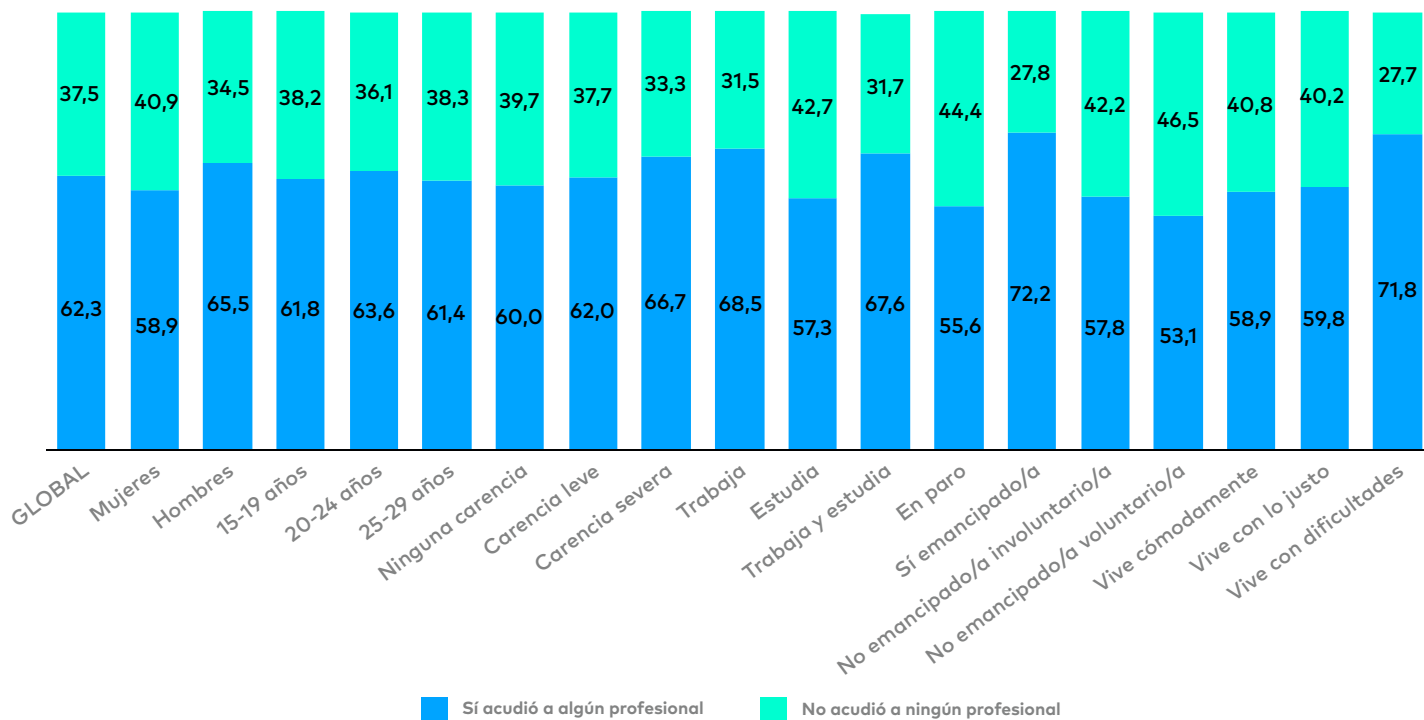


Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2017, 2019, 2021 y 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

En el año 2023, por tanto, el 62,3% de jóvenes que afirmaba tener algún problema de salud mental recurrió a ayuda profesional para tratarlo y, en términos generales, tomando como referencia el total de las personas jóvenes en España, comprobamos que el 36,9% de jóvenes declaraba haber acudido a algún tipo de ayuda profesional por problemas asociados a la salud durante el año 2023.

Analizando estos datos por perfiles, vemos que no hay apenas diferencias por edad, aunque sí por **género**: los hombres acuden en mayor medida a ayuda profesional ante sus problemas de salud mental (65,5% de ellos busca ayuda, frente al 58,9% de las mujeres jóvenes). La **emancipación** también parece un aspecto clave, pues son las personas jóvenes emancipadas quienes buscan más ayuda profesional por problemas psicológicos, así como las que trabajan (o estudian y trabajan), es decir, las personas jóvenes que estudian o viven con sus padres/madres acuden menos a ayuda profesional. Por último, las **condiciones socioeconómicas** también son relevantes para buscar ayuda o no, siendo perfiles más demandantes de ayuda quienes están en peores situaciones (carencia material severa o dificultades para llegar a fin de mes). Como veremos a continuación, estos perfiles vulnerables, pese a acudir más a ayuda profesional, la ayuda suele estar condicionada por las posibilidades económicas, es decir, acuden menos a la consulta psicológica o psiquiátrica, optando por la sanidad pública (médico de cabecera).

FIGURA 33. Ayuda profesional recibida por motivos de salud mental entre JÓVENES de 15 a 29 años que experimentaron problemas de salud mental en los últimos 12 meses. Datos por género, edad, carencia material, tipo de actividad, emancipación y situación económica del hogar. 2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Con respecto al tipo de profesionales consultados (a través de servicios tanto públicos como privados), destaca el/la psicólogo/a (28,7%), por encima de médico de cabecera (20,3%) y psiquiatra (16,4%), sin cambios significativos durante el periodo analizado. Extrapolando los datos al total de jóvenes, podemos concluir que, en 2023, un 17% ha acudido a una consulta de psicología por problemas de salud mental, un 12% al médico de cabecera y un 12% al psiquiatra.

TABLA 8. Ayuda profesional recibida por motivos de salud mental entre jóvenes de 15 a 29 años que experimentaron problemas de salud mental (en los últimos 12 meses), por tipo de profesional. Datos por género, edad y carencia material. 2023 (%).

	GLOBAL	MUJERES	HOMBRES	15-19 AÑOS	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS	NINGUNA CARENCIA	CARENCIA LEVE	CARENCIA SEVERA
Ayuda profesional por problemas de salud mental	62,3	58,9	65,5	61,8	63,6	61,4	60,0	62,0	66,7
Psicólogo/a	28,7	31,9	24,3	23,6	31,2	31,4	34,7	25,2	25,4
Médico de cabecera	20,3	21,8	19,3	16,0	24,1	20,7	17,9	18,2	28,8
Psiquiatra	16,4	15,3	17,5	16,8	16,0	16,3	16,0	17,3	15,2
Otro tipo de profesional	10,0	6,9	12,9	15,5	9,1	5,3	6,8	11,0	13,4

Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar (Kuric et al., 2023). Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Por **género**, aunque la percepción de haber padecido problemas de salud mental es mayor entre las mujeres, la búsqueda de ayuda profesional es ligeramente más habitual entre los hombres: el 65,5% de ellos, frente al 59,1% de ellas, acudió a algún profesional. Entre las mujeres, destacan las consultas de psicología (31,9%; +7,6 p.p. sobre los hombres), mientras que entre los hombres destacan sensiblemente las consultas de psiquiatría y la asistencia a otros profesionales. Por **edad**, el dato que más destaca es el aumento de las consultas de psicología y medicina familiar entre las personas jóvenes a partir de los 20 años, mientras que las consultas de psiquiatría mantienen porcentajes muy estables en todos los grupos de edad. Finalmente, por **situación socioeconómica**, entre los grupos que sufren carencias materiales severas destaca el apoyo del médico de cabecera (28,8%), mientras que entre quienes no sufren ninguna carencia material destaca comparativamente los y las profesionales de la psicología (34,7%).

Si indagamos en las **razones por las que no se busca ayuda profesional** ante problemas de salud mental, la principal es el coste (37,8%), seguida de la sensación de no necesitarla (28,3%) y la percepción de que no es un problema tan grave (27,3%). Las barreras económicas son especialmente relevantes entre las mujeres (43,7%) y entre los grupos de 20 a 24 años (45,1%). Por otro lado, resulta significativo que la sensación de no necesitar ayuda psicológica es mayor entre los hombres (35%, frente al 23,7% de las mujeres). Además, entre los hombres se percibe comparativamente una mayor desconfianza hacia los y las profesionales de la salud (11,2% no acude a ayuda profesional por desconfianza, frente al 4,5% de mujeres).

TABLA 9. Motivos para no acudir a ayuda profesionalL por temas de salud mental entre jóvenes de 15 a 29 años que experimentaron problemas de salud mental (en los últimos 12 meses). Datos por género y edad. 2023 (%).

	GLOBAL	Mujeres	Hombres	15-19 años	20-24 años	25-29 años
Por el coste, es muy caro	37,8	43,7	29,0	32,6	45,1	36,0
No lo necesité, pude resolverlo por mi cuenta	28,3	23,7	35,0	29,8	25,4	29,7
No es un problema tan grave	27,3	26,2	29,3	27,3	30,7	24,0
No quiero contarle a nadie lo que me pasa	18,7	19,1	18,4	23,9	16,6	15,5
Por vergüenza, que se entere alguien	14,9	12,8	16,8	17,1	19,7	7,8
No confío en profesionales en salud mental	7,3	4,5	11,2	8,5	3,5	9,8
Otros	3,4	3,8	2,9	1,9	5,4	2,9

Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Las **condiciones socioeconómicas** también marcan notables diferencias en cuanto a los motivos para no recurrir a ayuda profesional. Sobre todo, son quienes sufren carencias materiales, ya sean severas o leves, quienes no acuden a profesionales por cuestiones el elevado coste (51,9% y 40,2%, respectivamente). Aunque también hay que añadir el fuerte impacto que tiene el coste como barrera de acceso al tratamiento de problemas de salud mental entre las personas jóvenes en paro (47,4%), las que estudian y trabajan (43,8%), emancipadas (40,2%) y que viven con lo justo (47,5%) o con dificultades económicas (40,2%). Habría que añadir, además, que son estas personas jóvenes con peores situaciones a nivel socioeconómico quienes se sienten menos capaces de resolver estos problemas de salud mental por su t, así como quienes parecen declarar que dichos problemas son demasiado graves como para dejarlos pasar.

Estos datos contrastan con los de la juventud más acomodada o en situaciones más desahogadas económicamente hablando, entre quienes destacan estos últimos motivos para no recurrir a ayuda profesional, es decir, consideran en mayor medida que pueden resolver estos problemas por su cuenta o que no eran tan graves.

TABLA 10. Motivos para no acudir a ayuda profesional por temas de salud mental entre jóvenes de 15 a 29 años que experimentaron problemas de salud mental (en los últimos 12 meses). Datos por variables socioeconómicas, carencia material, tipo de actividad, emancipación y situación económica del hogar. 2023 (%).

	NINGUNA CARENCIA	CARENCIA LEVE	CARENCIA SEVERA	SOLO TRABAJA	SOLO ESTUDIA	TRABAJA Y ESTUDIA	EN PARO	SÍ EMANCIPADOS/AS	NO EMANCIPADOS/AS INVOLUNTARIOS/AS	NO EMANCIPADOS/AS VOLUNTARIOS/AS	VIVE CÓMODAMENTE	VIVE CON LO JUSTO	VIVE CON DIFICULTADES
Por el coste, es muy caro	28,5	40,2	51,9	33,3	29,6	43,8	47,4	40,2	37,4	32,6	25,0	47,5	40,2
No lo necesité, pude resolverlo por mi cuenta	39,7	22,1	19,0	29,8	31,6	30,9	23,2	26,2	27,9	35,4	36,6	24,9	19,4
No es un problema tan grave	38,2	21,9	17,3	19,3	34,0	28,7	26,5	28,1	24,1	31,4	35,4	26,4	11,5
No quiero contarle a nadie lo que me pasa	16,2	20,0	21,0	14,5	26,6	13,4	17,7	19,1	13,2	27,8	17,0	20,9	18,0
Por vergüenza, que se entere alguien	11,5	14,9	21,9	18,4	10,5	15,5	17,3	19,5	11,0	14,8	17,8	10,7	21,2
No confío en profesionales en salud mental	6,2	8,0	7,7	8,7	3,3	7,8	7,4	6,9	8,1	5,9	7,1	7,2	8,4
Otros	2,7	3,5	4,6	0,0	1,1	3,4	7,0	1,9	5,9	1,9	2,4	2,1	7,0

Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

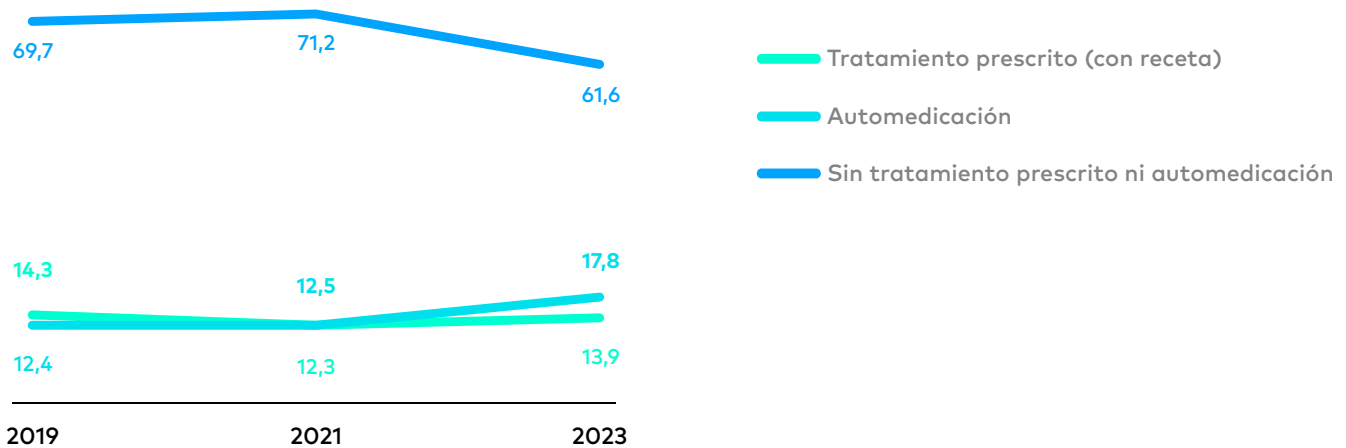
En consecuencia, retomando el tipo de profesionales a los que acuden, la menor propensión de personas con problemas económicos a acudir al psicólogo/a, optando en su lugar por el médico de cabecera, puede estar íntimamente relacionada por la falta de servicios de psicología suficientes en el sistema público de salud y la imposibilidad de costearlos de manera privada. Se trata de un gasto que es mucho más asumible entre quienes tienen una mejor posición económica. Además, comprobamos que la juventud con peores situaciones socioeconómicas (carencia material severa o que viven con dificultades económicas) declara acudir más a profesionales para tratar sus problemas, algo que no parece estar ligado necesariamente a que tengan menos barreras para hacerlo o que tengan más concienciación sobre el tema, sino porque se trata de problemas que entienden más graves y sienten que no pueden resolverlos por su cuenta, añadiendo, además, lo ya comentado, que acuden más a la atención primaria, al no disponer de recursos para pedir ayuda a psicólogos/as o psiquiatras.

Tratamiento psicofarmacológico

A partir de los datos de las encuestas *ESTUDES*⁶⁹ y *EDADES*⁷⁰ se aprecia un **aumento del consumo de hipnosedantes**⁷¹ entre las generaciones jóvenes, especialmente entre adolescentes. Así, en 2021, el 13,6% de adolescentes de 14 a 18 años habían consumido hipnosedantes con o sin receta en el último año, mientras que en 2006 el porcentaje era del 7,4%. Se trata de una prevalencia de consumo mucho mayor de la que encontramos entre la población joven pues, en 2022, únicamente un 5,8% de jóvenes entre 15 y 24 años y un 8,4% de jóvenes entre 25 y 34 años habían consumido hipnosedantes con o sin receta en el último año. Por género, el consumo es mayor entre las mujeres en todos los grupos de edad, pero destaca especialmente entre la población adolescente: alrededor del 25% de las chicas de 14 a 18 años han consumido hipnosedantes alguna vez en la vida, frente al 15,3% de los hombres.

También el consumo entre personas jóvenes de **medicamentos para tratar problemas de salud mental**⁷² ha aumentado considerablemente en el último lustro: en 2019, el 26,7% de jóvenes declaraba estar en tratamiento psicofarmacológico, porcentaje que se redujo ligeramente en 2021 (24,8%), pero que ha aumentado considerablemente en 2023, llegando al 31,7% de personas jóvenes. Además, encontramos una inversión en la tendencia con respecto al tipo de acceso a los fármacos: mientras que, en 2019, el consumo de fármacos prescritos por un profesional (14,3%) era mayor a los fármacos tomados por su cuenta (12,4%), en 2023 nos encontramos con que la automedicación (17,8%) supera ampliamente a la toma de medicamentos con receta (13,9%). De hecho, es precisamente la automedicación, que aumenta más de 5 puntos en solo 2 años, lo que explica el aumento general del consumo de fármacos por motivos de salud mental entre la juventud.

FIGURA 34. Tratamiento psicofarmacológico recibido (últimos 12 meses) entre jóvenes de 15 a 29 años. Evolución 2019-2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2019, 2021 y 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

⁶⁹ Ministerio de Sanidad (2022). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021. Informe 2022: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

⁷⁰ Ministerio de Sanidad (2022). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2022. Edades 2022. Madrid: Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

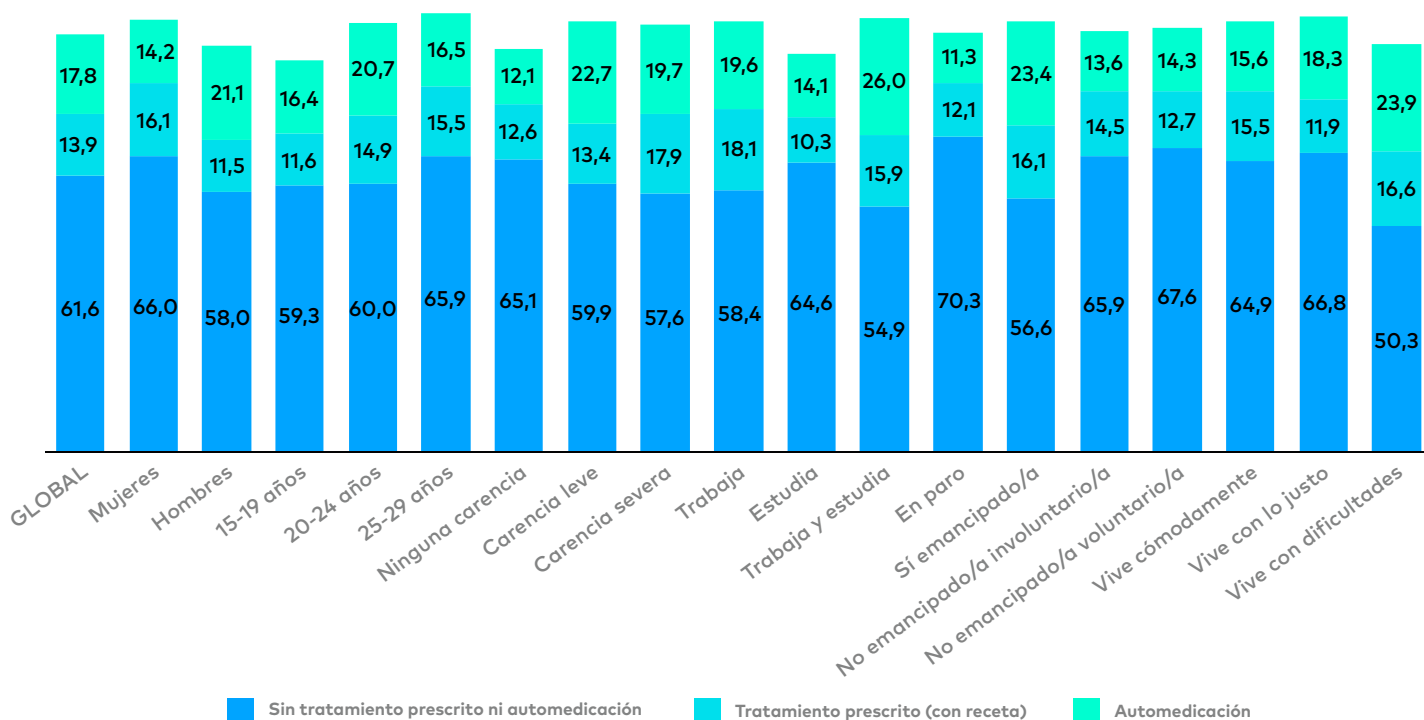
⁷¹ Los hipnosedantes son un grupo de psicofármacos depresores del sistema nervioso central con efectos ansiolíticos como Lorazepam, Bromazepam o Alprazolam; efectos hipnóticos como Lormetazepam y Zolpidem, y efectos sedantes, relajantes musculares o anticonvulsivantes como Diazepam y Clonazepam. <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/informacion-adicciones/hipnosedantes/de-que-medicamentos-estamos-hablando#:~:text=Los%20hipnosedantes%20son%20un%20grupo,anticonvulsivantes%20como%20Diazepam%20y%20Clonazepam>

⁷² Los "medicamentos para tratar problemas de salud mental" es una de las categorías oficiales que incluyen las encuestas ESTUDES y EDADES.

Considerando las diferencias sociodemográficas, por género encontramos cómo la prescripción de medicamentos por motivos de salud mental es mayor entre las mujeres jóvenes (16,1%) que entre los hombres jóvenes (11,5%). Por el contrario, la automedicación es más habitual entre los hombres (21,1%) que entre las mujeres (14,2%). Además, resulta reseñable que el nivel de desconocimiento sobre si están o no en tratamiento psicofarmacológico es mucho mayor entre los hombres (9,5%) que entre las mujeres (3,7%). Por **grupos de edad**, la toma de fármacos con receta es significativamente más baja entre los 15 y 19 años (11,6%), alcanzando porcentajes en torno al 15% a partir de los 20 años. En cuando a la automedicación, destaca especialmente en el grupo de jóvenes de 20 a 24 años (20,7%).

Finalmente, la **precariedad** vuelve a correlacionar positivamente con la toma de medicamentos, tanto prescritos como sin receta. Así, en el caso de los medicamentos prescritos destacan los jóvenes que sufren carencia material severa (17,9%), mientras que la automedicación es significativamente elevada tanto entre quienes sufren carencias leves (22,7%) como entre quienes sufren carencias severas (19,7%). Consecuentemente, las personas jóvenes sin carencias materiales muestran un nivel de administración de tratamientos psicofarmacológicos muy inferiores al resto, situándose en torno al 12% tanto en el caso de tratamientos prescritos como autoadministrados.

FIGURA 35. Tratamiento psicofarmacológico recibido (y automedicación) (últimos 12 meses) entre jóvenes de 15 a 29 años. Datos por género, edad, carencia material, tipo de actividad, emancipación y situación económica del hogar. 2023 (%).



Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Valoración del sistema sanitario

Los últimos datos disponibles del Barómetro Sanitario (CIS, 2023) muestran cómo, en líneas generales, la **satisfacción de las personas jóvenes con el funcionamiento del sistema sanitario** es bastante buena, si bien la valoración es más positiva entre los más jóvenes: el 57,1% del grupo de 18 a 24 años muestra una satisfacción alta, frente al 47,6% entre los 25 y 34 años. Una proporción muy similar la encontramos entre la población adulta (48,3% entre los 35 y 64 años), mientras que los mayores de 64 años son el grupo con mayor satisfacción con el sistema sanitario (60,3%). Aun así, 9 de cada 10 jóvenes consideran que el sistema sanitario necesita cambios profundos, siendo de nuevo el grupo de 25 a 34 años el que muestra una actitud más crítica. Por género, entre los hombres encontramos muchas diferencias entre los grupos de edad, los menores de 25 años muestran una satisfacción muy elevada (63,9% de satisfacción alta) y el grupo de 25 a 34 años es el que se muestra menos satisfecho; entre las mujeres, prácticamente la mitad de las jóvenes entre 18 y 34 años se muestran satisfechas con el sistema sanitario.

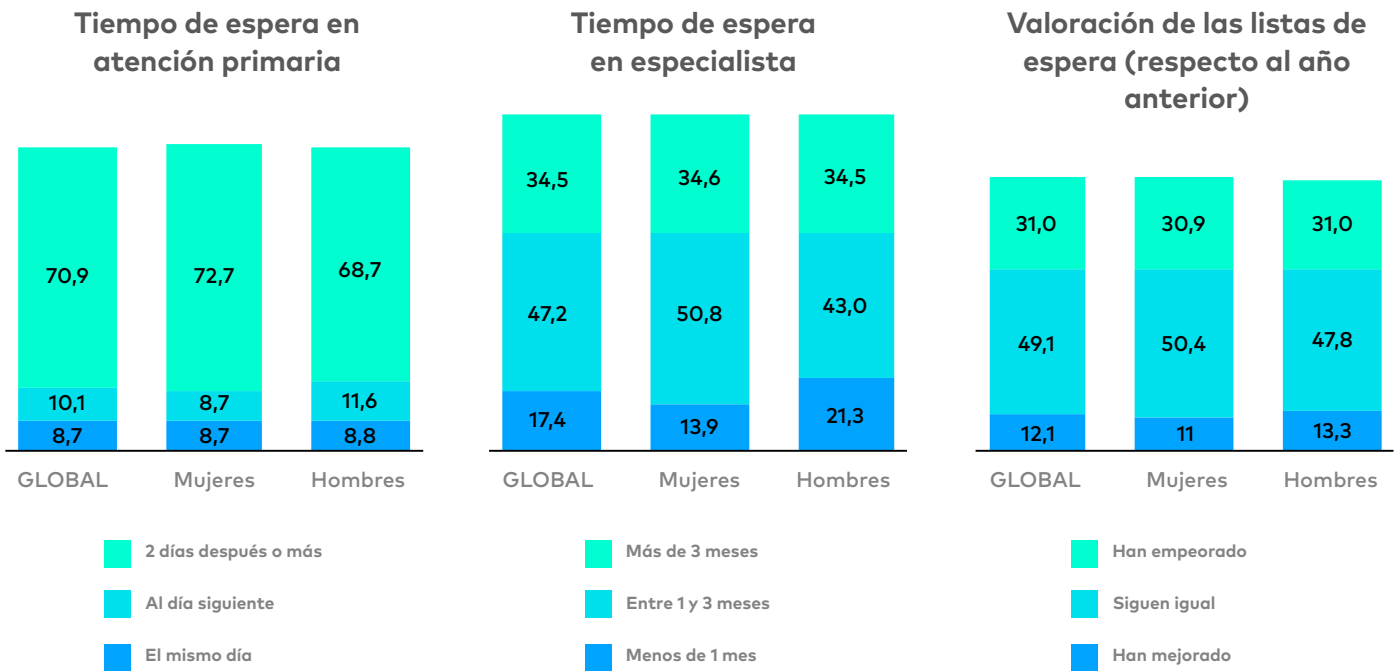
TABLA 11. Valoración del sistema sanitario español (satisfacción elevada). Datos por grupo de edad. 2023 (%).

	GLOBAL	18-24 años	25-34 años	35-64 años	65+ años
Valoración general del sistema sanitario	51,8	57,1	47,6	48,3	60,3
Ingreso y asistencia en hospitales públicos	63,4	62,2	56,0	61,4	72,3
Atención primaria (médico/a de cabecera)	52,4	53,4	44,9	49,0	64,1
Urgencias 061 y 112	51,7	56,5	47,7	51,6	52,5
Urgencias en hospitales públicos	49,2	42,1	39,1	47,7	60,6
Urgencias de centros de atención primaria	48,6	50,0	42,3	46,7	56,1
Consultas de atención especializada (especialistas)	45,5	49,5	35,9	41,7	58,0

Fuente: Barómetro Sanitario 2023 (O1 y O2). Centro de Investigaciones Sociológicas.

Con respecto a la **satisfacción con los diferentes organismos que componen el sistema sanitario**, entre la juventud destaca la elevada satisfacción con el ingreso en hospitales públicos y las consultas de atención primaria, si bien de nuevo la valoración del grupo de 25 a 34 años es menor que la de los más jóvenes (de 18 a 24 años). Así, la valoración de las derivaciones a especialistas tiene una valoración especialmente baja entre los 25 y 34 años (35,9%), mientras que las urgencias en hospitales públicos son mucho menos valoradas por las personas jóvenes que por el resto de la población. Un 42,1% de jóvenes entre 18 y 24 años y un 39,1% de 25 a 34 años muestran satisfacción frente al 49,2% de la población total.

FIGURA 36. Tiempos de espera en atención primaria, consulta con especialistas y valoración de listas de espera entre jóvenes de 15 a 29 años entre jóvenes de 15 a 29 años S. 2023 (días, meses, %).



Fuente: Barómetro Sanitario 2023 (O1 y O2). Centro de Investigaciones Sociológicas.

En cuanto a la **demora en la atención**, sigue constituyendo uno de los principales problemas del sistema sanitario español, que se ve lastrado por la falta de datos actualizados. A modo de ejemplo, en el caso de la Comunidad de Madrid, un reciente estudio⁷³ ha estimado que una demora de cuatro meses para obtener cita en atención psicológica, se extiende a más de cinco meses en el caso de la población infantil, adolescente y juvenil. Si tomamos en consideración la percepción de la juventud, vemos cómo, con respecto a la **atención primaria**, únicamente al 8,7% de jóvenes que pidieron cita les atendieron el mismo día, al 10,1% de dieron cita al día siguiente y en el 70,9% de los casos pasaron más de dos días hasta que les atendieron. En estos casos, el promedio es de 10,7 días desde que pidieron la cita hasta que la obtuvieron, siendo el promedio de días ligeramente mayor entre los hombres (11,9) que entre las mujeres (9,7). En cuanto a la **derivación a especialistas** (de cualquier tipo), únicamente al 17,4% de los jóvenes les atendieron en menos de un mes, en casi la mitad de casos pasaron entre 1 y 3 meses y en el 34,5% de los casos pasaron más de 3 meses hasta que obtuvieron la cita. En este caso, la demora es mayor en el caso de las mujeres jóvenes: únicamente al 13,9% de ellas les atendieron en menos de 1 mes. Finalmente, en relación a la valoración de las **listas de espera**, entre las personas jóvenes de 18 a 34 años la opinión mayoritaria es que siguen igual (49,1%) que en 2022, mientras que el 31% consideran que ha empeorado y solamente el 12,1% considera que ha mejorado.

⁷³ Cuéllar Flores, I.; Fernández Garzón, L.; Félix-Alcántara, M. P.; Manzano Olivares, B.; de la Vega Rodríguez, I.; Ferreira González, M.; Palacios Albarsanz, M. L.; Vázquez Rivera, S. y Maldonado Belmonte, M. J. (2022). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la psicología clínica en los centros de salud mental del Sistema Madrileño de Salud evaluados por sus profesionales. *Apuntes De Psicología*, 40(2), 71-86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>

3.2. ANÁLISIS CUALITATIVO

A. Imaginarios y percepciones sociales de las personas jóvenes en torno a la salud mental

Qué entienden las personas jóvenes por salud mental

Lo primero a destacar con relación a los imaginarios de las personas jóvenes en torno a la salud mental, es que está muy presente en sus discursos, surgiendo de manera espontánea cuando se les pregunta por la situación actual de la juventud en el contexto español. Si bien esto es cierto, resulta complicado encontrar en sus discursos una definición clara y homogénea de salud mental.

Por una parte, se encuentran concepciones de la salud mental ligadas a **la funcionalidad y la productividad**; es decir, la falta de salud mental sería lo incapacitante para el desarrollo de la vida y de las actividades cotidianas. Esta definición o acepción de salud mental surge tanto en definiciones propias, como cuando se hace referencia a lo que el conjunto de la sociedad entiende por salud mental.

M2: "Pues sería bienestar mental y físico que no te impida, a lo mejor tu condición mental, hacer cosas de tu uso diario, cotidiano".

M1: "Sí, en el momento en el que interrumpe lo que vendría a ser, ser... no sé, productivo. En el momento en el que no eres productivo, y con producción no me refiero a trabajar y trabajar, sino me refiero a algo tan simple como prepararte tu propia comida, hacer tus deberes y cosas así. En el momento en el que no puedes hacer algo como esto, sabes que algo está afectando tu salud mental. Y, como tal, esto de los psicólogos y eso funciona más para que tú tengas las herramientas para poder... como que manejar esto". (GF1. Mujeres. 16-22).

H5: "Yo lo que pienso es que el concepto de ley de salud mental hoy en día es, tienes salud mental mientras que sea funcional. Si no eres funcional y productivo no tienes salud mental. Y eso da lugar a... a una narrativa de la salud mental bastante chungu piensu yo". (GF4. Hombres. 23-29).

Por otra parte, se manifiestan definiciones y concepciones de la salud mental vinculadas al **bienestar emocional y la capacidad de manejar las emociones**, y su traslado a la gestión de las relaciones sociales. Esto se vincula con una aceptación de las emociones, incluso de aquellas que tradicionalmente se consideran negativas, como la tristeza. Así, se destaca la importancia de permitirse sentir y pasar por esas emociones en lugar de reprimirlas o ignorarlas, puntualizando en que no todas las emociones tristes o difíciles necesariamente indican problemas de salud mental, sino que son parte natural de la experiencia humana. Esto último se relaciona con la idea de que es necesario separar el hecho de atravesar y experimentar emociones negativas con el hecho de acudir a la asistencia especializada; así como el de acudir a ésta con el de tener problemas de salud mental.

M1: "A lo mejor, inteligencia emocional suficiente como para lidiar sin explotar tanto con sus cuestiones psicológicas y emocionales". (GF5. Mixto. 16-29).

H2: Yo los separaría un poco. Es verdad que... sobre todo a raíz de la pandemia se ha popularizado y no sé quién lo ha dicho antes. Quizá incluso, no digo exagerando. Pero creo que estamos en el riesgo de desvirtuar el concepto de salud mental. Porque ni todo el que va al psicólogo puede tener problemas... O sea, evidentemente no tiene problemas de salud mental. A lo que a lo que voy es, fuera del ámbito clínico o estrictamente digamos del trastorno o no sé cuál sería la palabra técnica. O sea, fuera que puedas tener algo catalogado por un psicólogo. Hay muchas más cosas que... Uno puede no estar bien y no tener ninguna alteración, patología, trastorno o nada mal. Y tener un problema de salud mental en el sentido de... en la definición de la OMS de completo bienestar físico, mental y social. Entonces, quizá no me estoy explicando muy bien. El hecho de que... ni todo lo que se va al psicólogo es salud mental, ni todo lo que es salud mental puede estar con el psicólogo." (GF4. Hombres. 23-29)

"M1: Porque es como si tú sientes malestar o estás triste. Todo el mundo dice, "no puedes estar triste". Vamos a ver eso, no puedes pasar por ahí. Todo tiene un periodo, y si yo ahora mismo estoy en este periodo en el que estoy triste, tengo que aceptar y saber por qué estoy triste. Pero sobre todo pasar por esa emoción. Ahora si esa emoción se alarga o se cronifica pues ahí ya hay un problema. Pero porque tú tengas una época en la que estés triste no significa que tengas ansiedad, ni tengas depresión, ni vayas a... muchas veces es como que no nos dejan aceptar nuestras emociones, ya son buenas o malas." (GF2. Mujeres. 23-29)

"M1: Y, como tal, esto de los psicólogos y eso funciona más para que tú tengas las herramientas para poder... como que manejar esto, ¿me entiendes? Entonces, yo creo que ese es el problema, que los chicos y, en general, la gente, no tiene herramientas para manejar sus propias emociones. Podemos decirlo así. Y habrá algunos bendecidos que sí lo tengan y que esté muy bien con su vida, pero vamos que no es la mayoría." (GF1. Mujeres. 16-22)

"M4: Por darte una definición, pero poniendo el caso contrario, para mí una persona que está sana mentalmente es una persona que se trata de una forma sana, tanto a sí misma como al resto. Una persona que no esté bien mentalmente al final va a tener comportamientos... no destructivos, pero sí tóxicos, tanto para sí, tanto para los demás. Porque al final eso es algo que se acaba externalizando, o sea, no es algo que solamente ocurre en tu cabeza... En cómo te comportas con los demás." (GF1. Mujeres. 16-22)

En cuanto a la definición y concepción de salud mental, hay que destacar que también está muy presente el peso de los **factores sociales en la definición** y causas de la misma, y de cómo estas concepciones se interiorizan por parte de las personas. Aunque estas explicaciones estructurales son analizadas de manera pormenorizada en otros apartados, la importancia de esta perspectiva de la salud mental como constructo social, tanto como a su definición social, como a las causas sociales y estructurales que generan problemas de salud mental, hace que esta perspectiva esté presente y se entremezcle en las definiciones mismas de salud mental, de manera más pronunciada en perfiles militantes, pero también presente en perfiles no militantes.

M: "Yo es que si intentase como definirlo de forma como muy típica como que me habría salido como decir es el nivel de bienestar emocional o algo así, pero es verdad que bueno, que escuchando a le compeñere como que concuerdo del todo y al final creo que es muy difícil como calificar o definir la salud mental porque depende de qué ópticas lo queramos ver en plan. Desde pues cuál es tu nivel de salud mental para seguir siendo productivo, seguir como cumpliendo con las obligaciones de trabajo, estudios, etcétera, o no sé, como que dentro de este sistema creo que la salud mental se tipifica de un modo específico en el que tu salud mental es buena si consigues adherirte a los marcos establecidos y a lo que piden de ti. Entonces bueno, como que me parece muy complejo como eso, esa definición, y creo que es de según qué ópticas la intentes como dar". (GT6. LGTBIAQ+).

Imaginarios sobre salud mental y sobre las personas que experimentan problemas de salud mental

Entre las generaciones más jóvenes se percibe mayor conciencia acerca de la salud mental, una reducción de los prejuicios al respecto y un aumento de la capacidad para identificar y nombrar lo relacionado con las emociones y el bienestar o malestar emocional. Aunque esta percepción es general, los hombres más jóvenes sí perciben algo más el tabú, y desarrollan más discursos en los que la salud mental se asocia con una estigmatización.

H2: "Al margen del factor masculinidad o no. Creo que en general se habla mucho más de emociones. Se le ponen mucho más nombre a muchas cosas que quizá hace 30, y no hablo de antes, no se ponía. Hay mucho más alfabetismo emocional. El estoy mal se puede traducir en frustración, en incertidumbre, en desasosiego... cuando amplías el lenguaje amplias la realidad. Entonces, para mí eso es un punto muy positivo. Al margen de la cuestión clínica o no clínica. Creo que se habla mucho más, se tiene mucho más en cuenta muchas cosas. Y eso enriquece". (GF4. Hombres. 23-29).

Se aprecia que hay una **mayor visibilización y concienciación sobre la salud mental**; acompañada de una reducción de la estigmatización en torno a la misma, y se reconoce la posibilidad de que cualquier persona pueda enfrentar problemas de salud mental y que, por tanto, no hay restricciones específicas sobre quién puede experimentar estos problemas.

M3: "Ahora, o sea, se hable más de ellos. Se visibiliza más. Y sobre todo por las redes sociales sobre Twitter, Instagram... El hecho de que bueno ves que hay personas que van al psicólogo y a lo mejor otras personas se van a animar también a ir al psicólogo porque antes estaba mucho más estigmatizado". (GF2. Mujeres. 23-29).

Aunque los factores que se perciben como causales de los problemas de salud mental serán analizados más adelante, mencionar aquí que las personas jóvenes comparten la percepción de que las **condiciones sociales y de vida están generando y agudizando problemas de salud mental**, que se traducen también en una generalización de personas que acuden a la asistencia psicológica especializada. Ante este aumento de la visibilización de la salud mental y acudir a asistencia psicológica, se aprecia, de un lado, una valoración positiva, pero por otro se aprecia como elemento negativo la individualización de la salud mental y la menor atención a las causas estructurales.

NB⁷⁴: "Una última parte tiene que ver con esta visibilidad que ha comentado le compañere y creo que también con que se tematiza ahora por primera vez la salud mental, pero creo a mi juicio de una forma muy superficial todavía, igual que ocurrió con el discurso trans, que se medicaliza lo trans, y ahora creo que también se está medicalizando el malestar a través del discurso de la salud mental." (GT6. LGTBIAQ+).

H5: "Además creo que... se individualiza el hecho de que ahora hay mucha más visibilidad del problema de la salud mental. Todo el mundo estamos yendo a psicólogos, todos estamos yendo a terapia. Pero creo que se aborda como un problema esencial y no se va más allá. Que creo que el problema de la salud mental es estructural. Ya sea por la incertidumbre, por la economía, porque tenemos una narrativa fatalista del futuro evidentemente. Pero creo que como que la salud mental hay una sobre visibilizarían de que estamos jodidos de la cabeza pero a la vez se diluye un poco el problema que subyace por detrás. Que creo que es social." (GF4. Hombres. 23-29).

⁷⁴ "NB" se refiere a persona "No Binaria".

Desde la perspectiva de las personas expertas, observan un aumento de problemas clínicos, como la ansiedad, los comportamientos autolesivos, los intentos de suicidio que pueden deberse a un aumento de las problemáticas sociales que afectan a la juventud. Sin embargo, también señalan la necesidad de **no patologizar** cuestiones esenciales del desarrollo vital, como el sufrimiento, ya que éste es inherente a la vida y más en un periodo de ajustes vitales como la adolescencia y la juventud.

“Y algo que pensábamos que iba a ser positivo, el visibilizar la salud mental, 3 años después, en cierta manera, está siendo, desde mi punto de vista personal, aunque he leído artículos que también lo van considerando, pero no es una no es una opinión mayoritaria, desde mi punto de vista personal, está siendo perjudicial porque se está trivializando, de alguna manera, o patologizando el malestar diario. O sea, ahora todo el mundo tiene que ir al psicólogo, ahora todo el mundo tiene problemas de salud mental, ahora cualquier circunstancia que incomoda, y comparto lo que te acabo de decir, la vida es incómoda, cualquier circunstancia que incomoda, hay que ir al psicólogo. (...) Porque, de alguna forma, no hemos priorizado dotar a las personas, a los niños, a los adolescentes, a las familias, de fortalezas, y darles el rol que les corresponde en el afrontamiento de las incomodidades de la vida cotidiana”. (E1. SM y Juventud).

NB2: “Creo que sería importante también diferenciar de qué estamos hablando, porque desde que se habla mucho de salud mental también una cosa que yo creo que ocurre a menudo es que gente acude un poco a la psiquiatría en una búsqueda de optimización neurótica del malestar, en plan quiero estar menos mal. Acuden con cosas que yo creo que a lo mejor antes habían acudido a otras figuras, puedo pensar en un cura, o puedo pensar en no sé. Pero bueno, ahora mismo esas figuras no están, a las que se puede interpelar, porque hay como una crisis vital y acuden a nosotras y le llaman salud mental, un problema de salud mental, cuando yo tampoco tengo claro que eso sea un problema de salud mental, honestamente”. (GT6. LGTBIAQ+).

“Creo que hay niños y adolescentes con más trastornos emocionales, niños con más síntomas, síntomas clínicos, síntomas clínicos de ansiedad. Hay un porcentaje alto, que antes no ocurría, de adolescentes que se autolesionan, hay un porcentaje alto, que antes no sucedía, de adolescentes que hacen intentos de suicidio graves. Hay más niños solos, hay más niños sin amigos. O sea, no es igual, pero siguen ocurriendo las mismas cosas en la adolescencia, que forman parte de la vida, que ocurrían antes. Solo que antes, si nos dejaba un novio, hablábamos con nuestras amigas, llorábamos un mes o dos, decíamos que era un idiota y que no sé qué y que no sé cuántos, y ya se nos pasaba. Ahora, si te deja un novio, se le da una categoría de “necesitas atención psicológica”. Y eso es lo que empeora, o sea, impide, mejor dicho, que se desarrollen las fortalezas de los adolescentes. E impide la promoción de la salud mental e impide la prevención de los trastornos. O sea, si yo no tengo estrategias propias, ni mías personales, ni con mis amigos, ni con mis padres, para afrontar una frustración sentimental con 14 años, apaga y vámonos. Apaga y vámonos. Porque es que la vida te va a ir poniendo cosas difíciles”. (Entrevista 1. SM y juventud).

Narrativas del resto de la sociedad hacia la salud mental

Se percibe un importante cambio social y generacional, señalando que las generaciones anteriores no visibilizaban ni le daban importancia a la salud mental, y que, por tanto, también expresan mayores reticencias a la hora de acudir a asistencia psicológica especializada. El hecho de que las generaciones anteriores no hayan tenido un espacio de reflexión para expresarse emocionalmente hace que haya una distancia intergeneracional, que lleva, en general, a una falta de entendimiento por parte de las familias (padres y madres) cuando se les plantean problemas de malestar emocional o de salud mental.

M3: "Porque yo muchas veces cuando lo hablo con familiares o con mis padres o lo que sea, para ellos no es algo normal ir al psicólogo y de eso es algo que... palabras textuales de un padre, "pero es mejor que no vayas, si vas es porque hay algo mal". (GF2. Mujeres. 23-29)

H5: "Por otro lado, creo que las generaciones anteriores también no tenían la posibilidad de expresarse y ser comprendidos en la búsqueda de salud mental que tenemos hoy en día. Entonces, creo que esa represión también nos la intentan inculcar de alguna manera, o imponer. No conscientemente, pero creo que es un fenómeno que yo he visto por lo menos en mis entornos". (GF4. Hombres. 23-29).

M5: "O también incluso que lo toman como a broma, el hecho de que tú digas "oye, pues a mí me pasa esto, lo tengo diagnosticado" o lo que sea, lo toman como a broma, como sin importancia, que no... que no importa, que no es algo que se deba de tratar ni de mejorar, y lo toman como si fuera algo "bueno, ya está, ya está con esto... o "una persona más que tiene ansiedad" o "una persona más que lo dice". Lo toman como muy a broma, mucha gente".

M6: "Sobre todo la gente mayor".

M5: "Desde luego, siempre". (GF1. Mujeres. 16-22).

Como se apunta también en otras partes del informe, aunque haya una valoración positiva sobre la extensión de concienciación sobre salud mental, se manifiesta en varias ocasiones separar salud mental de sentimientos y malestares inherentes a la vida.

M3: "Y, luego, pues si queremos concretar en trastornos concretos, yo cuando hablo de niños y adolescentes no me gusta, en la mayoría de los casos, no me gusta centrarme en trastornos concretos, y te explico por qué. El niño y el adolescente es una persona en construcción, por así decirlo, está en desarrollo, y, ese desarrollo, pues hace que pase por diferentes etapas en las cuales hay situaciones de ajuste. Entonces, en las situaciones de ajuste vital, las personas pues tenemos malestares, todos. Y el malestar es inherente a vivir. Ayer o antes de ayer, lo decía el escritor que ha recibido el Premio Cervantes, decía "la vida es incómoda", entre otras cosas. Claro que es incómoda. Entonces, concebir el malestar de vivir como una patología mental necesitada de tratamiento, creo que nos hace más vulnerables a todos en general y nos hace más dependientes a todos, en general. Y creo que ese es un error, un error que está ocurriendo en los últimos años." (Entrevista 1. SM y juventud).

Narrativas de la sociedad hacia la juventud

En cuanto a la percepción que tiene la juventud sobre la imagen social que se tiene de ella, se identifica una preocupación a ser **culpabilizada o etiquetada negativamente** si expresan problemas de salud mental. Se percibe que las generaciones anteriores tienden a equiparar situaciones históricas diferentes, lo que lleva a una falta de comprensión de los desafíos actuales de las personas jóvenes, lo que puede llevar, por un lado, a la individualización de los problemas de salud mental y a la ausencia de una lectura estructural de los factores que provocan estos problemas; y, de otro lado, a que la juventud sea percibida como "la generación de cristal", siendo etiquetada como débil.

H6: "Yo creo que cuando los jóvenes tienen algún problema de salud mental generalmente, en muchas ocasiones, como que se lo callan. Porque piensan que pueden ser culpabilizados, que pueden estar exagerando y tal. Entonces, depende de cada caso. Pero yo creo que eso puede ocurrir también. Porque vaya a ser que le digan que como pertenecen a la generación de cristal y esas cosas que son muy débiles y tal. Y yo creo que se lo callan y que eso lo que hace es incrementar el problema e individualizarlo. Hacer pensar que el problema es del joven y no de, a lo mejor los factores sociales, económicos que provocan ese problema. Entonces, yo creo que una reacción puede ser esa, la de callarse". (GF4. Hombres. 23-29).

Desde los discursos emitidos por las personas jóvenes, se identifican cuatro **causas de la imagen de la juventud como débil y de la extensión del uso de la expresión "generación de cristal"**:

- La falta de comprensión por el momento histórico y económico: mayor inestabilidad, mayor precarización, y mayores dificultades para lograr hitos vitales vinculados con la vida adulta;
- La responsabilidad de los medios de comunicación en el uso del concepto;
- La idea de que esta imagen de debilidad es algo vinculado con los cambios generacionales y que se repite de generación en generación;
- La toma de conciencia y no conformismo de la juventud sobre las condiciones de vida y trabajo precarias, y el hecho de no querer vivir bajo las condiciones en las que han vivido sus padres y madres;
- La mayor expresión de sentimientos y malestares de lo que lo hacían otras generaciones, tanto en términos laborales como en la denuncia y visibilización de cuestiones vinculadas con la desigualdad y la opresión, tales como el antirracismo o el feminismo interseccional entre otras.

En este sentido, se reconoce un **orgullo y reivindicación** de estas voces que se alzan y que desde otras generaciones se identifican como "quejas", proponiéndose incluso la reapropiación en positivo del término "generación de cristal" de las personas jóvenes.

H2: "Y también, y mira que intento no consumir medios de comunicación a través de la tele y demás, pero siento como que en todos los lados se nos señalan a los jóvenes como débiles, de ah, tienen todos ansiedad, las bajas por ansiedad, no quieren trabajar un trabajo de 9 a 5... Pero bueno, pues quiero tener cierto nivel de conciliación con mi vida social, mi vida familiar en el caso de que tuviese una... Creo que se nos está señalando en todo momento como generación de cristal o una generación débil, cuando, en verdad, estamos simplemente luchando por una vida mejor, por tener una mejor conciliación [...]. Porque yo no vivo para trabajar, eso yo lo tengo clarísimo. Vale, me gusta mi trabajo, me gusta lo que he estudiado, pero yo no quiero que toda mi vida sea mi trabajo y no quiero pasarme todo el día a la oficina como lo han hecho mis padres, porque eso, para mí, no es vivir". (GF5. Mixto. 16-29).

M1: "Y nos reprimen mucho. Yo lo noto, sobre todo con las siguientes generaciones, que ya no se quieren callar la boca, y por eso nos llaman generación de cristal, porque ya no nos queremos callar la boca, porque ellos se la han tenido que callar a la fuerza y nosotros ya no aceptamos eso." (GF5. Mixto. 16-29).

M1: "Porque, básicamente, yo quería destacar que este término se usa muchas veces en negativo, pero creo que habría que reapropiarnos de este concepto y buscarle el lado positivo, porque, realmente, lo tiene. Y la gente está alzando la voz y haciendo activismo, tanto a través de redes como fuera de ellas, ¿no? (...) Y creo que, en este caso, la llamada generación de cristal está haciendo una gran labor y creo que es un motivo de alegría, realmente". (GT7. Racializadas).

B. Factores que se identifican con problemas de salud mental

Factores identificados por la juventud que influyen en la salud mental

Lo primero a destacar en cuanto a los factores que generan problemas de salud mental que la juventud identifica, es la enorme **relevancia de los elementos sociales y estructurales** frente a otro tipo de factores que puedan situarse en el plano psicológico asociado a la personalidad, la predisposición biológica (no mencionada en los discursos), o a hábitos nocivos, como el consumo de drogas.

"H5: Pero creo que se aborda como un problema esencial y no se va más allá. Que creo que el problema de la salud mental es estructural. Ya sea por la incertidumbre, por la economía, porque tenemos una narrativa fatalista del futuro evidentemente. Pero creo que como que la salud mental hay una sobre visibilización de que estamos jodidos de la cabeza, pero a la vez se diluye un poco el problema que subyace por detrás. Que creo que es social." (GF4. Hombres. 23-29).

Entre estos factores estructurales, como generadores de problemas de malestar emocional y salud mental, destacan los siguientes:

- La **dificultad de acceso al empleo y a desarrollar una vida independiente**: la dificultad de acceso al empleo en condiciones dignas y ajustadas a las expectativas formativas es el principal problema señalado por las personas jóvenes. Como consecuencia de ello, se producen sensaciones de malestar como frustración, infelicidad, desilusión, pesimismo, desánimo o apatía, así como problemas de salud mental como ansiedad, o trastornos como el ansioso-depresivo. Se menciona de manera muy especial la **dificultad para encontrar empleo estable y bien remunerado**, destacando la presencia de contratos precarios, y una falta de adecuación entre el salario y el trabajo realizado, o incluso la ausencia de remuneración. Se señala la dificultad para ingresar en el mercado laboral, independientemente del nivel educativo alcanzado, debido a la exigencia de requisitos excesivos de experiencia que contrasta con la falta de oportunidades para adquirir esa experiencia. Además, la precariedad laboral y la inestabilidad de los contratos, incluso cuando son indefinidos, se señalan como características esenciales del empleo en la juventud.

M1: "[...] sobre todo con la gente de mi edad, que tú te pones a hablar, la gente estaba muy frustrada, con un desánimo, una... muchas veces hasta apatía, o sea, dices, "quiero trabajar, pero en qué condiciones, qué tengo que aceptar..." O sea, una cosa es trabajar y otra cosa es que me esclavicen. Y es una línea súper fina que cuando se sobrepasa ya... Entonces yo, lo que percibo y lo que siento, yo también como persona joven y trabajadora, es mucha frustración y ansiedad por, qué nos espera. Al final veo mucha inestabilidad". (GF2. Mujeres. 23-29).

"Yo creo que el tema que más nos preocupa a todos, puede ser, por esta... bueno, por esta edad, más bien a partir de los veintitantos, es, en general, el trabajo, cuesta un poco acceder a él. Yo ahora mismo estoy... bueno, lo que estaba haciendo y lo que hago casi todos los días, es echar currículums por LinkedIn, también intentar mejorar mi perfil y hacer cosas... Intento saltarme la barrera que existe de experiencia al menos dos años, para todo. Es bastante frustrante. No es que te pidan un nivel determinado de habilidad en una cosa, te piden existir dos años en un entorno en el que no puedes acceder hasta que no te dejan entrar a ese entorno. Es una es una paradoja en sí mismo, y estoy seguro de que casi todos nos hemos sentido frustrados con eso en algún momento. No sé si alguien..." (GF5. Mixto. 16-29).

- El **acceso a la vivienda** también se presenta como una de las grandes frustraciones de la juventud para desarrollar una vida independiente. La dificultad para acceder a alquileres asequibles y a préstamos hipotecarios, combinada con las dificultades laborales mencionadas anteriormente, provocan que la juventud se perciba como fuertemente precarizada.

H2: "Ahora mismo no puedes independizarte. No puedes. No es que no quieras, es que no puedes. Yo tengo dos trabajos, estudio y no puedo. No me da. O sea, echo números y no me da". (GF3. Hombres. 16-22).

M2: "Por ejemplo, un factor económico yo creo que sería importante porque, por ejemplo, no es un hecho que lo que antes era el valor de la moneda para otras generaciones que te daba para tener una familia, una casa y poder vivir, ahora mismo no se da. Y eso genera mucha frustración, mucha ansiedad en los jóvenes, el no saber si van a tener un futuro, el estar todavía con 26 años en tu casa sin poder independizarte porque el alquiler está muy caro porque no tienes suficiente dinero para independizarte, porque no puedes trabajar porque tienes que terminar tus estudios que también son muy largos entre la carrera si la quieres hacer o el máster o el doctorado o la oposición... Todo eso te lleva a decir "qué va a pasar conmigo, con mi futuro". (GF1. Mujeres. 16-22).

- Otra de las cuestiones señaladas es la elevada sensación de **incertidumbre** provocada por numerosos factores como los cambios tecnológicos, los conflictos geopolíticos, el cuestionamiento de la viabilidad de elementos del estado de bienestar como el sistema de pensiones, o el futuro climático. La sensación de constante cambio en la sociedad y de falta de estabilidad contribuyen a un sentimiento generalizado de preocupación.

"H5: O sea, yo creo que más allá de la juventud en general. La forma de vida que tenemos nos enferma de diferentes maneras. Entre la precarización ya desde la realidad material de la propia juventud, que eso ya de por sí te convierte en un sujeto totalmente carente de seguridad." (GF4. Hombres. 23-29).

- **El ritmo de vida acelerado, productivismo y la alta competitividad** también se identifican como factores sociales que generan malestar y estrés, con la sensación de no poder abarcar todo lo que se exige. Las largas jornadas de trabajo, la sensación de alta competitividad (que se desarrolla a escala global) y la escasez de tiempo fuera del trabajo y/o las actividades formativas, provocan la dificultad para el descanso, la realización de ejercicio físico u otro tipo de actividades que pueden funcionar como reductores del estrés.

H2: "En el sentido de que pues... puedes no tener tiempo por razones equis de dar un paseo que sea tu pasión o de jugar videojuegos, o de nadar, o de tocar el saxofón. No tener tiempo para eso puede afectar a tu salud mental y no es nada que puedas solucionar un psicólogo. Es simplemente lo que decía antes, creo que el compañero, lo que subyace". (GF4. Hombres. 23-29).

M2: "[...] un agotamiento físico increíble y sentimiento de estar derrochando energía, de una forma desfocalizada, ¿no? Porque, claro, al no tener el foco, como ha hecho los factores hincapié mi compañero, es un agotamiento a nivel, no solo físico, ¿no?, pero es psicológico, emocional y mucha ansiedad y sensación de pasividad, ¿no?, y culpa y reproche. Quiero hacer de todo, quiero hacer muchas cosas, pero a la vez, la presión por no llegar a todo, no ser capaz, no tener los medios porque te vas topando con las diferentes problemáticas que eres capaz de despertar a ciertas edades, pues dices: ¿En qué puede enfocar la energía de una manera que esté aprovechada? Pero, resumidamente, estamos súper agotadísimos y con carencias de cuidados, personales, sobre todo, hay que intentar enfocarlo en cuidado interno para poder rendir a un ritmo fisiológico, impuesto por ti misma, no por la sociedad. Entonces, eso conlleva una energía importante". (GT7. Racializadas).

- **Cambio social, crisis del sistema e incertidumbre por el futuro:** existe también en el imaginario de las personas jóvenes la sensación de que el modelo social en el que han nacido y que tienen como referencia se encuentra en profunda crisis, sin que se sepa cómo se va a producir su transformación o su fin. Esto genera un alto grado de incertidumbre, que se relaciona con sensaciones de angustia y de ansiedad. Los posibles impactos del cambio climático también se suman a la incertidumbre por el futuro, aunque se mencionan de manera muy minoritaria.

H3: "Esto es una señal evidente de la decadencia del sistema. Y quiero decir, ¿nuestros padres no tenían problemas de salud mental?, sí los tenían, pero no tan extendidos. Porque estaban en un pleno proceso de crecimiento económico con un futuro tremendo a la vista. Nosotros sabemos que nos vamos a la mierda y que el sistema se va a la mierda y que nada se va a sostener. No vamos a desaparecer. Quiero decir, la historia seguirá y seguiremos viviendo solo que el paradigma de vida que teníamos sabemos que se va a destrozarse". (GF4. Hombres. 23-29).

"H3: No me estoy poniendo en modo apocalíptico sino con nada que llueva un poquito menos, la mitad de las cosas que sacamos de la tierra ya no las vamos a poder sacar. Eso lo vamos a ver nosotros. Quizás no me quita el sueño, me levanto todos los días y puedo seguir con mi vida pero sé que dentro de 15 o 20 años vamos a estar un poco peor. Suma incertidumbre, suma rayadas de cabeza. Y quizás te hace pensar que no es factible jubilarme en mi pueblo, por ejemplo. Me hace pensar que tengo migrar por motivos climáticos más al norte. Eso pues mis padres no se lo plantearon nunca." (GF4. Hombres. 23-29).

- **La sobreestimulación, el exceso de información y la alta presencia de sucesos negativos** en los medios de comunicación y redes sociales genera un estado de ánimo negativo.

M2: "También es que vivimos, ahora mismo, bombardeados por noticias, por información... Tengo constancia de que estar todo el rato bombardeado por cosas malas que pasan en el mundo, para una persona positivo no es y mentalmente tampoco. Y ahora mismo los jóvenes tienen mucha inseguridad de saber todo lo que pasa... Venga noticias de clickbait, de casos que pasan, de sentir esa inseguridad de joder, pues en cualquier momento se puede ir todo al traste... Si salgo a la calle, por ejemplo, noticias de apuñalamientos a menores, de peleas en grupo, de palizas, no sé qué... Vas con ese temor constante de decir "pues es que a lo mejor la siguiente puedo ser yo" o "mira qué mal está yendo el país". Y a lo mejor no es cierto, pero tú tienes esa imagen porque es todo el rato la información que a ti te llega". (GF1. Mujeres. 16-22).

- En varias ocasiones se señala al sistema capitalista como causa última de los problemas de salud mental, del que emanan la alta competitividad, el individualismo, la precarización, los cánones estéticos, la opresión y desigualdad en base al género, la racialización, la diversidad y orientación sexual y diversidad funcional, así como la eliminación de herramientas colectivas para el abordaje del malestar emocional. El individualismo que caracteriza la sociedad actual se percibe como una de las causas que provocan malestares y problemas de salud mental.
- La mención a los efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental sólo se produce entre las mujeres de menor edad (GF1), quienes señalan que la pandemia ha generado problemas de concentración y socialización, y remarcan mucho las consecuencias en su momento de su fase educativa (bachillerato) y la dificultad a la que se enfrentaron durante el confinamiento para poder llevar a cabo sus estudios.

Desde la perspectiva de las personas expertas, también coinciden en que los condicionantes de la salud mental responden en gran medida a factores sociales y estructurales frente a los individuales. Sin embargo, sí han aparecido algunos elementos discursivos relacionados con un plano más individual o psicológico.

Por una parte, consideran la adolescencia y juventud como un periodo de desarrollo vital en el que se realizan ajustes y cambios importantes que generan inquietud y malestar inherentes al propio crecimiento. En este sentido, se pone énfasis en la necesidad de no patologizar ciertos malestares y sentimientos negativos que inevitablemente se atraviesan a lo largo de la vida, y de manera especial en momentos de cambio como la juventud.

"Entre los 10, los 11, los 12, los 20, los 25, pues son etapas en las que todavía uno está construyendo su identidad, a todos los niveles. Su identidad sexual, su identidad social, su identidad política, su identidad como miembro de una familia... O sea, está poniendo a prueba sus propios valores, los valores que le oferta la sociedad, de "únete", se une y luego resulta que no le gustan. Entonces, bueno, pues por eso, no pasa nada. Que un niño se ponga el pelo verde con 15 años, bueno, pues da igual, eso no es tan importante. Eso te da señales de que está, pues eso, en búsqueda, pero no es algo como para estigmatizar a un adolescente. Es decir, "ya le está pasando algo"... No. Hay que observar. Por eso, es tan importantes la sensibilidad de los adultos, de saber escuchar, de saber hablar con un adolescente y con un niño sin criticarle, sin regañarle permanentemente." (Entrevista 1. SM Juventud).

Por otra parte, sí se reconocen circunstancias sociales específicas a las que se enfrenta la juventud en la actualidad, en comparación con las de generaciones anteriores. Así, indican que la sociedad actual impone expectativas y presiones a adolescentes y jóvenes adelantando hitos del desarrollo antes de que estén biológica, fisiológica y psicológicamente preparados. Esto se relaciona con una sociedad en la que, de un lado se busca proteger los derechos de la infancia y la juventud, pero de otro ha convertido a estos grupos en objetos de consumo, a quienes se dirige gran parte de la publicidad y del mundo digital desde edades tempranas. Con relación a lo anterior, la influencia de las redes sociales, la búsqueda de validación y la presión estética se señalan como elementos que pueden afectar la autoimagen y generar ansiedad, tal y como se abordará con mayor detalle en el apartado dedicado a las redes sociales.

La discriminación y la interseccionalidad de la desigualdad

Desde casi todas las posiciones discursivas se reconoce que **las personas que son atravesadas por categorías sociales desaventajadas en los distintos ejes de desigualdad tienen mayor riesgo de sufrir situaciones que puedan conllevar el surgimiento de problemas de salud mental**. Aunque se analizarán a continuación de manera pormenorizada, mencionar que **el género, la posición socioeconómica, la identidad y orientación sexual, la racialización, la diversidad funcional, la neurodivergencia** y, en definitiva, todo lo que se salga de la normatividad, son frecuentemente identificados y reconocidos como elementos que, de un lado, agravan las dificultades generales a las que se enfrentan las personas jóvenes, como el acceso al empleo o a la vivienda; y de otro generan otras dificultades añadidas vinculadas a la discriminación, el abuso, el acoso, la invisibilización o la infantilización. Además, también se identifica la interseccionalidad, es decir, cómo la combinación y superposición de estas dimensiones genera situaciones de desigualdad que no pueden entenderse como una suma de factores, sino que éstos interaccionan generando múltiples niveles de exclusión. Así, el reconocimiento de la interseccionalidad por parte de la juventud hace que se identifique la combinación de factores como un potenciador de la vulnerabilidad, ya que cuando se entrelazan elementos como el género, la racialización, la identidad u orientación sexual y la posición socioeconómica, que a veces se señala como un factor clave que puede reducir la discriminación provocada por otras dimensiones, la discriminación se agudiza.

Aunque estas realidades y su repercusión en la salud mental se encuentran más detalladas entre las personas a quienes afectan, cabe destacar que éstas se encuentran presentes en los discursos de la juventud en general, mostrando una **conciencia bastante asentada sobre cómo la desigualdad social y material se asocia con situaciones de malestar emocional**.

tener menos acceso a la institución de la salud mental o las ayudas y tal. O sea, cualquier población precarizada va a tener una salud mental en general peor. Y peores remedios.

E: Por aclarar, ¿en términos económicos?

H5: No, socializar en la precariedad. O sea, ya sea racializada, por cuestión de género, etcétera." (G4. Hombres. 23-29).

"H2: Por ejemplo, Ana Botín, sí, empezó doblando camisetas... no, esa es la de Santander, perdona. Pero, no pasa nada, porque obviamente, a pesar de que eres mujer y puedes estar discriminada en cierto modo, tienes pasta, da igual. Pero una mujer sin pasta va a estar mucho más discriminada que una mujer con dinero. Y ya ni hablemos de racialidad, de... No sé, creo que el estatus social atraviesa absolutamente todo y, si no se tiene en cuenta para... pues como un factor, al final, se está obviando algo tan... como tan intrínseco a nuestra sociedad, que es el dinero. Entonces, si no lo tienes, no puedes..." (GF5. Mixto. 16-29).

Desde la visión más crítica de personas activistas (GT1, GT2 y GT3), se identifica que uno de los factores esenciales radica en la definición misma y **concepción de la salud mental, que impone un modelo normativo** de lo que se entiende por salud mental, calificando de problemático lo que se sale de este modelo normativo. Esta idea se aplica a ejemplos como la homosexualidad y su acepción social, que se ha considerado un trastorno mental en amplios momentos sociohistóricos; pero también a lo que se entiende como problemas de salud mental en cuanto a neurodivergencia o cuando una persona atraviesa una situación de malestar.

"NB1: Y la mayoría de problemas entre comillas, de salud mental, son a causa de intentar llegar ahí y por consecuencia, de una sociedad. Y entonces pues creo que realmente deberíamos como colectivizar la salud mental y no individualizarla porque eso es lo que se espera, individualizar a la persona significa aislarla y significa que la sociedad no se cata de que tiene un problema, y que es la sociedad quien es la culpable de que estemos mal, y de que... Entonces eso, intentar alcanzar una figura super neurotípica es lo que nos hace ser neurodivergentes, básicamente, porque es otra vez esa balanza que no entiende de intermedios, por así decirlo." (GT6. LGTBIAQ+).

"y luego lo que es la palabra salud mental, que una vez más nos referencia a eso de salud - enfermedad. Y entonces la problemática de eso es que quien no está, o sea cualquier persona que se sale de lo normal acaba estando enfermo, por eso la homosexualidad se consideraba enfermedad hasta los años 90 y se dejó de considerar enfermedad porque los colectivos queer en Estados Unidos mandaron cartas amenazando de muerte a los psiquiatras, o sea porque hicieron una campaña y porque hicieron activismo, entonces se sacó de eso, ¿no?" (Entrevista 3. SM Racialización).

A continuación, se analizan los factores que se han señalado con relación al género, la racialización, la identidad y orientación sexual, y la diversidad funcional. En los siguientes apartados se analizan, por tanto, o bien los factores que se han señalado de manera específica sobre estas dimensiones, o bien la manera específica en que se manifiestan en cada uno de estos grupos.

GÉNERO

Las mujeres jóvenes aprecian que algunos de los **factores mencionados se hacen especialmente patentes entre las mujeres**. Así, se señala una **mayor presión estética y comparación social**, especialmente a través de las redes sociales en las que se promueven estándares de belleza poco realistas, y una **sobrecarga de responsabilidades** en comparación con los hombres, lo que se deriva de expectativas sociales tradicionales que asignan a las mujeres roles múltiples, generando estrés adicional. Así, se percibe que el bullying y las normas sociales restrictivas provocan que las mujeres que no cumplen con ciertos estándares sociales pueden enfrentar dificultades adicionales en términos de salud mental.

"M4: A ver, resulta que si lo vemos desde un lado feminista desde esa perspectiva, nosotras, las mujeres, lo que hemos recibido siempre es como ataques masivos de que nosotras tenemos que hacer esto, lo otro, llevarnos para adelante, que si la casa, el trabajo, que si la familia y que tenemos más tarea que los hombres, porque vamos a ver los hombres, tú le dices, "no que se busque un trabajo que estudie no sé qué". Pero a las mujeres no, a las mujeres se nos exige más. Entonces, tenemos esa sobrecarga. Y luego en las redes sociales lo mismo, en las noticias, en algunos programas de la televisión. Todo esto es como... desde el lado... hacia nosotras las mujeres lo veo yo como va castigado porque es que se nos exige demasiado. Entonces, quiera o no eso nos repercute a nosotros con el tiempo, si no es ahora que la juventud nuestra lo puede... se puede dar en el futuro, cuando seamos más madura, más mayores." (GF2_Mujeres_23_29).

M2: "Que cuando estabais hablando del canon de la mujer y tal, justo me estaba planteando la misma pregunta que has hecho tú, rollo... si se podría decir que hay más mujeres con menos salud mental que hombres. Pero como también está el lado de que los hombres no hablan, porque "por qué voy a decir yo cómo me siento, hago un press de banca y se me olvida". Pues hombre, a lo mejor sí que tienen aquí cositas que no se trabajan, nosotras sí que somos más abiertas a cualquier movida, "oye, tía, que es que mira, ha pasado tal" y ahí sí que tenemos como una vía de escape. Que luego sí que es verdad que tenemos muchísimas más presiones de... tal, tal, tal, tal, que no tienen ellos, a ellos se les permite. Cualquier tío famoso que se haga mayor que le salgan arrugas y aparezca con barriga en la playa, muy bien, que no le pase una mujer... Entonces, obviamente tiene muchísima presión la mujer que el hombre. Pero en cuanto a vías de escape de poder desahogarse y tal, creo que las mujeres, en ese sentido, lo tenemos un poco más fácil." (GF1. Mujeres. 16-22).

Además, también se mencionan otros problemas como mayor vulnerabilidad de las mujeres a vivir situaciones de **soledad no deseada** o situaciones de **violencia de género** referenciadas tanto de manera directa como indirecta durante las técnicas conversacionales. La mayor presencia de problemas de salud mental en mujeres con orientación sexual no normativa o la mayor probabilidad de sufrir situaciones de violencia y acoso entre mujeres discapacitadas que sus homólogos masculinos, también son cuestiones mencionadas entre las personas activistas y expertas (GT6, GT8, Entrevista 2).

"M5: (...) también somos más vulnerables a sentir esa soledad no deseada. Por ejemplo, cuando una mujer es madre, después del parto y tener el bebé y que todo el mundo haya ido a ver el bebé porque es la novedad y ya está. Siente ese sentimiento porque a lo mejor el resto del grupo de amistades no han sido madres. Y ella ya tiene otras preocupaciones y nosotros nos apartamos de ella, o ella no se suma a los planes porque se está haciendo cargo de un bebé. No cuentas con ese grupo de apoyo y te sientes más sola. Por ejemplo, no sé si es tu caso. Pero situaciones parecidas a las de la compañera, que es que me tengo que hacer cargo de una persona bien sea familiar o no. Ya tengo que cambiar un poco mi vida, reajustarla un poco y ya como estoy viviendo otra perspectiva de vida también me siento sola. Una reflexión aquí que me acaba de llegar a la cabeza. En momentos determinados podemos ser más propensos a sentir esa soledad o no. No tiene por qué, pero bueno puede ser.

M1: Yo por ejemplo con mi situación me siento sola. No tengo a nadie. O sea, la familia de mi madre como tiene su vida, "pues lo que Necesites". Pero luego la realidad no es esa. (GF2. Mujeres. 23-29).

Por su parte, los hombres jóvenes identifican como **positivos los cambios que se están produciendo en la masculinidad**, que relacionan con una mayor expresión y visibilización de las emociones. En este sentido, identifican que las expectativas tradicionales de masculinidad y la presión para adherirse a roles rígidos de género han llevado a la falta de expresión emocional en los hombres, lo que supone una traba para la salud mental en el género masculino. Aunque se identifica un cambio hacia la apertura emocional y la deconstrucción de las nociones tradicionales de masculinidad, aún se identifican desafíos como la reticencia social a mostrar debilidad o vulnerabilidad. Mencionar que, aunque es un discurso minoritario, también se ha manifestado la preocupación por la salud mental de los hombres como grupo más vulnerable, apelando a que la tasa de suicidio es superior entre los hombres que entre las mujeres.

LGTBIAQ+

Como ya se ha mencionado anteriormente, el reconocimiento de la identidad y la orientación sexual como dimensión que genera desigualdad y situaciones de vulnerabilidad, precariedad, es identificada desde todas las posiciones discursivas.

En los grupos focales se hace mención a la **estigmatización y discriminación** que aún hoy genera la homosexualidad y la orientación sexual no heterosexual, o la identidad de género no normativa, como en el caso de personas trans. Entre las personas más jóvenes, estas situaciones de discriminación se materializan en casos de bullying (GF1, GF3). Así, a ojos de la juventud, a pesar de los avances en la visibilidad y aceptación de la diversidad sexual y de género, se señala que todavía queda mucho por avanzar, especialmente en el respeto y la comprensión hacia personas LGTBIAQ+ y personas con identidades no normativas.

Respecto a la medicalización relacionada con la identidad de género, se critica el debate suscitado en la sociedad por la posibilidad de hormonación en edades tempranas, mientras que paralelamente se tiende a la medicalización de los problemas de salud mental sin que se cuestione socialmente este abordaje.

En el grupo triangular realizado con personas LGTBIAQ+ que ejercen cierto tipo de militancia o activismo, se han identificado, además, otros factores específicos vinculados con la salud mental en este colectivo.

En primer lugar, se señala que **las personas LGTBIAQ+ presentan indicadores mucho más altos de vulnerabilidad y problemas de salud mental** (incluyendo estresores vitales, ansiedad, depresión y comportamientos suicidas) (GT6, Entrevista 2), especialmente entre personas trans, y también más altos entre mujeres no cis hetero⁷⁵. Así, los datos proporcionados indican que las **personas trans experimentan tasas más altas de pensamientos suicidas, intentos de suicidio y acoso escolar** en comparación con las personas cisgénero, lo que se atribuye a diversas formas de violencia y discriminación. Específicamente en adolescentes y jóvenes se identifican problemas de acoso, discriminación y falta de información sobre orientación sexual y salud mental, altamente demandada desde centros educativos (Entrevista 2). Esta amenaza de violencia afecta significativamente la salud mental de las personas LGTBIAQ+ (GT 6).

Por otra parte, se percibe que en la actualidad persiste un estigma y discriminación social hacia las personas LGTBIAQ+, especialmente las personas trans, como "enfermas", haciendo referencia, entre otras cosas, al abordaje desde el sistema sanitario a la transexualidad. Esto genera una desconfianza y una fuerte crítica hacia el sistema médico, provocado por las dificultades en el acceso a la atención médica adecuada y respetuosa para las personas LGTBIAQ+. También se critica el abordaje por parte del personal médico, bien por falta de conocimiento sobre las realidades y necesidades específicas de las personas LGTBIAQ+, bien por un posicionamiento voluntario que pueden materializar en objeción de conciencia. La dificultad para encontrar profesionales de la salud mental que comprendan y respeten las identidades LGTBIAQ+, y el esfuerzo necesario para encontrar un entorno seguro y respetuoso, se perciben como desafíos adicionales a perseguir.

⁷⁵ Cis hetero es una abreviatura de cisgénero (personas cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer) y heterosexual (personas inclinadas sexualmente hacia individuos del sexo contrario). Las mujeres cis hetero son aquellas que nacen siendo identificadas como mujeres y se identifican como tal, y que, además, son atraídas sexualmente por hombres. Definiciones a partir de: <https://www.cromosomax.com/> y RAE, <https://www.rae.es/>.

“NB1: Yo creo que queda mucho por conseguir en el sistema médico, y voy a hablar de las personas trans porque al final es un poco lo que me achaca. Yo mi proceso fue muy lento porque yo soy de un pueblo y mi médico de cabecera puso objeción de conciencia para no recetarme la testosterona en su día, me cambié a otro centro de salud y me dijeron que no tenían ni idea tampoco. (...) Yo no confío en el sistema médico, no confío en los profesionales médicos, no confío, en esa institución no confío, porque me han dicho que, por una objeción de conciencia, por ser yo, me he quedado sin médico. Y es un trago, es un trago. Y tener que estar llamando a un montón de centros, tener que plantearte la privatización de las hormonas también, que son super caras, pues son decisiones en el momento son muy duras y te bloqueas un montón. Cuando vas y te rechazan de esta manera, y cuando ves que el proceso es tan complicado, cuando consigues ir a la unidad de identidad de género de Madrid y te dan cita en un año para la 1ª revisión a ver si te dan la testosterona o no, o cualquier hormona, y pasando por tests de vida real, y pasando por... Esto ahora se ha quitado, pero con la posible derogación de la ley trans a lo mejor vuelve, pero tenemos que decir que nos gusta el azul, o no nos gusta el rosa, y si nos gustan las muñecas o los coches. Esto nos ha pasado, y sigue pasando a día de hoy, después de un año de espera que te hagan un interrogatorio para ver si de verdad eres un chico o una chica, y las personas no binarias por supuesto se quedan fuera, lo cual también es un peso a sumar en su salud mental también.” (GT6. LGTBIAQ+).

Todo esto, sumado a la incertidumbre ante la posibilidad de perder acceso a la medicación en caso de cambios en la legislación, contribuyen a la desconfianza en el sistema médico y generan estrés, que se percibe como un entorno violento hacia las personas LGTBIAQ+. Así, la burocracia y las barreras institucionales, como la espera prolongada para obtener atención médica, el cuestionamiento de la identidad de género y la posible derogación de leyes protectoras, generan **violencia institucional que impacta negativamente en la salud mental**.

“NB1: Y ahora si se deroga la ley a lo mejor yo me quedo sin médico, porque yo no estoy por endocrino, sino que estoy por médico de cabecera, y si en algún momento mi médico de cabecera tiene que abandonar el centro yo me quedo sin medicación, yo me quedo sin hormonas, porque tendría que empezar otra vez el proceso porque es una de las partes de la ley que se derogarían. Entonces me parece que es un mundo súper violento, es un mundo súper hostil, no está nada preparado para nosotres, ni siquiera las propias hormonas son para nosotres, yo tomo hormonas que quiere tomar un chico en... para petarse en el gimnasio y las mujeres trans toman hormonas que toman las mujeres CIS en ciertos ciclos de la menopausia o de más, ni siquiera son hormonas que estén hechos para nuestros cuerpos y que nos puedan sentar bien, sino que tenemos que tomar hormonas que tienen un montón de efectos secundarios porque no están pensados para nuestras corporalidades. Entonces me parece que tiene que avanzar muchísimo el sistema médico y el sistema de salud mental, que nos rechazan todo el rato y que no nos tienen en cuenta, y tiene que haber formaciones médicas, y tiene que haber mucha más facilidad de acceso e información.” (GT6. LGTBIAQ+).

“NB1: O sea, es que yo creo que seguimos siendo monstruos y seguimos siendo enfermos de cara a la sociedad, porque la gente que ha consolidado las leyes que nos definían como enfermos, las leyes que nos definían como monstruos, siguen vivos, porque fue hace unos añitos, te quiero decir, no fue hace un siglo, dos siglos, salimos de la lista de enfermos en 2016, estamos en el 2023. Entonces quieras que no tenemos una herencia, yo tengo en mi informe médico que estoy enfermo, o sea, pone transexualismo en mi informe médico, como una enfermedad. Pone otitis, yo qué sé, pólipos, no sé qué, y transexualismo, y yo tengo medicación crónica para mi transexualismo, que es la testosterona, sigo dentro de un sistema médico que me está llamando a enfermo. Y es una lucha constante todo el rato porque no paramos, y más allá de las leyes y tal es como cómo no vamos a estar loques, cómo no vamos a ser neurodivergentes, si tenemos miedo de que nos maten por la calle cada día.” (GT6. LGTBIAQ+).

Otras cuestiones señaladas desde la mirada experta y que afectan específicamente a la población joven LGTBIAQ+ se relacionan con la posibilidad de que algunos adolescentes puedan experimentar confusión en cuanto a su orientación sexual, y que no cuenten a esa edad con los recursos psicológicos para abordar estos temas. Además, situaciones como la falta de representación en su grupo, o la incompreensión por parte de familia y grupo de pares pueden suponer factores relevantes de estrés y confusión. A pesar de los avances, se señala que aún persisten desafíos en la sociedad y en entornos concretos, como el entorno médico, respecto a la forma en que se abordan cuestiones de orientación sexual y de género.

"Entonces, el tema de los padres, por ser el grupo primario un poco de apoyo más cercano, el tema de... a nivel social, lo que se ve también a nivel social, lo que escuchas en el bus, en la calle, cómo se orientan las noticias de prensa, que algunas están totalmente sesgadas, ¿no? a la hora de poner o de comentar cualquier tipo de noticia. Yo creo que... o incluso en, cuando vas al médico, cómo se dirigen a ti o cómo quieres... No te preguntan cómo quieres que se dirijan a ti. A lo mejor eres una persona, no sé, pues trans, por ejemplo, y dan por supuesto que se tiene que dirigir a ti sin preguntarte, ¿sabes? O sea, yo creo que todas esas cosas todavía están en la sociedad, porque claro, vamos avanzando, pero poquito a poco." (Entrevista 2. SM LGTBIAQ+).

RACIALIZACIÓN

La racialización también es percibida e identificada desde diferentes perfiles discursivos como una de las dimensiones esenciales que conforman la desigualdad y discriminación y que, por ende, acentúa las probabilidades de generar malestar emocional y problemas de salud mental.

En el imaginario de la juventud está presente la discriminación racial y el trato diferencial basado en la apariencia o la nacionalidad que se manifiesta en situaciones cotidianas y que contribuye a la **vulnerabilidad de las personas jóvenes racializadas**. Se identifican, por tanto, actitudes racistas arraigadas en la sociedad que se exacerban hacia algunos colectivos como el de personas negras, pero que a menudo se encubren o minimizan, sin que haya un reconocimiento social de estas actitudes.

Los medios de comunicación y redes sociales se señalan como un entorno en el que se produce una mayor hostilidad hacia las personas racializadas, específicamente hacia la población migrante. Por un lado, se percibe que las personas racializadas y migrantes sufren mayor hostilidad en las redes sociales, donde se producen comentarios negativos basados en la religión, etnia o color de piel. Por otra parte, se identifica cómo los medios de comunicación estigmatizan a la población migrante vinculándola con comportamientos delictivos, especialmente a algunos grupos como los menores extranjeros no acompañados, generando narrativas negativas e imágenes estereotipadas alrededor de los mismos, e incrementando su situación de vulnerabilidad. Además, se señala que algunos grupos racializados pueden tener menos acceso a la atención de salud mental, ya sea pública o privada, lo que podría contribuir a niveles más altos de ansiedad y trastornos mentales sin la debida atención.

"M6: (...) por ejemplo, veo que cuelga en una noticia en Instagram. No sé, alguien robó algo y la primera pregunta es, ¿nacionalidad?, ¿come jamón o no come jamón? Es como... OK, si yo fuera musulmán y me pusiera a leer todos los comentarios que ponen a lo mejor sí que me sentiría un poco atacada. Llega una patera y los comentarios son los mismos. O sea, entonces creo que a lo mejor sí que hay definitivamente grupos que sí son ya más vulnerables. Desgraciadamente a lo mejor esos grupos no tienen acceso ni tanto a la sanidad pública como a la privada. Pero seguramente si te los pones a analizar tendrán unos niveles altísimos de ansiedad o de trastornos." (GF2. Mujeres. 23-29).

Desde las voces activistas y expertas se identifican varias causas profundas del malestar emocional de las personas jóvenes racializadas que pueden provocar problemas de salud mental.

En primer lugar, señalar que lo que comparten las condiciones de existencia de las personas racializadas es el racismo estructural, ya que la **diversidad de realidades y circunstancias dentro del colectivo de personas racializadas es muy amplia**, así como los distintos niveles de las situaciones de vulnerabilidad. Así, se señala el racismo estructural y la discriminación institucional de nuestra sociedad, acompañado de una falta de comprensión real del racismo, que va más allá de las interacciones individuales y aborda estructuras sistémicas, afectando a las oportunidades y experiencias materiales de las personas racializadas. La naturaleza del racismo, por tanto, no descansa en la suma de los comportamientos y actitudes individuales de personas con valores racistas, sino que descansa en una estructura social que produce y reproduce discriminación hacia las personas racializadas.

"H: Yo, mis análisis, por ejemplo, nunca son desde una perspectiva moral, porque muchas veces se tiende a asociar eso de "¿cómo puedo ser racista si soy buena persona?". Es una cuestión de las relaciones sociales. Y, en esas relaciones sociales, es donde viene impreso todas las actitudes que se van reproduciendo." (GT7. Racializadas).

"H: También, ahí sí que soy un poco pesimista, porque creo que las personas racializadas, que a mí no me gusta mucho el término, pero bueno, para que nos entendamos, creo que están condenadas a que su salud mental nunca llegue a ser al cien por cien, más que nada, pues la relación que tienen en lo social de forma general, ¿no? Quiero decir, no existe la capacidad de superar de forma individual, o al menos yo no la percibo, de superar de forma individual algo que es totalmente estructural y, en tanto que la estructura no pueda cambiar, te quedas condicionada a ella. En tanto tú quedas condicionada a ella y a sus relaciones, quedas condicionada a los resultados que ésta te dará." (GT7. Racializadas).

Esta **discriminación estructural e institucional** se traslada y reproduce en ámbitos como el educativo y académico, el profesional o el sistema médico. En el ámbito educativo, se identifica una falta de referentes y de referencias culturales que se relaciona con una invalidación de conocimientos de las experiencias y realidades de las personas racializadas, y con la dificultad de investigar en el ámbito académico sobre cuestiones vinculadas con el racismo y la descolonización. La falta de representación en entornos académicos genera sentimientos de desvalorización y, se señala, puede afectar a la autoestima y la confianza en la capacidad intelectual, teniendo un impacto directo en la salud mental. La invisibilidad en estos espacios y la necesidad de luchar contra estereotipos provoca una lucha constante por demostrar las capacidades y por cumplir con estándares más altos para acceder a los mismos. Todo ello se relaciona con sentimientos de frustración, falta de reconocimiento y una presión por la excelencia que aumenta la carga psicológica y afecta a la salud emocional.

"M1: una cosa que nos afecta mucho a nivel de salud mental sería la invalidación constante. Ya en el colegio, aquí en contexto España, se han invalidado tantos conocimientos y saberes de otras partes del mundo, que precisamente también nos apelan, seas blanque o no, nos apelan. O sea, no puede ser que solo estudiemos América y Europa en Ciencias Sociales, por ejemplo, y que todo sea desde el punto de vista victorioso, como por ejemplo en cuanto al colonialismo. Hay una parte que no se cuenta, y es la parte más importante para entender cómo se ha creado el mundo hoy en día, perdón, a nivel de patriarcado y capitalismo, y creo que allí en el cole ya empieza. Ya empieza esta visión eurocéntrica, que a veces hasta las mismas personas racializadas la podemos adoptar de manera inconsciente. (...) Nada, yo creo que sobre todo invalidación. Invalidación de conocimientos. Y que todo esto hace que no te veas representada en ningún sitio. O sea, ya no estamos hablando de producciones audiovisuales o del ámbito artístico, estamos hablando de que no ves referencias de personas racializadas y eso hace que sientas más inseguridad o que, a lo mejor a la hora de alzar la voz, no te veas con tanta validez como para decir según qué. Y encima la habitual minimización en ámbito escolar por parte del profesorado, que lo califica, lo infantiliza y lo califica como algo de niños o te invalida de otra manera." (GT7. Racializadas).

Otra de las cuestiones que se ha señalado como clave en el malestar emocional de las personas jóvenes racializadas es la construcción de la propia identidad. La búsqueda de identidad personal, especialmente entre aquellas personas criadas en entornos diferentes a su origen racial, puede generar confrontaciones internas y conllevar dificultades en la construcción de la identidad en etapas como la adolescencia o la juventud. Las personas racializadas expresan cómo en ocasiones se produce una **sensación de falta de arraigo y de no encontrar un espacio propio** provocado por el espejo de "diferente" que le devuelve la sociedad, pero con una falta de identificación completa con el lugar de origen. Así, la construcción de la identidad es un desafío significativo para las personas jóvenes racializadas mediatizada por las experiencias de desarraigo, los estereotipos o la exotización sexual de la racialización y las presiones para encajar en la sociedad dominante.

"H: Pero, encima, porque es un sentimiento, yo creo, muy compartido, sobre todo para esos que de alguna forma acaban teniendo la etiqueta de migrante, sean o no migrantes, sean o no nacidos, ¿no?, y es esa falta de arraigo en algún espacio nacional, ¿no? Y es lo que hace el nacionalismo, ¿no?, que nos identifican en un espacio muy concreto. Y creo que, particularmente, esas personas que llevamos esa etiqueta de migrante, no acabamos de encontrar verdaderamente nuestro sitio, ¿no? Porque es lo que se dice siempre, cuando tú vas ahí o vuelves de lo que representa que te dicen que eres un extranjero, pero aquí también constantemente llevas esa etiqueta de extranjero. Y eso hace que, de alguna forma, tu identidad a veces se vea incompleta, ¿no?" (GT7. Racializadas).

"H: O sea, sí que es verdad que nuestro carácter migrante cada vez juega un papel muy fuerte, sobre todo en un momento donde el nacionalismo está en un punto de auge tan grande, ¿no?, donde no acabamos de encajar en ningún lado y tenemos que estar constantemente pendientes y eso afecta a eso que ella habla tanto, la salud mental." (GT7. Racializadas).

Cabe destacar que estos sentimientos son compartidos por personas nacidas en el estado español, o que han formado parte del sistema de adopción internacional desde muy temprana edad, lo que evidencia que el sentimiento de diferencia o la dificultad de identificación no se deriva de un proyecto migratorio, sino que parece responder en mayor medida al etiquetaje social de la persona como diferente, extranjera o extraña. Así, esta distancia parece responder más a experiencias de racismo y estigmatización que a la trayectoria vital concreta. Los comentarios raciales, incluso aquellos que se presentan como halagos, y la percepción de no encajar en el entorno pueden impactar profundamente en la autoimagen y autoconcepto y afectar al autoestima a lo largo de la adolescencia y la juventud.

"F: Sí, sí que tiene relación. O sea, tú tienes una, o sea, tu identidad es distinta a los demás en el sentido en el que tú a lo mejor has nacido aquí y si te consideras española, pero a ti la gente lo primero que te pregunta es "¿de dónde eres o de dónde son tus padres?" o "tú eres el diferente" todo el rato. Tú eres el diferente y luego encima con el racismo de es que eres mora, es que eres negra, es que eres un mono, es que estás sucio, es que no sé qué, que se da, o sea en la todo lo que es la infancia, o panchito, no sé cuánto. (...) Entonces tú a lo mejor tu casa comes comida de otro país, pero luego tú cuando hablas con tus primas y con tu familia, no tienes el idioma, entonces tu identidad ni siquiera es la otra que es como toda la identidad de las personas migrantes, también cuando llegan y cuando tal, pero para las hijas de migrantes, que yo creo que es algo que se ha estudiado mucho menos, por lo menos aquí." (Entrevista 3. SM Racialización).

Para las personas racializadas, el proceso de toma de conciencia sobre estas discriminaciones estructurales y la presión social para conformarse con estereotipos y expectativas racistas genera conflictos internos. El proceso de "despertar decolonial" puede ser doloroso y conflictivo, ya que implica cuestionar y desafiar las normas sociales establecidas, y poner en cuestionamiento relaciones personales con amistades y entornos familiares en las que han penetrado estas dinámicas. Esa toma de conciencia y la reconfiguración de las relaciones emocionales se transmiten como un proceso que genera emociones negativas y que puede afectar a la salud mental.

"H: Y eso te pasa con amistades. No sé aquí si a las compas les ha pasado, pero yo una de las cosas más difíciles, que me han costado de llevar, es que a medida que yo he tenido mi despertar, como le llamo yo, decolonial, más he chocado con amistades de toda la vida. Porque las relaciones que tenía establecidas con ellas eran unas relaciones que reproducían algo que para mí era muy dañino y era muy dañino para la sociedad y, en el momento que puse cuestionamiento ese algo, amistades de gente que sé que verdaderamente me quiere, puse en cuestionamiento toda mi capacidad de comprender ese halo. Y eso, seguramente, es de las cosas que más duelen y más miedo dan, el hecho de cómo yo ahora afronto estas dos realidades, mi realidad y la realidad que he construido han tenido que ser consciente de ese tipo. Y todo eso, pues, al menos en mi persona, acaba siendo bastante devastador en ese apartado de la salud mental, en cómo te comprendes". (GT7. Racializadas).

"M2: Pero sí es, sobre todo, bastante rechazo y agresividad por hacerles ver la parte que les toca. Oye, si a mí me hace mal esto o no me hace bien o no me resuena, porque tenemos memoria histórica de ecos, de situaciones que al día a día se van banalizando, ¿no? Hablar en terminologías como "va hecho un gitano", "es un gitano", no sé... Expresiones coloquiales del día a día, pues traen eco y traen memoria histórica, que hieren. Y entender que la persona de tu círculo que supuestamente... o que te quieren, te están hiriendo con comentarios que, a lo mejor, no quieren, no son conscientes de que lo están diciendo, no son conscientes de lo que están generando. Pero que sí empaticen cuando se les haga ver que, oye, que si a ti te molestaría que yo te dijese "oye, vas mal peinado", a mí me molesta que me digas esto, ¿no? Para nada comparable, ¿vale?, ahí hay diferentes niveles, aspectos, y depende de la importancia que le dé a cada uno." (GT7. Racializadas).

También el plano de las interrelaciones sociales, se siente una victimización y paternalismo que se relaciona con una infantilización de las personas racializadas desde una perspectiva supremacista blanca.

"M1. (...) Y, luego, también, esa mirada hacia tu cuerpo, hacia tu persona, de infantilización, de paternalismo, de víctima, de "pobrecito, qué mal lo pasa", desde esta parte altruista, pero altruismo en el sentido negativo de decir "ostras...". Bueno, el salvacionismo blanco. Esta cosa de "pobre gente, vamos a ayudar o vamos a tratarles mejor" y...

M2: Sí, perdona por interrumpir. Es eso, enfatizar en el papel de víctima que te coloca la sociedad, víctima o victimizado.

M1: Sí, como si no pudieras ser nada más. Y eso, al final te coloca en un lugar de infantilización donde parece que no tengas otras capacidades. Es como también lo que decía el compañero, del tema de que, al final, se te meten muy dentro de lo emocional, de lo impulsivo, de lo inconsciente, de lo irracional. Que si te estás expresando, sea para bien o para mal, pero sobre todo para mal se suele incidir... si te estás quejando, pues es que es algo que te has tomado de manera personal." (GT7. Racializadas).

Respecto al abordaje de la salud mental, se señala la presión en las redes sociales y determinados ámbitos para promover una salud mental "perfecta", lo que genera expectativas irreales y presiones adicionales, dadas las discriminaciones estructurales.

"H: Creo que las administraciones justamente entienden que el sistema racista beneficia a las propias administraciones. O sea, y siempre pongo el mismo ejemplo: Almería. Quien recoge la fruta en Almería o en Huelva por 3€, es gente que se parece más a mí que a la mayoría de compañeros míos de clase. Entonces, ¿cómo cambiamos eso en un sistema capital que, a día de hoy, está en una regresión misma? (...) El racismo tiene una funcionalidad y, en tanto que tiene esa funcionalidad, va a cumplir esa funcionalidad. Y ahí es donde nosotras, las jóvenes racializadas, los jóvenes conscientes, nos tenemos que organizar y echarle el pulso al sistema desde un desde un organismo totalmente emancipado y que no dependa de ella. Y eso sí que... En esa línea me muevo, a día de hoy." (GT7. Racializadas).

DIVERSIDAD FUNCIONAL Y/O DISCAPACIDAD

La diversidad funcional y/o discapacidad es otra de las dimensiones identificada por las personas jóvenes como generadoras de mayor vulnerabilidad ante el surgimiento de problemas de salud mental, si bien es cierto que está algo menos presente en los imaginarios y discursos que otros ejes de desigualdad.

En los grupos focales se aprecia que, a pesar de que ha habido avances y cierta toma de conciencia al respecto, todavía se sigue ejerciendo una discriminación y estigmatización de las personas con diversidad funcional y/o discapacidad, que se manifiestan en el uso de **términos desactualizados y estigmatizantes** como "minusválidos" para referirse a personas con movilidad reducida o discapacidad, que pueden influir en la percepción de la valía de estas personas. También se identifican **prácticas discriminatorias**, especialmente durante la infancia y la adolescencia, hacia personas que no son neurotípicas o que tienen un cuerpo no normativo, que pueden ser blanco de *bullying* y estigmatización, lo que puede tener un impacto significativo en la salud mental.

Desde la mirada de las personas jóvenes, resulta necesario mejorar la formación y visibilidad para cambiar actitudes hacia las personas con diversidad funcional en la sociedad en general, pero de manera especial en los entornos educativos. La implementación real de la educación inclusiva y la representación respetuosa con las personas con diversidad funcional en los medios de comunicación se apuntan como cambios esenciales de mejora.

Desde las **voces activistas y expertas en diversidad funcional y/o discapacidad** exponen una multitud de problemáticas y experiencias negativas que provocan que las **personas con diversidad funcional y/o discapacidad sean más vulnerables a problemas de salud mental**. Problemas como experiencias de acoso, traumas, depresión y estrés postraumático, a menudo exacerbados por la falta de apoyo y comprensión, conllevan un impacto significativo en la salud mental de las personas con diversidad funcional y/o discapacidad, que se manifiesta en trastornos como la depresión, el estrés postraumático, comportamientos autolesivos e intentos de suicidio. Aunque necesariamente de manera sintética, teniendo en cuenta la complejidad y la cantidad de cuestiones mencionadas, se exponen a continuación los principales problemas a los que se enfrenta las personas jóvenes con diversidad funcional y/o discapacidad como factores que causan problemas de malestar emocional y salud mental.

La **falta de accesibilidad en diversos aspectos de la vida**, como las barreras físicas en viviendas, entornos urbanos y espacios de ocio, dificultan la participación en actividades cotidianas que afecta a la autonomía y el disfrute del ocio (GT8, Entrevista 4), lo que contribuye al surgimiento de problemas de salud mental. También se hace referencia a la falta de atención a la accesibilidad cognitiva y sensorial, menos tenida en cuenta, y se señala la necesidad de considerar las necesidades específicas de personas con discapacidades cognitivas y sensoriales, como el autismo. La falta de accesibilidad y las actitudes discriminatorias contribuyen a un sentimiento de exclusión social ligado a la sensación de que no se pertenece o se puede pertenecer a ciertos entornos sociales.

Se señala la **discriminación laboral**, con tasas de desempleo elevadas, precariedad laboral, estigmatización y percepciones erróneas sobre las capacidades de las personas con diversidad funcional, en los centros de empleo destinados a personas con discapacidades. Las personas jóvenes con diversidad funcional o discapacidad señalan barreras infranqueables y prejuicios que dificultan la adaptación de puestos de trabajo a sus necesidades. Esta discriminación, además, se intensifica cuando intersectan identidades de género y orientación sexual, y cuerpos no normativos, lo que aumenta los niveles de discriminación y dificulta su integración en la sociedad.

También se aborda la **falta de inclusión real en el sistema educativo**, donde aún persisten barreras y falta de sensibilidad y formación de parte del profesorado. La falta de adaptaciones a las necesidades específicas de las personas con diversidad funcional o discapacidad, como puede ser la necesidad de periodos de descanso, la falta de comprensión por parte de profesores y la resistencia a hacer ajustes educativos dificultan la participación y el rendimiento académico de estas personas. Además, los porcentajes de personas con diversidad funcional o discapacidad que sufren acoso escolar son muy elevados, lo que afecta negativamente su experiencia educativa y su salud mental. Todo ello provoca que la etapa formativa conlleve altos niveles de frustración y estrés entre las personas con diversidad funcional y/o discapacidad, entre quienes la finalización o no continuación de los estudios puede llegar a suponer una estrategia de autoprotección y autocuidado de su salud mental.

Otro aspecto que se señala es el **desconocimiento generalizado sobre la realidad de las personas con diversidad funcional o discapacidad**, lo que contribuye a la persistencia de estereotipos y prejuicios y evidencia la necesidad de formación en centros educativos y lugares de trabajo para crear conciencia de manera transversal. Esto se relaciona con la invisibilidad y falta de representación en los medios de comunicación, en los discursos públicos y en los espacios visibles o de poder. En este sentido, se expresa la necesidad del empoderamiento y la necesidad de construir una sociedad más inclusiva que reconozca y respete la diversidad en todas sus formas. La estigmatización y la infantilización de las personas con diversidad funcional o discapacidad y la falta de referentes positivos contribuye a la percepción errónea de las mismas y a la falta de comprensión de las necesidades y capacidades de estas personas, afectando negativamente a su bienestar emocional (GT8, Entrevista 4). Esta visión capacitista y paternalista de la discapacidad, incluso por parte de las familias cuidadoras, influye en la conformación de una autoimagen con limitaciones y dificulta el desarrollo autónomo.

"M3: Pero no es un "no, mire es que le duele aquí y aquí", muchas veces, desde ese paternalismo de la familia, de la figura cuidadora, no se entiende que está siendo paternalista. Y es eso, es una falta de educación y es esa sensación que a ti te produce que venga tu madre, por ejemplo, y diga "mire, es que le pasa esto" y luego tú le digas "no contestes por mí" y que te diga, "es que acabamos antes, es que me ha preguntado a mí, es que no entiendo por qué te molestas, porque me estás haciendo sentir..."

M1: No se concibe la discapacidad sin paternalismo. No existe. Para el resto del mundo, no para el resto del mundo no existe. ¿Quiénes son las personas, quiénes son los directores, quiénes son las personas que forman las juntas directivas, quiénes son los representantes? Son los padres de las personas con discapacidad. Siempre." (GT8. Diversidad Funcional).

Esta **estigmatización y discriminación social** se combina con la percepción de una presión social para ser "fuertes" y alcanzar las expectativas compensando sus diferencias mediante un esfuerzo adicional, lo que produce una presión y autocrítica constante que puede contribuir a la aparición de problemas de salud mental. También se hace referencia a la experimentación de violencias y maltrato en el entorno familiar, educativo y médico que sin embargo pueden ser difícilmente percibidas. Estos traumas impactan en la salud mental y malestar emocional, generando experiencias de estrés postraumático, mientras que el entorno empuja a estas personas a expresar fortaleza, incluso cuando tienen problemas de salud mental, contribuyendo a una falta de reconocimiento y apoyo (GT8). Se denuncia la **falta de medidas preventivas adecuadas y la falta de justicia para quienes sufren violencia y abusos sistémicos**, lo que contribuye a la perpetuación de estos problemas. Así, se identifica una falta de respuestas institucionales y la necesidad de una defensa más efectiva de los derechos de las personas con diversidad funcional ante situaciones como la discriminación en entrevistas de trabajo o a la hora de alquilar una vivienda.

La discriminación en el ámbito médico se presenta, por otro lado, como un problema de especial gravedad. Las personas con diversidad funcional o discapacidad experimentan actitudes paternalistas y de infantilización en entornos médicos, produciéndose en ocasiones una falta de sensibilidad y abordaje adecuado de sus circunstancias y necesidades específicas. En situaciones como éstas se percibe de especial importancia contar con una red de apoyo adecuada que ayude a afrontar situaciones estresantes o difíciles.

"M3: Sí, y es que te das cuenta de que hay un capacitismo y un paternalismo en el sector médico. Eso repercute en ti, te convierten en una inútil, porque, de repente, tú no puedes hablar por ti. Cuando tu familia te dice "bueno, es que he contestado yo porque acababa antes". Bueno, es que me estaban preguntando a mí. Y tú te quejas y dices "es que quiero contestar yo, porque a la que le duele es a mí, porque la que está acudiendo a consulta soy yo". Y yo, cuando empecé a ir con mi pareja al médico, es una persona que entendió desde el minuto cero el "yo no lo vivo, háblalo tú" y, cada vez que le hablaba a él, era como "no sé, pregúntale a ella, ¿no?" (GT8. Diversidad Funcional).

"M3: Porque tú estás aún dentro de la consulta, aún estás haciéndote pequeñita porque la persona facultativa ha decidido que, bueno, tú no sabes nada. Tú llevas equis años habitando tu cuerpo, pero tú no sabes nada, yo lo sé todo.

M2: Nunca lo sabemos, nada.

M3: No. Nunca, somos unas ignorantes. Ya no digo el médico, digo en un cualquier lado..." (GT8. Diversidad Funcional).

Con relación al sistema institucional, también se describe la **dificultad para obtener el reconocimiento oficial de la discapacidad**, enfrentando procesos burocráticos complejos y a menudo inadecuados, lo que impide el acceso a recursos médicos y adaptaciones domiciliarias debido a la falta de reconocimiento de discapacidades.

Por otra parte, se expresan **desafíos en las relaciones personales y sexuales**, como la falta de comprensión de las necesidades específicas, la falta de educación sexual adaptada y la dificultad para comunicar y abordar temas relacionados con la salud sexual. Por otro lado, las violencias sufridas durante la infancia, incluidas las médicas, institucionales y educativas, pueden dificultar e influir negativamente en las relaciones personales futuras y en la conformación de su propia identidad.

La fase de **búsqueda de identidad se ve afectada por la falta de información y comprensión en la sociedad**, lo que puede tener consecuencias en la salud mental de las personas con diversidad funcional. La concepción catastrofista de la discapacidad creada por los medios de comunicación, junto con la falta de apoyo social, puede generar problemas de salud mental graves al pasar por el "luto disca", es decir, la toma de conciencia de la propia persona como discapacitada y la autoidentificación con esa imagen social, pudiendo generar problemas como depresiones, ansiedad, sensación de falta de futuro y trastornos de la conducta alimentaria.

"H1: A ver, el problema de esta sociedad, bueno, y de todas, yo me incluyo en parte de la sociedad, es que el nacer con una discapacidad no te hace que ya sepas vivir con la discapacidad. Y ya no me estoy centrando en el exterior, sino en el interior. Cuando eres adolescente, la adolescencia es la época donde ya te empiezas a plantar, pues "quiero empezar a salir, quiero enfocar mi futuro aquí y tal". Y cuando vas viendo "esto no lo voy a poder hacer, ¿llegaré a fin de mes?, ¿tendré oportunidad para tener pareja?, ¿me querrán?" Entonces, eso." (GT8. Diversidad Funcional).

"M2: Y ese discurso es culpa también y responsabilidad de los medios de comunicación, que están contando estas puñeteras historias lacrimógenas y morbosas, por culpa del puñetero porno inspiracional, para que les sirvamos como inspiración a la gente no disca. Y eso crea una concepción de la discapacidad catastrofista, que acaba generando problemas de salud mental muy graves a la hora de pasar por el luto disca. Depresiones muy serias, problemas de ansiedad, problemas de abandono, TCAs muy tochos... Y yo he visto situaciones muy graves en las que las personas siguen vivas simplemente por los grupos de apoyo que hemos creado, por las redes de apoyo mutuo que se han creado." (GT8. Diversidad Funcional).

A partir de la entrevista a la persona experta en salud mental y discapacidad intelectual, se han desvelado otras problemáticas relacionadas con el surgimiento y diagnóstico de trastornos en personas con este tipo de discapacidad. Por una parte, se mencionan diversos factores de riesgo, incluyendo aspectos sociales, dificultades de comunicación, cambios en las rutinas y procesos cognitivos alterados asociados a la discapacidad intelectual. Por otra parte, pueden darse problemas en personas con discapacidad intelectual ligadas a un envejecimiento más temprano, como el riesgo de trastornos neurodegenerativos, como la demencia. La combinación de estos factores y las características de ciertas discapacidades puede producir el **eclipse diagnóstico de problemas o trastornos de salud mental**, consistente en la ocultación de estos trastornos mentales debido a las características psicológicas o comportamentales asociadas a la discapacidad intelectual. Esto provoca una falta de detección y tratamiento adecuado contribuyendo a situaciones graves que afectan a la vida cotidiana y a las oportunidades de estas personas.

"Por lo tanto, sí que puede haber un mayor riesgo de que en un momento determinado puedan aparecer más trastornos. Pueden diagnosticarse, vamos a decir, más trastornos mentales en personas con discapacidad, pero contando con lo que hemos hablado antes, realmente luego no ocurre porque están eclipsados. ¿Queda claro? Es decir, que tú como profesional, tú como, puedes pensar, ¿no? Pues tiene que haber más casos, pero luego no los hay, porque realmente el riesgo, si nos ponemos a analizar los factores de riesgo para tener un trastorno mental, las personas con discapacidad intelectual acumulan más factores de riesgo que una persona sin discapacidad intelectual." (Entrevista 4. SM Diversidad Funcional).

De manera general, se identifica una **relación ambivalente entre las personas jóvenes y las redes sociales** en la que se perciben aspectos que afectan negativamente a su salud mental y, sin embargo, también se revelan como estrategia eficaz para abordar su malestar emocional.

Por un lado, las redes sociales son criticadas por la tendencia a idealizar la vida, mostrando solo aspectos positivos. La tendencia al exhibicionismo, la muestra constante de momentos felices y éxitos, y la falta de autenticidad puede generar presión social al comparar la propia vida con las imágenes idealizadas de los demás, contribuyendo a la sensación de tener una vida menos satisfactoria y generando una **comparación con estándares inalcanzables que puede afectar la autoestima y generar frustración, descontento y malestar** vinculado con la imposibilidad de alcanzar ese estándar. En este sentido, se critica la figura de *influencers* por generar expectativas y necesidades irreales a través de contenido patrocinado, provocando la creación de expectativas poco realistas y generando frustración entre los consumidores más jóvenes.

Entre las personas más jóvenes, tanto hombres como mujeres, también se vincula esta presión y comparación en términos de belleza y estética (GF1 y GF3). La necesidad de mantener una apariencia impecable puede contribuir a la ansiedad y al sentimiento de no poder mostrar imperfecciones. Se señala que la **falta de diversidad en la representación estética en las redes sociales puede afectar la autoestima**, especialmente entre quienes no se ajustan a esos estándares (perciben que podría haber contribuido al aumento de TCAs, especialmente en adolescentes), o entre comunidades más disidentes en términos estéticos, neurodivergentes o que no cumplan con una cis-heteronormatividad blanca (GT6). La presión por la aprobación social en redes, la **búsqueda constante de aprobación** a través de "me gusta" y comentarios en las publicaciones puede generar ansiedad y tensiones emocionales, así como condicionar la autoestima.

Por otra parte, se señala que las redes sociales no solo reflejan la realidad, sino que también pueden ser un espacio donde las personas expresan **comentarios descalificativos o realizan acciones discriminatorias de manera anónima**. Las mujeres más jóvenes (GF1) relacionan más este uso perverso de las redes sociales con prácticas como el *bullying* y el ciberacoso. Esto también se menciona desde los perfiles militantes de personas con diversidad funcional o discapacidad, denunciando las experiencias de ciberacoso, violencia estética y amenazas que se producen a través de las redes sociales (GT8). La exposición a comentarios ofensivos y discriminatorios en las redes sociales puede tener un impacto emocional significativo y contribuir a sentimientos de impotencia (Entrevista 3), lo que se agrava con la dificultad de eliminar comentarios discriminatorios de algunas redes sociales (GT6).

En el discurso de las mujeres jóvenes de más edad también aparece como elemento negativo el **aislamiento de la realidad**, ya que perciben que la vida online se convierte en una representación desconectada de la cotidianidad, lo que puede afectar la comprensión de la realidad (GF2), siendo una distracción constante y evitando que las personas sientan y procesen adecuadamente sus emociones convirtiéndose así en una vía de escape para evadir la tristeza. Este aislamiento de la realidad también puede vincularse con un efecto de "cámara de eco" donde las personas solo están expuestas a opiniones similares a las suyas, generando una visión distorsionada de la realidad y evitando la confrontación con otras perspectivas (GF5). Además, se señala que las **redes sociales han contribuido a la individualización**, alejando a las personas de las interacciones físicas y de la vida en la calle (Entrevista 2), vinculado con la eliminación de estructuras sociales reales y la generación de "no lugares" en Internet (GT6).

Entre los grupos focales de hombres (GF3 y GF4), se menciona que las redes sociales pueden ser utilizadas para **manipular a las personas a través de noticias falsas, creando miedo y difundiendo bulos** que afectan la percepción de la realidad. Se señala que la falta de veracidad en la información presentada y la dificultad de lidiar con información falsa puede generar confusión y afectar la percepción de la realidad, contribuyendo a posibles problemas de salud mental. Además, se señala que la **constante exposición a información** a través de las redes sociales puede tener un impacto negativo en la salud mental y que pueden producir una **saturación de información provocando cansancio y frustración**, especialmente al tratar temas sensibles de la actualidad (GT7).

Entre los perfiles activistas en redes sociales, se menciona que el contexto de la **militancia, las redes sociales pueden generar presión y saturación** por la necesidad constante de informarse, justificar sus puntos de vista y evitar errores, lo que lleva a una carga mental importante (GT7, GT8). Por otro lado, se expresa el temor de que ciertos temas complejos, como el racismo estructural, puedan ser banalizados en las redes sociales por la falta de un análisis exhaustivo que podrían llevar a una comprensión superficial de problemas profundos (GT7).

Desde las voces expertas, también se mencionan otros riesgos como la exposición de las personas jóvenes a las pantallas desde edades tempranas, lo que puede sustituir la socialización tradicional, y afectar el desarrollo del cerebro y la capacidad para gestionar el aburrimiento. También se menciona la exposición involuntaria a riesgos en línea como la pornografía (Entrevista 2).

Por otra parte, el **uso de redes sociales también puede afectar el autoconcepto y la autoestima**, especialmente en adolescentes. La disonancia en la forma en que uno se define dentro y fuera de las redes sociales y la discrepancia entre la identidad configurada en las redes sociales y fuera de ellas puede conducir a una ruptura del autoconcepto, generando malestar, ansiedad y dificultades en la conformación de la identidad (Entrevista 4). En vinculación con esto, se menciona la relación entre el tiempo que se pasa en las redes sociales y problemas como la ansiedad social y las dificultades interpersonales, pero no está clara la relación causal; es decir, si el tiempo en las redes sociales es causa o consecuencia de estos problemas de interrelación. En cualquier caso, existe la preocupación de si el uso intensivo de las redes sociales por parte de adolescentes con dificultades interpersonales es una respuesta a esas dificultades o si el uso excesivo contribuye a la ansiedad social (Entrevista 4).

"Entonces, el cómo yo me defino, si yo tengo una definición de mí mismo en las redes, dentro de las redes y fuera de las redes, podemos hablar de una ruptura del autoconcepto, y esa ruptura del autoconcepto de adultos a lo mejor la manejas de una forma, pero de adolescentes, en los que la tarea principal es la conformación de esa identidad y resulta que hay una ruptura, pues entonces puede ser compleja, puede ocasionar situaciones de malestar, de ansiedad, de dificultades. He visto que, por ejemplo, hay relación entre el tiempo que pasan en las redes y la ansiedad social, las dificultades interpersonales. Pero lo que no está claro es cuál es el principio y cuál es el final. Es decir, las personas que ya tienen, los adolescentes que ya tienen alguna dificultad interpersonal, que presentan ansiedad social, ¿se conectan más a las redes? ¿O es el hecho de que tú estés más conectado a las redes el que te lleva a esa ansiedad social? Pues eso todavía no se sabe." (Entrevista 4. SM Diversidad Funcional).

Por último, se resalta **la falta de normas y la ausencia de enseñanza sobre cómo manejar** las redes sociales. Se advierte de la posibilidad de que, a diferencia del pasado, donde las relaciones podían cortarse más fácilmente, ahora las personas se sientan atrapadas en una red sin normas claras, lo cual puede generar dificultades en la gestión de las relaciones y experiencias en línea. Esto, sumado a la presión constante de estar visibles en las redes sociales, incluso cuando uno no desea estarlo, puede generar un estrés adicional, especialmente para aquellos que han crecido en un entorno digital (Entrevista 3).

A pesar de los riesgos e inconvenientes señalados, las personas jóvenes **también perciben las redes sociales como un espacio de oportunidad** con aspectos positivos en el bienestar emocional y en la gestión de problemas de salud mental. Las personas más jóvenes, tanto chicos como chicas reconocen que las **redes sociales han contribuido a dar visibilidad y conciencia sobre la salud mental**.

Para las mujeres jóvenes, las redes sociales permiten la creación de comunidades donde las personas pueden compartir sus experiencias, lo que puede ayudar a identificar y comprender sentimientos similares, ofreciendo un sentido de **conexión y apoyo** (GF1 y GF2). Así, y a pesar de las críticas, las redes sociales pueden ser herramientas que facilitan la conexión y la interacción social, permitiendo a las personas **mantenerse en contacto, compartir experiencias o servir como espacio donde poder expresarse y compartir pensamientos y opiniones de manera abierta**. En cuanto a soporte de interacción social, también se destaca la capacidad de las redes sociales para crear comunidades y conectar a personas de todo el mundo.

Para las personas activistas, esta capacidad para facilitar la **creación de comunidades** es quizás el aspecto más destacado entre los elementos positivos de las redes sociales (GT6, GT7, GT8). Por ejemplo, entre los perfiles militantes, se señala que las redes sociales han facilitado la conexión y la comunicación entre personas con discapacidad, proporcionando oportunidades para compartir experiencias, recursos y apoyo emocional; y además permiten la generación de espacios seguros donde poder desarrollar discusiones más profundas y constructivas. Además, se menciona que proporcionan referentes y representación que pueden ser beneficiosos para aquellos que viven en entornos menos inclusivos (GT6, GT8), y se destaca la capacidad de las redes sociales para proporcionar acceso a diversas perspectivas, tanto locales como internacionales, lo que puede ser valioso para la formación de opiniones y la comprensión de realidades distintas (Entrevista 3). A pesar de la violencia estética, también se destaca que las redes sociales han permitido a algunas personas con discapacidad mejorar su autoimagen al encontrar referentes positivos y reconectar con una imagen de futuro más positiva (GT8).

"Yo creo que, en el área de la discapacidad, las redes sociales y las redes digitales han sido una forma de que podamos salir, de que podamos relacionarnos. De que podamos no solo tener esas referentes, sino que podamos tener esa parcelita de seguridad, porque, como ellas decían, cuando tú estás en un entorno violento del que no puedes hablar porque tú, como persona con discapacidad, le debes la vida a tu familia y ni se te ocurra decir que tu familia... porque tu familia tiene que ser lo primero. Cuando tú tienes el acceso a esas redes sociales, empiezas a entender, a encontrar compañeras, a encontrar referentes, a encontrar apoyos y a crear tu familia elegida. Y ahí puede ser, ese espacio virtual, ese primer espacio." (GT8. Diversidad Funcional).

Las redes sociales son reconocidas como herramientas que **proporcionan acceso a información** valiosa y permiten a las personas formar sus opiniones a través de diversas fuentes. Se resalta la capacidad de obtener información de manera selectiva y personalizada. Se menciona que las redes sociales ofrecen oportunidades para la comunicación, el aprendizaje y la interacción con personas que comparten intereses similares. La capacidad de aprender de *influencers* y expertos en diversos campos se considera positiva, cuando la experiencia de usuario está configurada/elegida por la persona. Se destaca la globalización del conocimiento a través de las redes sociales, permitiendo a las personas aprender sobre diferentes culturas y perspectivas. La capacidad de compartir experiencias y conocimientos en todo el mundo se considera enriquecedora.

Se reconoce que las redes sociales han desempeñado un papel crucial en la **concienciación y denuncia** sobre temas importantes como el feminismo, el antirracismo o problemas relacionados con la diversidad funcional; así como para el aprendizaje y proporcionando referentes y recursos que pueden ser valiosos para quienes exploran su identidad de género (GT6). Desde la militancia antirracista, se reconoce que las redes sociales han proporcionado un altavoz crucial y han generado debates necesarios en el estado español, permitiendo la emergencia de voces y la apertura de discusiones que, de otra manera, podrían no haber tenido lugar (GT7, Entrevista 3).

Desde los perfiles expertos, se reconocen los beneficios de las redes sociales, como el acceso a conocimientos diversos y la posibilidad de apertura a realidades diversas, permitiendo a las personas conocer otras experiencias y encontrar apoyo en comunidades en línea (Entrevista 2).

Por otro lado, se sugiere que las redes sociales pueden ser una oportunidad para ensayar roles distintos y mostrarse de una manera diferente, ofreciendo oportunidades en términos de expresión personal (Entrevista 4). También se reconoce su potencial a la hora de participar en interacciones positivas, compartir contenido significativo y conectarse con personas afines, lo que puede contribuir al bienestar (Entrevista 4).

En cualquier caso, hay que destacar, que **los discursos sobre los efectos negativos en el bienestar emocional y en la salud mental predominan sobre aquellos que destacan su potencial positivo** como estrategia para el bienestar emocional.

C. Experiencias y estrategias

Experiencias en torno a la salud mental

De manera general, los problemas que más se mencionan en las experiencias vividas entre las personas jóvenes son aquellos relacionados con **la ansiedad**, en primer lugar, y **la depresión**, en segundo lugar. Sin embargo, también se alude a sentimientos negativos o malestar emocional, aunque éstos no siempre van acompañados de un trastorno o problema de salud mental específico, sea o no diagnosticado.

H2: "Mi experiencia es bastante similar a la que tú describes. [...] justo después de que saliésemos del COVID, yo lo pasé fatal durante la cuarentena y bueno, pues tenía pensamientos muy chungos y tenía una depresión bastante fuerte, y fui a mi médico de cabecera para pedir que me pusiesen un psicólogo, un psiquiatra... lo que hiciese falta. Pues no me hicieron ni puto caso, me dieron largas durante 12 meses... al final, conseguí que mi padre me pagase varias sesiones de un psicólogo privado". (GF5. Mixto. 16-29).

Aunque algunos de estos sentimientos ya se han mencionado en el apartado de factores vinculados con problemas de salud mental, **frustración, tristeza, sensación de angustia** vinculada a la incertidumbre... emerge un sentimiento general de desánimo, apatía, frustración y pereza. La falta de oportunidades laborales produce sentimientos de tristeza y depresión, y la incapacidad percibida para avanzar y cumplir con expectativas genera asimismo una sensación de desesperanza.

C. Experiencias y estrategias

Experiencias en torno a la salud mental

De manera general, los problemas que más se mencionan en las experiencias vividas entre las personas jóvenes son aquellos relacionados con **la ansiedad**, en primer lugar, y **la depresión**, en segundo lugar. Sin embargo, también se alude a sentimientos negativos o malestar emocional, aunque éstos no siempre van acompañados de un trastorno o problema de salud mental específico, sea o no diagnosticado.

H2: "Mi experiencia es bastante similar a la que tú describes. [...] justo después de que saliésemos del COVID, yo lo pasé fatal durante la cuarentena y bueno, pues tenía pensamientos muy chungos y tenía una depresión bastante fuerte, y fui a mi médico de cabecera para pedir que me pusiesen un psicólogo, un psiquiatra... lo que hiciese falta. Pues no me hicieron ni puto caso, me dieron largas durante 12 meses... al final, conseguí que mi padre me pagase varias sesiones de un psicólogo privado". (GF5. Mixto. 16-29).

Aunque algunos de estos sentimientos ya se han mencionado en el apartado de factores vinculados con problemas de salud mental, **frustración, tristeza, sensación de angustia** vinculada a la incertidumbre... emerge un sentimiento general de desánimo, apatía, frustración y pereza. La falta de oportunidades laborales produce sentimientos de tristeza y depresión, y la incapacidad percibida para avanzar y cumplir con expectativas genera asimismo una sensación de desesperanza.

M1: "Yo misma, por ejemplo, con este último trabajo ahí que estoy, he tenido que ir a una psicóloga. Porque tenía un trastorno... bueno diagnosticado por ella. No me la auto diagnosticué yo con Google. Tengo un trastorno ansioso depresivo. Esto va sobre todo esto de, quiero cumplir con unas expectativas que... bueno iba a comentar antes que creo que también nosotros como personas jóvenes vemos como una involución". (GF2. Mujeres. 23-29).

H2: "Yo hablo desde mi caso, yo es lo que he intentado siempre un poco hacer. Yo he estado muchos años encerrado en casa. O sea, sin poder salir por problemas de salud mental. Y luego empecé a salir con ansiedad, etcétera. Encontré ayuda especializada, me la tuve que costear y que me sigo costeando. Y a día de hoy pues vamos haciendo. Pero no todo el mundo se lo puede permitir. Es lo que he dicho al principio. Yo tengo ahora mismo dos trabajos y me lo permito a duras penas." GF3. Hombres. 16-22).

M2: "Yo no he pasado una enfermedad mental [...] sino un proceso, un proceso mental y psicológico, que no tenía habilidades emocionales para gestionarlas y que me conllevaban a... me frenaban [...] me aislaban de mi entorno social y me impedían realizar mi concepto, mi profesión del día a día. Es una pérdida de la energía, de la vitalidad, de las ganas, del despertar y resoplar: "uf, otro nuevo día más"; es un peso excesivo, es un cansancio por la vida, un cansancio por el simple hecho de levantarte y lavarte la cara o mantener tu autocuidado, es la pérdida de todo tu cuidado [...] tu autohigiene, tu confianza... De todo". (GT7. Racializadas).

En los discursos suele estar presente alguna experiencia relacionada con la salud mental, ya sea directa o indirecta, afectando a familiares cercanos. Entre las personas más jóvenes (GF1 y GF3), aparece en varias ocasiones el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, asociado a cuestionamientos sobre la medicación que les han recetado.

M7: “[...] también tengo TDH, y las pastillas que yo me tomo para el TDH, dentro de sus efectos secundarios, te pueden generar brotes depresivos. [...] Porque yo empecé con esas pastillas el año pasado, pero el año pasado tomaba antidepresivos, entonces era como que contrarrestaba un poco unas pastillas con otras. Pero, al dejar de tomarlos, sí que es verdad que me empezaron a surgir un montón de efectos secundarios, no sólo mentales, también físicos, pero, claro, pasarte un día llorando sin saber por qué, de “joder, no me siento mal, pero a la vez no puedo dejar de llorar, en plan, me dices hola y quiero llorar”. Es como, ¿qué hago? ¿me tomo las pastillas del TDH y me vuelvo a hinchar antidepresivos?” (GF1. Mujeres. 16-22).

M5: “[...] yo a mi madre hace 2 años le dije que no, que sí tenía TDH y tal, porque yo me lo notaba. Yo me acordaba que de pequeña pues tenía pastillas recetadas y me acordaba de que yo tenía TDH, porque encima lo vi en mi historial clínico, porque hace ya tiempo fui al psiquiatra de la Seguridad Social, y lo vi. Lo vi lo del TDH, vi ansiedad, diagnosticado desde muy pequeña, que mis padres me lo ocultaban. Y a mí se me ha hecho mucho cuesta arriba y hasta recién mañana, porque yo pedí cita hace medio año, pedí cita para lo de... para el psicólogo, para verme lo del TDH y tal, a ver cuánto porcentaje tenía, a ver si necesitaba pastillas o lo que fuera, y me han dado la cita para año y medio después y ahora estoy con los estudios que más o menos se me dan bien, porque al fin y al cabo estoy repitiendo, pero se me está haciendo muy cuesta arriba [...]” (GF1. Mujeres. 16-22).

En el grupo focal con peor bienestar emocional (GF5) se acentúa la percepción de la prevalencia y generalización de la ansiedad, se destaca la percepción de una “epidemia total de ansiedad”, y se menciona el aumento del uso de medicamentos y la consulta a profesionales de la salud mental. La ansiedad se presenta como un tema recurrente en su vida cotidiana. En este grupo se relatan experiencias vinculadas con otro tipo de trastornos que no habían sido mencionados en el resto de los grupos focales, como el trastorno de personalidad.

M1: “[...] casi todos mis amigos tienen ansiedad. O la tuvieron en algún momento. Y yo veo... yo tengo un hermano más pequeño y yo veo a la juventud, que tiene muchos problemas de ansiedad. Vale que es muy probable que los mayores también lo hubiesen tenido y no le sabían dar nombre, pero lo que yo veo ahora es una epidemia total de ansiedad. Que muchísima gente tiene problemas con ansiedad y que nos estamos medicando bastante, que estamos yendo al psicólogo y al psiquiatra y lo estamos hablando entre nosotros, es algo que veo recurrente todos los días. No hay un día de mi vida en el que la ansiedad no esté presente, sea en mí o en personas a mi alrededor”. (GF5. Mixto. 16-29).

Entre las personas con diversidad funcional y/o discapacidad, las experiencias relacionadas con la salud mental se exacerban. Se relatan experiencias vitales que han generado traumas y heridas emocionales, derivando incluso en intentos de suicidio. Se menciona que las experiencias traumáticas dejan huellas duraderas, generando miedo crónico, hipervigilancia y ansiedad crónica.

“Yo estoy en el grupo de la compañera, yo también intenté suicidarme varias veces durante mi adolescencia, afortunadamente mi madre lo impidió y mis amistades estuvieron ahí para ayudarme en su momento, pero fueron situaciones muy duras que no se van a borrar jamás. Son situaciones que se te van a quedar para siempre y que van a generar un miedo crónico y una hipervigilancia crónica, que va a derivar en una indefensión aprendida y una ansiedad crónica a la hora de vivir tu vida independiente. Si es que puedes vivirla, porque muchas ni siquiera llegan a ello.” (GT8. Diversidad Funcional).

En la entrevista a la persona experta en salud mental y diversidad funcional y/o discapacidad (Entrevista 4) se señala la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresivos en este colectivo. Destaca la complejidad de diagnosticar estos problemas en salud mental y se indica que las alteraciones conductuales a menudo están relacionadas con dificultades en la comunicación y cambios en las rutinas.

Estrategias desarrolladas

EL PAPEL DEL ENTORNO

Una de las estrategias que más señalan las personas jóvenes cuando tienen situaciones de malestar emocional es poder compartir y expresar las emociones y sentimientos con personas del entorno de confianza. El hecho de compartir las experiencias se aprecia como algo muy beneficioso, tanto para la persona que lo cuenta, como para la que lo escucha, ya que ayuda a **salir del plano individual y colectivizar el sufrimiento**. Aunque esto es compartido por las personas jóvenes en general, con independencia del género, sí parece que en la práctica lo hacen más las mujeres jóvenes que los hombres jóvenes; y en ambos casos se percibe que los hombres jóvenes tienen más reservas a la hora de compartir sus emociones.

En este sentido, **las amistades** adquieren un rol esencial, perciben una mayor comprensión y confianza con respecto a la generación de los padres, sobre todo, cuando se abordan cuestiones vinculadas con el plano sexoafectivo.

"H6: Quiero decir que desde mi experiencia y la gente que conozco. Los temas de las emociones se tratan más con amigos que con padres. Yo en mi caso personal sí quiero comunicar algo de emociones lo hago más con amigos que con mi familia. Creo que va a haber un mayor entendimiento, una mayor comprensión. Al tener mis padres una... o haber vivido una realidad distinta hay una brecha mayor. Básicamente." (GF4. Hombres. 23-29).

Por otro lado, **el rol de la familia** es muy dispar en los discursos de la juventud. En algunas ocasiones, la familia se desvela como una fuente de apoyo y desahogo; en otras, se señala como un espacio en el que no se produce una comunicación y comprensión, y en otras, se señala como fuente y origen de los problemas de salud mental, especialmente entre personas jóvenes que cuentan con alguna característica no normativa (LGTBIAQ+, personas con diversidad funcional y/o discapacidad).

"M2: si tienes unos padres comunicativos a los que tú le puedes decir el problema y que no te juzguen, es mucho más fácil. Porque al ser más adultos, a lo mejor... yo que sé, haber vivido experiencias similares, te pueden guiar o te pueden ayudar o mirar alternativas. Pero como sea, al contrario, de que sean unos padres que no le puedes decir lo que te pasa y te van a juzgar, pues ahí ya más complicado y a lo mejor la alternativa son amigos o profesores.; M4: U otros familiares que no sean tus padres." (GF1. Mujeres. 16-22).

"M1: Yo tengo una. La primera y única vez que tuve un ataque de ansiedad delante de una persona, fue con mi madre, porque en realidad no lo había... Ya sabes que cuando te da eso, como que no es algo que lo planees, ¿no? "3 en punto, ataque de ansiedad" ... Y mi madre, pues se sentó conmigo en el sofá y estuvo ahí como sobándome un poco la espalda y me decía que respire y cosas así... Que en su momento yo no la escuchaba porque tienes como todos los sentidos tapados, ¿no?, pero el hecho de que tengas a alguien ahí como que ayudando [...] Y no sé, y después que te diga que, más o menos, que a ella también le había pasado... como que te sientes más entendida." (GF1. Mujeres. 16-22).

Asimismo, perciben que en ocasiones sus familias no saben apoyarles adecuadamente ya que pertenecen a otras generaciones más mayores que no entienden o no otorgan importancia a los problemas que sufren.

M6: "Sí, yo, de hecho, con 14 le pedí a mi padre "por favor, llévame al psicólogo" y me dijo "no, que tú estás bien", pero... ¿cómo que estoy bien? ¿tú sabrás cómo estoy yo o no? En plan... y los profesores, igual, tampoco es que te traten de la manera que deberían tratarte si tienes problemas o no". (GF1. Mujeres. 16-22).

En este sentido, como se ha mencionado antes, parece apreciarse diferencias de género en el entorno familiar, señalando mayor apoyo y comprensión por parte de las madres que por parte de los padres cuando se viven situaciones de malestar emocional o problemas de salud mental.

A pesar de que el entorno se señala como esencial para poder afrontar los problemas emocionales y problemas de salud mental está muy presente que esto depende, por un lado, de las relaciones generadas con las personas del entorno, y por otro, con la capacidad de éstas para poder ayudar a gestionar dichos problemas, especialmente cuando éstos se agravan, por lo tanto, el conocimiento y la formación son fundamentales para poder acompañar adecuadamente a las personas jóvenes.

M5: "Y, luego ya, el hecho de la gente que está a tu alrededor... tu pareja, tu profesor o tus familiares, que tampoco saben cómo tratar, que tampoco saben cómo ayudar a esa persona y hacen... intentan ayudar o intentan decir cosas o no lo tienen normalizado, que al fin y al cabo te acaban echando la culpa a ti y no... Y las personas más cercanas, casi son las personas que más te pueden llegar a destruir. Y muchas veces de esas personas de las que podemos llegar a depender". (GF1. Mujeres. 16-22).

M1: "Yo creo que la gente, a nuestro alrededor, a veces no está educada suficiente como para reaccionar de la manera correcta ante lo que podamos tener y que, por lo tanto, el trabajo previo que tenemos que hacer en educarlos, para que cuando llegue el momento en que los necesitemos estén ahí para nosotros, es bastante cansado y lo tenemos que prever todo. (...) Yo creo que mi entorno, después de mucho equivocarse, se ha educado bien, pero eso es un proceso. Que el entorno yo creo que se tiene que educar". (GF5. Mixto. 16-29).

La falta de información y conocimiento del entorno cercano lleva a que algunas personas jóvenes con problemas de salud mental opten por el aislamiento y la autogestión en momentos de crisis. Se expresa la dificultad que supone explicar y que un familiar/amigo/a comprenda qué implica su problema o la crisis que atraviesan. El hecho de que la persona no tenga información, que no haya experimentado una situación similar o que el momento en el que se agudiza el problema no sea el adecuado para transmitir y explicar lo que supone, llevan a que algunas personas jóvenes opten por el aislamiento y la gestión en solitario de los momentos más complicados.

M2: "Pero, por ejemplo, a mí me tiene pasado con la pareja que tenía, que tampoco era capaz de entender lo que te pasaba. En plan, de... pero ¿qué te pasa? Se lo explicas, pero... pero ya estabas así, o sea, no te entienden. O sea, si no lo vives, no... nadie te entiende. M1: Y el momento no es el momento propicio para estar explicando lo que te pasa. En ese momento, solo quieres, o estar solo y aislado o un abrazo y punto, o desahogarte... No quieres estar explicando lo que te pasa". (GF5. Mixto. 16-29).

CAMBIO DE HÁBITOS Y ESTRATEGIAS COTIDIANAS

Otro tipo de estrategias desarrolladas para afrontar una situación de malestar, o de salud mental, es el cambio de hábitos y el desarrollo de estrategias cotidianas para cuidar su bienestar. Dentro de éstas, las personas jóvenes destacan:

- La importancia del **autocuidado**, reconociendo que dedicar tiempo a cuidarse a uno/a mismo/a es fundamental. Algunas personas jóvenes mencionan que están aprendiendo a cuidarse a través de la terapia y sugieren que se debería enseñar a las personas a reconocer cuándo hacerlo.
- La necesidad de **cambiar hábitos y prestar atención a las señales del cuerpo**. Escucharse a uno/a mismo/a se presenta como clave, ya que a menudo ignoramos las señales de sobrecarga hasta que es demasiado tarde. Reconocer la importancia de escuchar al cuerpo puede ayudar a prevenir situaciones difíciles.

- La idea de un **acompañamiento continuo** se menciona como algo beneficioso. Además, se resalta que cambiar hábitos, junto con la compañía y la terapia, puede conducir a mejoras significativas en la salud mental.
- El **deporte** como estrategia útil para lidiar con la ansiedad.
- También consideran importante la **planificación diaria**, evitando la saturación de actividades y aprendiendo a dar prioridad a las tareas.
- La utilidad de dedicar tiempo a **actividades o aficiones que sirvan como "escapes"**. Participar en algo que apasione, como pintar, dibujar, leer un libro o realizar deporte, permite sumergirse en un mundo propio, proporcionando un tiempo valioso para la persona.
- La importancia de la **conexión entre lo mental y lo físico**; salir a tomar un café, tomar aire fresco y activarse físicamente se mencionan como estrategias que pueden mejorar el estado de ánimo y ayudar a afrontar situaciones difíciles.
- La **importancia de buscar ayuda** tanto dentro como fuera de uno mismo. Aunque se destaca que se puede encontrar apoyo internamente, tener una guía externa, como amigos, familiares o mascotas, puede ser beneficioso.
- La **normalización de la salud mental en el entorno familiar** se menciona como positiva. Hablar abiertamente sobre la salud mental con amigos o familiares, pedir ayuda y compartir experiencias son estrategias clave para abordar los problemas.
- La importancia de **ponerle nombre a las emociones**. Algunos/as jóvenes destacan la utilidad de expresar en voz alta lo que se siente, reconociendo la realidad de las emociones.

En los casos de trastornos específicos o problemas de salud mental más graves (GF5), el proceso de toma de conciencia y conocimiento del propio problema es fundamental, así como la importancia del diagnóstico y el conocimiento de estrategias para afrontarlo y/o tratarlo.

"H2: [...] básicamente, intentar no llegar a los límites, que ya conozco mis límites de ansiedad o de depresión y tal, y cuando veo que me estoy acercando, pues, si consigo apoyarme en alguien o hay alguien para apoyarme en ese momento, genial, y si no, pues, intentar regular y alejarme un poco de las cosas para no llegar al límite... No sé si tiene sentido, pero eso es lo que suelo hacer". (GF5. Mixto. 16-29).

Vinculado con esto, desde el activismo en torno a la salud mental, se promueven iniciativas como la creación de guías para ayudar a las personas que experimentan problemas en la identificación de instrumentos y herramientas concretas que necesitan en un momento de crisis⁷⁶.

La experta en salud mental y personas jóvenes (entrevista 1) advierte que algunas personas jóvenes optan por el **aislamiento emocional** y no comparten sus sentimientos ni emociones con los demás. Identifica una estrategia común para encubrir sus problemas al entorno cercano, familia y amigos/a. Este comportamiento genera un círculo vicioso, ya que esperan que alguien perciba su malestar, pero al hacer un esfuerzo por ocultarlo, nadie lo nota, perpetuando así sus problemas.

También menciona como estrategia común entre adolescentes la **adhesión a grupos sociales minoritarios** (videojuegos, grupos de baile, etc.) para sentirse integrados y construir una identidad y un sentido de pertenencia que les ayuda en el proceso de desarrollo de su identidad durante la adolescencia.

⁷⁶En una de las entrevistas se mencionan como ejemplo los "Mapas locos", que tienen como objetivo ayudar a registrar y caracterizar, los momentos de crisis o colapsos; en los que se puede ir anotando qué necesita la persona en esos momentos, qué tipo de cosas le ayudan a sobrepasar ese momento de la mejor manera posible, etc.; y que se comparten para que puedan servir a otras personas en experiencias similares.

La experta en salud mental y personas con diversidad funcional y/o discapacidad (entrevista 4) advierte que muchas de las personas con discapacidad ostentan estrategias de afrontamiento a problemáticas psicológicas limitadas. Estas estrategias suelen ser menos adaptativas, lo que significa que tienen menos capacidad para resolver situaciones difíciles. Esto puede llevar a un aumento del malestar emocional entre las personas con diversidad funcional y/o discapacidad, ya que las estrategias pueden no funcionar como se espera o incluso empeorar la situación.

A esto se suma que las personas con diversidad funcional y/o discapacidad también pueden experimentar dificultades en la comunicación, lo que afecta su capacidad para expresar lo que les está ocurriendo. Esto puede resultar en estrategias de afrontamiento como el retraimiento o, en algunos casos, reacciones llamativas debido a la frustración de no poder comunicarse efectivamente. Ligado a estas dificultades de comunicación de sus emociones pueden aparecer alteraciones de la conducta empeorando el estado de salud mental de estas personas.

GRUPOS DE APOYO Y RED DE IGUALES

Acudir a grupos de apoyo y colectivizar los problemas de salud mental es una de las estrategias más valoradas, especialmente en personas que se encuentran en una situación de dificultad añadida o en situación de desventaja por salirse de la normatividad.

Los grupos de apoyo se han mencionado especialmente entre mujeres que tenían a familiares (madres) a su cuidado, y entre las personas con un perfil más militante pertenecientes a colectivos LGTBIAQ+, personas racializadas y personas con diversidad funcional y/o discapacidad. Es decir, el salirse de la normatividad y participar en espacios de escucha con otras personas que pueden compartir experiencias de vida similares, o que se ven a atravesadas por ciertas experiencias, se ha desvelado como una estrategia y recurso muy eficaz para abordar el malestar emocional y la salud mental.

Entre las mujeres, los grupos de apoyo emergen de manera espontánea como recursos para hacer frente a los problemas de salud mental. Algunas cuentan su propia experiencia y otras conocen este recurso porque alguien de su entorno inmediato, generalmente, sus madres o sus amigas han acudido a este tipo de apoyo comunitario. Estos grupos ofrecen un entorno donde las personas comparten sus experiencias, reciben apoyo emocional y se ayudan entre sí. Además, señalan la importancia de la compañía en estos grupos, ya que brinda apoyo tanto emocional como práctico (asesorías judiciales). Se destaca la relevancia de este recurso, especialmente para aquellas mujeres que han sido víctimas de violencia de género.

"M1: Porque yo he empezado a ir a unos grupos de apoyo que también es de familiares, que es una nueva... Yo todo es nuevo. Es una nueva técnica que se está haciendo, que son grupos de apoyo, pero en los que las personas cuentan su experiencia, pero no se pueden dar consejos. Es contar lo que a ti te sirve, pero no le tiene por qué servir a otra persona." (GF2. Mujeres. 23-29).

"M4: [...] he comentado esto porque yo se lo he dicho a un familiar que fue víctima de violencia de género y quieras o no te deja secuelas. El grupo este de apoyo yo lo veo muy bien para esta persona. Además, si va acompañada pues recibe apoyo, emocional y de todo tipo." (GF2. Mujeres. 23-29).

Asimismo, los colectivos analizados también recurren a estas **redes de apoyo como alternativa a los recursos especializados más institucionales**. Estas redes suponen un espacio para compartir experiencias donde tienen una sensación de comprensión más íntegra de sus experiencias como personas que pertenecen al colectivo LGTBIAQ+, personas racializadas o como personas con diversidad funcional evitando la victimización y prescindiendo de consejos paternalistas frecuentes en los recursos de gestión más institucional. Se enfatiza, una vez más, la importancia de contar con un terapeuta indicado, que esté en sintonía con la experiencia cultural, étnica y situacional de la persona.

"M2: La importancia de crear redes de apoyo comunitario racializados, para compartir experiencias y de ahí salimos un montón de profesionales, no solo artistas, bailarines, sino médicos, dermatólogos, de todo... psicólogos, incluso. Sí que ha estado mucho más enfocado porque siento que se me entiende, siento que no hay una victimización de mi patología y, para nada hay un juez o la parte de un consejero paternalista." (GT7. Racializadas).

Las personas jóvenes con diversidad funcional y/o discapacidad, señalan estas redes de apoyo como esenciales y sanadoras, cuando surgen como espacios autónomos. La posibilidad de compartir experiencias entre iguales, el intercambio de información, y la creación de comunidad se señalan como elementos que facilitan y reconfortan. Sin embargo, también se critica fuertemente cómo se plantean algunos de estos grupos de apoyo desde una aproximación institucionalista y capacitista como, por ejemplo, se plantean en ocasiones las actividades de ocio por algunas asociaciones y entidades del tercer sector para personas con discapacidad.

"M3: Yo soy una firme defensora, tanto desde el ámbito profesional como desde el ámbito personal, de trabajar en red y trabajar nosotras, es decir, de crear espacios nosotras (...) Pero tiene que ser una persona que sea consciente de que, en ese trabajo en grupo, como bien dicta una serie de normativas, tú tienes que quedarte a un lado. El grupo tiene que ser autónomo. No tienes que crear un grupo en el que vamos a cogernos todas de la mano y vamos a decir que somos súper felices. No." (GT8. Diversidad Funcional).

Los grupos de apoyo también se identifican muy importantes de cara a las personas del colectivo de personas con diversidad funcional y/o discapacidad que padecen enfermedades raras para las que cuesta mucho el tratamiento, o no hay diagnóstico

"M2: Sí. Hay una problemática inmensa de personas discas o enfermas crónicas o con enfermedades desconocidas, porque muchas ni siquiera tienen diagnóstico, que, a día de hoy, se tienen que apoyar en los grupos de apoyo mutuo, porque no encuentran apoyo ni información siquiera, dentro de la entidad médica." (GT8. Diversidad Funcional).

Sin embargo, es necesario recalcar que las personas con diversidad funcional y/o discapacidad expresan un discurso crítico respecto a los grupos de apoyo cuando responden a una lógica institucional. Así, se cuestionan algunas de las dinámicas que se generan en estos grupos, tales como actitudes capacitistas de los y las profesionales que lideran/moderan, infantilizando a las personas participantes y ejerciendo un control excesivo sobre ellas.

"M1: Y cuando se trata de discapacidad, hay una infantilización, como ha dicho la compañera, brutal. Entonces, nos tienen ahí como si fuéramos vacas en un redil. Super controlado. Por eso digo que, a mí personalmente, los grupos de apoyo no me han servido de nada. Porque, al final, en cierto modo, lo que me recuerdan es a las típicas salidas de ocio totalmente institucionalizadas, con monitores capacitistas que, en lugar de ejercer un apoyo, te tratan como si fuera tu tutor legal." (GT8. Diversidad Funcional).

También se menciona como estrategias la recuperación de espacios colectivos, que no tienen por qué formalizarse en un grupo de apoyo, pero en el que compartir experiencias reconfortantes con personas afines.

"H: Cuando llegué aquí en la facultad, hay una asociación a la que aún pertenezco, y que hubo un día aquí muy chulo que empezamos a hablar de toda nuestra infancia y de nuestras vivencias y de cómo relacionábamos con nuestros padres. Y es verdad que, en ese punto, se despertó algo bastante interesante, y es el sentirte comprendido. El sentir que no eres algo excepcional, que no eres un punto y que tus padres son bichos raros... No, no, no, no. En que sí que vives en un espacio bastante diferente, pero que es eso lo que lo hace diferente, no tu forma de relacionarte con tus padres. Y eso llega a ser, o al menos en mi caso, bastante sanador. Llega bastante a reconciliarte contigo mismo y con lo que hubiera pasado en tu momento vital que no acababas de entender. Y creo que esos espacios llegan a dar, ya te digo, llegan a dar un colchón que muy pocas veces las personas migrantes acabamos encontrando en un espacio donde no se reproducen el mismo tipo de comportamiento que en el espacio del que somos originarios, o del que nuestros padres son originarios, y se relacionan de esta forma con nosotras." (GT7. Racializadas).

"NB2: pero hay que tener claro de dónde venimos, que la medicina es un sistema que se encarga de rehabilitar cuerpos y la psiquiatría pues es una entidad que ha sido sobre todo represiva y que ahora busca, como han dicho las compañeras, rehabilitar los cuerpos de trabajo. Y entonces yo sinceramente creo que la salud mental la tenemos que separar de la psiquiatría, y tenemos que darnos cuenta de que a menudo salud mental es un sindicato, una asamblea, un grupo de colegas, y no un terapeuta o psiquiatra." (GT6. LGTBIAQ+).

"NB2: Pero cuidado con palabras como grupos de apoyo, porque suena como a que se tiene que sentar en un círculo y hablar de los problemas, yo creo que un grupo de apoyo puede ser taller de alfarería con tus colegas. Creo que no es inocente que se hayan eliminado estas estructuras, creo que ha sido un proceso orquestado, y creo que las redes sociales están haciendo todavía más para eliminar estos lugares reales y generando no lugares en Internet. Y creo que nuestra labor, ya no solamente como sistema psiquiátrico, sino como grupos de activismo es precisamente hacer porque esos lugares vuelvan a ocupar un espacio en la vida de las personas (...)." (GT6. LGTBIAQ+).

Por lo tanto, se identifica una necesidad de apoyo y soporte para la generación de espacios dirigidos a personas y colectivos con situaciones de desfavorecimiento o desventaja.

GRUPOS DE APOYO Y RED DE IGUALES

Entre los y las más jóvenes (GF1 y GF3), las redes sociales y la tecnología aplicada a la salud, emerge de manera espontánea como estrategia para afrontar sus problemas de salud mental. Este hecho evidencia como las generaciones más jóvenes han incorporado la tecnología al cuidado de su salud, incluida su salud mental.

Se mencionan la presencia y el aumento de cuentas en redes sociales que se centran en la salud mental, proporcionando información científica y divulgativa cuando son cuentas de profesionales. Por otro lado, advierten sobre la necesidad de precaución, ya que algunas ofrecen información poco fiable que incluso podría ser perjudicial. Intuyen que algunas cuentas buscan capitalizar el interés creciente en la salud mental entre las personas jóvenes con el objetivo de ganar seguidores, pero sin tener como objetivo genuino apoyar y ayudar a afrontar los problemas psicológicos. Por todo ello, subrayan la importancia de investigar y comparar las fuentes antes de adoptar cualquier recomendación.

"A lo mejor te dicen que tomarte ayahuasca es muy bueno para la depresión. Tú te lo crees porque estás desesperado, porque tienes depresión y no sabes qué hacer, y te pruebas de ayahuasca y te mueres. Hay que tener mucho cuidado. A mí me parece que igual que hay cosas muy positivas, como hemos dicho. O sea, todo tiene su cara y su cruz. Igual que hay puntas muy positivas hay otras cuentas que son muy muy muy, muy negativas. Entonces, hay que tener mucho cuidado con lo que se hace y, sobre todo, investigar y comparar antes de hacer cualquier cosa". (GF3. Hombres. 16-22).

Los discursos revelan que muchas de las personas jóvenes que recurren a internet y redes sociales lo hacen por falta de recursos económicos para acceder a profesionales. Así, las personas jóvenes conciben estos recursos más tecnológicos como apoyo emocional complementario, pero consideran que los tratamientos especializados que brindan los y las profesionales son insustituibles y necesarios.

"Hay un tirón muy grande que esa salud mental. Hay mucha gente por desgracia necesita desesperadamente ayuda porque no sabe qué hacer y no se puede permitir un psicólogo. Recurre a internet y redes sociales para ver qué pasa. A que si tuvieras un cáncer no te metes en Internet en cómo tratarlo. Pues la gente con depresión sí que lo hace. No se puede comparar un cáncer con una depresión, pero al final son enfermedades igual". (GF3. Hombres. 16-22).

En cuanto al uso de tecnología y aplicaciones, las mujeres jóvenes (GF1) mencionan la existencia de psicólogos/a virtuales basados en inteligencia artificial como una opción accesible para aquellos/as que no pueden permitirse un profesional. Algunas aplicaciones proporcionan actividades y recursos para el manejo de emociones, como respiraciones durante ataques de ansiedad. También valoran positivamente las respuestas inmediatas que dan estos recursos. No obstante, se enfatiza que estas herramientas no deben reemplazar la atención de profesionales, sino más bien actuar como un apoyo adicional.

"M1: Yo recomiendo, experiencia personal, o sea, no sé si funciona. Hay un psicólogo, pero de inteligencia artificial. Que, al menos, digo que si... o sea, no necesariamente tienes que tener un padecimiento, pero si simplemente te encuentras mal, lo veo una muy buena opción para alguien que no tiene dinero, que tampoco quiere el psicólogo por x motivo o que simplemente no quiere que sus padres se enteren porque está muy joven, lo que sea. Que si estás como en un momento muy malo, sí... o sea, sí ayuda, es que es muy bueno." (GF1. Mujeres 16-22).

"M2: De hecho, yo respaldo lo de ella, porque yo sí tenía una aplicación que se llamaba Yana (?), que básicamente tenía actividades, que era como un registro de tus emociones." (GF1. Mujeres 16-22).

"(...) pero no puedes tener profesional al psicólogo 24 horas. (...) En el momento que te da un ataque de ansiedad, tienes ese recurso al que poder acudir en el momento que te enseña cómo hacer respiraciones o te pone para que tú te desahogues y le escribes lo que te pasa... También tenía palabras clave para detectar si tú estabas en un momento muy de autolesión o con ideas suicidas y llamaba a un teléfono para avisar y todo eso." (GF1. Mujeres 16-22).

Las redes sociales también juegan un papel importante en el bienestar emocional de las personas con discapacidad, conciben las redes sociales como un espacio propio y libre de limitaciones impuestas, contraponiéndolo con las reuniones tradicionales de ciertos grupos de apoyo más institucionalizados, ya que no están guiados por visiones pesimistas predefinidas ni se centran exclusivamente en narrativas de superación. Hay que tener en cuenta el perfil activista en redes sociales de las participantes de este grupo que refuerza su percepción positiva de las redes sociales.

"Creo que las redes sociales, en ese aspecto, nos están ayudando a conectarnos en espacios que, como bien decía, no son espacios donde somos guiadas, no son espacios donde venimos aquí con una visión súper pesimista, con una visión de "soy una historia superación", sino que son espacios que nosotras, por fin, estamos construyendo espacios como queremos. Espacios donde poder hablar libremente y donde poder decir "oye, pues me ha pasado esto, este recurso me ha funcionado" y son espacios necesarios". (GT8. Diversidad Funcional)

"Esa red de apoyo también te va a ayudar a, en momentos en los que tú te sientas sola porque en educación, como decíamos, o porque estás en un momento que a lo mejor..." (GT8. Diversidad Funcional).

La experta en salud mental de personas racializadas también aborda la influencia significativa de las redes sociales en la salud mental de las personas más jóvenes racializadas. Señala que estas plataformas ofrecen una oportunidad para acceder a información, aprender, leer guías y conectarse con comunidades que comparten experiencias similares. También señala la importancia de construir redes de apoyo, que pueden ser tan simples como la creación de grupos de WhatsApp, con el propósito de estar atento a las necesidades individuales.

"(...) entonces nosotros intentamos eso, evitar, hacemos redes de grupos de apoyo que a lo mejor un grupo de apoyo es tan sencillo como montar un grupo de WhatsApp, intentar estar atento a la persona, lo que necesita la persona que a lo mejor lo que necesita no es solamente que le estés escuchando o que le estés acompañando, sino a lo mejor necesita que le lleves una sopa porque no puede cocinar, ese tipo de cosas. (Entrevista 3. SM Racialización).

El papel de la asistencia especializada

Los imaginarios y discursos sobre asistencia especializada engloban tanto los recursos y especialistas en psicología, como aquellos que pertenecen al ámbito psiquiátrico.

En cuanto a la **asistencia psicológica**, acudir a asistencia especializada es una estrategia muy presente en los imaginarios y discursos de las personas jóvenes, sin que haya estigmatización ni ocultamiento acerca de ello, que se percibe tanto en los discursos de las personas jóvenes como por parte de las personas expertas pertenecientes al ámbito asistencial, traduciéndose en un aumento del número de personas adolescentes y jóvenes que acuden por motivación propia a la asistencia especializada.

"M: En estos últimos años, desde el COVID, ha aumentado el número de adolescentes que, por iniciativa propia, quieren venir a una consulta de psicología clínica. Y les piden a sus padres, les dicen "oye, llévame, pídemela cita en salud mental". Ha aumentado un poquito, ha aumentado un poquito. Hace 10 años, por iniciativa propia, no venía ninguno, todos venían por iniciativa de los adultos. La madre, el padre o los maestros, que decían "este niño está fatal, lo veo muy triste", lo que sea... O sea, que eso es positivo." (Entrevista 1. SM Juventud).

Sin embargo, hay una concepción diferente entre las personas jóvenes y las personas que ejercen su profesión en el sistema asistencial de salud mental sobre la idoneidad de acudir a asistencia psicológica. Mientras que entre las personas jóvenes existe la percepción generalizada de que todo el mundo debería acudir (y poder acudir) a asistencia psicológica, entre las personas profesionales se destaca que habría que fortalecer el papel de otros roles y espacios sociales como mecanismos y recursos ante situaciones de malestar emocional. Entre ellos, se destaca, por un lado, **reforzar el papel de los agentes de socialización, especialmente las familias, pero también el profesorado**, en la detección, apoyo y acompañamiento ante momentos de malestar de personas adolescentes y jóvenes. Por otro lado, y desde una perspectiva más crítica con el sistema asistencial (esencialmente con el abordaje médico y psiquiátrico), de reforzar espacios de socialización que permitan compartir con otras personas, especialmente entre iguales.

En cuanto a la elección del tipo de terapia y del o la terapeuta, ésta parece responder a estrategias de ensayo y error. Se articulan recomendaciones y pruebas propias hasta que, en su caso, se da con la persona especialista con la que se sienten que avanzan. Parece, en la mayor parte de los casos, que las elecciones de aproximación y/o terapeuta no responden a una elección racional basada en un estudio previo de las opciones posibles, sino que reside más en un plano de confianza que responde a recomendaciones o a la propia experiencia.

"Yo creo que es ir intentando y, por suerte, vas a encontrar al profesional que encaja contigo. No solo es por el profesional, es por su metodología también. Porque hay varias metodologías de la psicoterapia y siempre va a haber una que es mejor para tu caso y otra que no es tan buena." (GF5. Mixto. 16-29).

Con relación a la asistencia psiquiátrica y la medicalización, se evidencia que acudir al psiquiatra no se plantea como una estrategia elegida en muchos casos, sino como derivaciones del sistema de salud al que se entra por el servicio de emergencias en situaciones de crisis.

Aunque en general se percibe un exceso de medicalización de los problemas de salud mental, se recurre a la medicación pautada para problemas de salud mental como depresión y TDAH, que han sido los más mencionados. También se menciona frecuentemente el consumo de ansiolíticos, aunque desde un discurso más crítico cuando éstos son recetados desde atención primaria o psiquiátrica sin un acompañamiento médico y psicológico.

"NB1: Yo, vamos, igual que la compañera. Si es que yo también pues he ido a terapia sin saber si era lo mejor o no, me ha venido bien, me ha venido objetivamente bien, en ciertos momentos vitales, en otros momentos vitales pues no, también partiendo no de que es un recurso elitista y clasista. Porque yo quería accionarlo por la Seguridad Social médico de toda la vida y me dijeron que no, su respuesta fue recetarme Lorazepam y demás, entonces al final tuve que recurrir a la privatización de este recurso." (GT6. LGTBIAQ+).

También se han mencionado otro tipo de recursos asistenciales como los centros de jóvenes con asistencia especializada que cuentan con un abordaje integral, incluyendo diferentes servicios profesionales vinculados con el bienestar emocional y la salud mental.

H2: Es un hospital de día. La cosa está en que tú vas de 10 de la mañana a 3 de la tarde como si fuera un colegio. Allí pues tienes atención continuada. Siempre tienes un psiquiatra, un psicólogo, una enfermera y una psicopedagoga, siempre, todas las horas. Entonces, tú tienes diferentes actividades como puede ser mindfulness, gestión emocional, terapia grupal, hábitos, deportes... Entonces ahí puedes hacer muchas cosas. Tienes tu hora de estudio con la psicopedagoga. Y ahí te enseñan todo, te enseñan gestión de la ira, te enseñan gestión emocional, te enseñan mindfulness, que a mí por ejemplo no me funciona porque me agobia más. Haces deporte, te distrae y te enseñan alternativas sanas a esto. (GF3. Hombres. 16-22).

La combinación de diferentes estrategias y la ausencia de estrategias

La dificultad que supone la **gestión del malestar emocional y los problemas de salud mental** provoca que, en numerosas ocasiones, no se desarrolle una sola estrategia exclusiva, sino que se intenten abordar, consciente o inconscientemente, mediante la combinación de diferentes estrategias que pueden incluir acudir a asistencia especializada, contar con redes de apoyo, cambiar de hábitos...

No sé cuál es como la respuesta, cuál sería el ideal, porque yo al final soy una persona que tomo medicación psiquiátrica, que voy al psicólogo, aunque no crea en todo ello, y que también milito en espacios donde considero que son como mis espacios de apoyo emocional, entonces es como una definición de que no sé cuál va a ser la respuesta o el horizonte ante esto. (GT6. LGTBIAQ+).

Sin embargo, también se identifican discursos desde los que no se percibe la estrategia de estrategias posibles. La falta de un entorno con el que poder compartir estas experiencias y problemas, o la sensación de falta de apoyo tanto institucional como relacional, puede conllevar esta sensación de inexistencia de estrategias para afrontar los problemas de salud mental.

H1: Yo aquí no tengo demasiado que decir, la verdad, estoy un poco aislado... Sí que lo comento con algún con mi primo o con alguna una persona, pero poco, y simplemente los voy superando, igual los brotes o todas esas cosas... al final, los voy superando de la misma forma que van viniendo. Me digo a mí mismo "como estés triste, no vas a poder estudiar y sí que no vas a poder encontrar un trabajo" y, al final, se me pasa porque si no se me pasa, no paso... No porque... entonces, no tengo... porque no hay otra salida. (GF5. Mixto. 16-29).

"M1: Es que no hay estrategias.

M2: No las hay. Perdón por reírme, pero...

M1: Si tú eres una persona con discapacidad, eres una persona LGTBI, eres una persona gorda, eres una persona joven, eres una persona con problemas físicos... Se van sumando tantas cosas, que las únicas estrategias que puedes tener son las que te inventes tú para ti misma.

M2: O las que aprendas. Perdona.

M1: Porque eso no es algo que se investigue, no es algo que se estudie, no es algo a lo que la gente le importe. Entonces, ¿qué haces?, volverte autodidacta. Pero claro, eso, al final, no deja de ser una presión. Y esto lo dice alguien que es una persona también TDH y altas capacidades, ¿eh?" (GT8. Diversidad Funcional).

D. Valoración de los recursos

Valoración de los recursos públicos de salud mental

Respecto a los aspectos fundamentales, más concretos y críticos que la juventud vincula a la atención psicológica de los recursos públicos de salud mental, de manera general se mencionan en todos los grupos focales los siguientes aspectos:

- **Tiempos excesivamente prolongados** para obtener una cita en psicología de la Seguridad Social. Esto se considera problemático, especialmente para aquellas personas con las afecciones más graves y urgentes. En los grupos se cuentan casos de desatención a problemas graves de salud mental, como ataques de ansiedad y depresión posparto, entre otros. Consideran que un sistema de atención más ágil supondría una medida preventiva.

"M3: A nivel sanidad pública el psicólogo te da cita para 3 meses y con gente que... amigos míos que han tenido problemas ya un poco más serios, han tenido que ir a psicólogos de la Seguridad Social les daban cita cada tres meses." (GF2. Mujeres. 23-29).

"H1: Sí fue por salud pública. Pero fue cuando era como más... cuando lo ven así leve no te ayudan casi. Cuando lo ven ya que está en un punto que dices, "sí que le pasa algo sí que te ayudan". Aunque sea leve también te deberían ayudar, aunque sea un poco o poner un poco de su parte." (GF3. Hombres. 16-22).

- **Falta de continuidad, seguimiento y atención no centrada en la persona** en los recursos públicos. Se señala que, debido a la limitada frecuencia de las citas y escasez de personal, es difícil realizar un seguimiento adecuado y mantener una intervención individualizada. Incluso se señala cierta actitud despreocupada de los propios profesionales que quieren atender con rapidez en detrimento de la calidad.

"M5: Porque con la Seguridad Social pues no podemos contar. La psicóloga atenderá a 3000 habitantes, 15000 o los que tenga asignados. Te va a ver, pero no vas a ver qué ha pasado durante 3 meses entre cita y cita. Entonces, lo vas a reducir muchísimo esa información y tampoco te vas a ver hacer un seguimiento así que... (...) un especialista de la Seguridad Social pero que no te está haciendo ninguna intervención individualizada como tal. Entonces creo que es como de privilegio." (GF2. Mujeres. 23-29).

"M1: Entonces, como que iba intercalando entre los dos y más o menos, pero dijo que lo público igual no era suficiente. O sea, una vez al mes, una vez cada dos meses... es como que el psicólogo ni se entera de quién eres, ni de tu nombre, ni sabe lo que te ha pasado, porque ya ha pasado un suficiente tiempo, o sea, ni ella se acordará." (GF1. Mujeres 16-22).

"H1: (...) Vas y la mayoría lo único que quieren es despacharte, "venga, sí, para otro sitio, que pase el siguiente". (GF5. Mixto. 16-29).

- **Excesiva medicalización de los tratamientos.** Todos los grupos subrayan la tendencia de los servicios públicos de atención psicológica a recetar medicación como primera opción, en lugar de abordar los problemas subyacentes con terapia y otras herramientas. Se menciona la falta de estudios exhaustivos de los casos antes de recetar medicamentos, lo que lleva a soluciones superficiales.

"M5: Es que, muchas veces, el problema del diagnóstico siempre... muchas veces, lo primero que te dicen es "pastillas" y estás con ansiolíticos desde que tienes 6 años." (GF1. Mujeres 16-22).

"H2: Entonces, yo soy más partidario de que se puede resolver las cosas sin medicación, en muchos casos. Entiendo que hay casos necesarios en los que hará falta la medicación. Pero que, si una persona te viene con una depresión muy fuerte, lo primero que haces es sin ni siquiera estudiar el caso, darle un bote de antidepresivo para que se lo lleve a casa... Creo que solamente estás poniendo una tiritita en el problema, ¿sabes? No estás realmente llegando al meollo del asunto. No sé si me explico..." (GF5. Mixto. 16-29).

Estas críticas se apoyan en **experiencias negativas** relacionadas con la prescripción rápida de medicamentos, donde algunos/as jóvenes expresan haber recibido recetas después de consultas telefónicas breves. Esto contribuye a la desconfianza en el sistema y al escepticismo sobre la eficacia de los tratamientos.

"M: (...) a pesar de que a mí me da mucha ansiedad afrontar esa cita telefónica y le dio igual llamarme un día antes, que yo estuviese en la calle, que le dije que no podía, pero le dio igual, y en una cita de 2 minutos literalmente telefónica me recetó antidepresivos y ansiolíticos. Entonces yo ahí ya perdí la fe en nada." (GT6. LGTBIAQ+).

"NB2: España está a la cabeza en Europa en uso de antidepresivos y ansiolíticos, lo cual es son gravísimo error desde una perspectiva médica, porque está demostrado que los antidepresivos hasta que la depresión es una depresión grave, que una depresión grave, o sea que se nota cuando una persona está gravemente deprimida." (GT6. LGTBIAQ+).

"H5: Y el psiquiatra me vio una hora después de haber esperado para ir un montón de tiempo. Y me empastilló. Me dio benzodiazepinas y antidepresivos. Las benzodiazepinas son terribles. Están dando benzodiazepinas a una generación entera y en 20 y 30 años... hoy ya hay estudios que dicen que un año de benzodiazepinas te puede aumentar el riesgo de padecer demencia." (G4. Hombres. 23-29).

En el grupo triangular LGTBIAQ+, específicamente, se plantea la preocupación sobre la medicalización inicial de la experiencia trans y se aboga por una separación entre la psiquiatría y la vivencia trans. Se menciona la necesidad de avanzar hacia una despsiquiatrización más general, considerando que las crisis vitales no siempre deben clasificarse como problemas de salud mental.

NB2: Creo incluso además que la experiencia trans es un buen ejemplo en esto. Que la experiencia trans se medicalizase en un primer momento dado como que abría una puerta a reivindicar la humanidad de estos sujetos, en plan bueno, ya no eran monstruos eran sujetos enfermos. Y ahora estamos en el siguiente paso, que es ya despsiquiatrizando, que es decir no, es que son sujetos con otra vivencia, pero completamente ajenos a la psiquiatría, que es un poco lo que está intentando llevar la ley trans ahora. (GT6. LGTBIAQ+).

"NB1: salimos de la lista de enfermos en 2016, estamos en el 2023. Entonces quieras que no tenemos una herencia, yo tengo en mi informe médico que estoy enfermo, o sea, pone transexualismo en mi informe médico, como una enfermedad. Pone otitis, yo qué sé, pólipos, no sé qué, y transexualismo, y yo tengo medicación crónica para mi transexualismo, que es la testosterona, sigo dentro de un sistema médico que me está llamando a enfermo." (GT6. LGTBIAQ+).

Esta hipermedicalización de los tratamientos psicológicos también se denuncia en la entrevista a la experta en salud mental en personas racializadas donde se menciona el uso excesivo de benzodiazepinas, antidepresivos y anfetaminas, con especial preocupación por la medicalización de cuestiones de la vida, como el sufrimiento. Esta experta pone de relieve el impacto del modelo biomédico que patologiza condiciones sociales y esenciales de la vida, como el luto, entre otras.

"(...) un modelo biomédico que patologiza tanto las consecuencias de las condiciones materiales de la vida como también patologiza cosas que son esenciales de la vida, como puede ser el sufrimiento". (Entrevista 3. SM Racialización).

También se indica la excesiva medicalización de jóvenes migrantes no acompañados en los centros de menores. La experta indica que estos jóvenes a menudo son medicados con psicofármacos como una forma de control y dominación en estos entornos, lo cual se relaciona con la lógica de funcionamiento de estos centros y pisos tutelados.

Valoración de los y las profesionales de los recursos públicos de salud mental

En los discursos de las personas jóvenes que han tenido problemas graves y/o moderados de salud mental, así como entre los discursos de personas LGTBIAQ+, personas racializadas y personas con diversidad funcional y/o discapacidad (GD5, GT6, GT7, GT8) emergen actitudes de descontento hacia los y las profesionales de los servicios públicos de salud mental, fundamentadas por su experiencia laboral o como pacientes. Mencionan la falta de vocación y conformismo de los y las profesionales, actitudes que discursivamente están asociadas al funcionariado público. En algunos casos, incluso, llegan a desconfiar de la profesionalidad de los mismos.

"H2: (...) de ver a mis compañeros, enfermeros, enfermeras doctores... echándoles broncas a gente que venía por, bueno, pues eso... con ataques de ansiedad, con temas de depresión, y de que se me cayese la cara de vergüenza, porque hay una falta de... no sé si es de educación o de sensibilización, a doctores, enfermeras, etcétera, acerca de todos estos dos temas de salud mental. Porque es que después lo ves. La mayoría de los hospitales ni siquiera tienen un psicólogo, tienen un psiquiatra, y en cuanto que llega una persona medio-medio es "pastilla y para tu casa", si te hacen caso." (GF5. Mixto. 16-29).

"M2: Yo lo que creo que hay también es una falta de vocación, o sea, y un conformismo, en plan, "yo ya tengo mi sueldo a final de mes y no me voy a preocupar". No, o sea, yo, tengo discutido muchas veces en el hospital por eso." (GF5. Mixto. 16-29).

Estas experiencias colaboran a construir un relato de **desconfianza generalizada** en torno al sistema público de salud mental. En los grupos se cuentan experiencias decepcionantes, incluida la falta de derivaciones adecuadas a profesionales de la salud mental, lo que lleva a una sensación de abandono y desatención.

En primer lugar, se identifica una **falta de especialización entre los y las profesionales de la salud mental en adolescencia y juventud**. Desde la mirada experta en salud mental en infancia y adolescencia se subraya la importancia de contar con profesionales especializados en psicología clínica de la infancia y la adolescencia, dado que las necesidades y manifestaciones de los problemas de salud mental varían significativamente en distintas etapas de la vida (Entrevista 1, Entrevista 2).

Se señala una proporción insuficiente de recursos humanos especializados, provocando que las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMIS) estén saturadas, con listas de espera y atención breve, lo que obliga a muchas personas a recurrir a la asistencia privada. Aunque se percibe que esta especialización está más garantizada en el ámbito del sector público que en el ámbito privado, en éste también se señalan pocas opciones de profesionales especializados en adolescencia y juventud, lo que supone una dificultad para derivar casos a profesionales adecuados.

"No es lo mismo un niño con depresión, que una persona de 75 años con depresión. Ni se manifiesta igual, ni las necesidades son iguales, ni el momento vital es el mismo... Por eso es tan importante que haya profesionales especializados" (Entrevista 1. SM Juventud).

"Hay mucha gente, sin la formación específica necesaria, atendiendo a niños y adolescentes en el ámbito privado y en el ámbito de las asociaciones y de las fundaciones múltiples y variadas y de las ONGs. Y no estoy desmereciéndolas, (...) simplemente digo que hay muchas personas atendiendo a problemas de salud mental en general, atención psicológica en general, que no tienen la formación necesaria para atender a los niños y adolescentes que son, pues momentos evolutivos de vulnerabilidad." (Entrevista 1. SM Juventud).

Por otro lado, también destaca la necesidad de contar con recursos específicos, tanto humanos como materiales, y se resalta las dificultades para obtener estos recursos específicos debido a la falta de comprensión y codificación de los mismos. Indica la necesidad de dispositivos adecuados para infancia y adolescencia, incluyendo unidades de media estancia para trastornos más graves y, en general, se denuncia la falta de organización y recursos adecuados en el sistema sanitario público para atender a niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, lo que requiere una red organizativa adaptada a sus necesidades particulares que permita un mejor uso de recursos y elimine duplicidades de programas. También se echa en falta la existencia de una guía que reúna todos los recursos disponibles para diferentes situaciones.

También desde la mirada experta, se destaca la falta de conciencia y habilidades para la detección temprana de problemas de salud mental en adolescentes, y se critica que actualmente se trabaja más desde una perspectiva patológica y de intervención cuando el problema ya ha surgido, en lugar de centrarse en la **prevención**.

"[...] deberíamos ir dirigidos hacia eso, hacia la prevención. Igual que en el ámbito de la... pues eso, del cáncer o de otro tipo de enfermedades, que están dando muchísimos resultados y muy buenos la detección precoz y la prevención". (Entrevista 2. SM LGTBIAQ+).

Respecto a la adecuación de los y las profesionales de salud mental en relación a las realidades de colectivos concretos, se percibe de manera generalizada una falta de formación y sensibilización. Específicamente, el grupo triangular con personas jóvenes racializadas comentan que, debido a **prejuicios raciales** de ciertos profesionales, se enfrentan a situaciones de estigmatización y malentendidos sobre sus emociones.

"M2: A la hora de mi experiencia cuando he accedido a estos servicios, pues desde el punto de vista, marcada en la frente con la perspectiva colonial y del carácter fenotípico que me corresponde. Si he respondido, si me comporto de una manera más emocional del mucho, es que "es típico de las negras, que os comportéis así", de la forma de ser nuestra, ¿no? Al dolor o la tristeza o la (inaudible), que no era concebible que una mujer negra joven, no tuviese energía, no tuviese... Pues como te vistes o cómo vas o cómo hablas, pues no parece que estés pasando por este proceso". (GT7. Racializadas).

Sobre los servicios de salud mental, también se evidencian experiencias de discriminación marcadas por estereotipos y prejuicios, así como la presencia de sesgo racial en la psiquiatría y en los diagnósticos psiquiátricos, lo que puede aumentar el estrés psicológico y conllevar un impacto negativo en la búsqueda de atención y la adherencia al tratamiento.

"M2: Simplemente ya por identificarme con mi compañera en un grupo que tiene unas características, ya se me niega, ya se me está viendo de una manera que para nada corresponde con la realidad. Para nada está... que no va al punto diana, sino que tiene alrededor muchos estigmas todavía y que, a veces, van en contra de la persona o hace que se acentúe la enfermedad o que, directamente, hay una falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente, porque es eso, no sé siente identificado con lo que le están diciendo, cómo le están tratando, sobre todo." (GT7. Racializadas).

"Pero a mí me dijo que claro que yo habría sufrido muchísima represión porque mi padre era musulmán y se quedó tan ancha. ¿Entiendes? Entonces todas esas condiciones de la propia sociedad racista. Y además tú vives y tú te crías en una sociedad en la que tú eres el extraño y que, además, en el caso de los árabes, por ejemplo, que es todo lo que estamos viendo en Palestina, tú eres el enemigo, es una cosa muy fuerte o eres el inferior. Entonces todas esas cosas, o sea, yo creo que es todo lo que impregna el racismo desde una mirada encima psiquiatra, que además dan por hecho que ellos se pueden permitir eso." (Entrevista 3. SM Racialización).

La falta de formación y especialización de los y las profesionales de salud mental también se identifica en cuanto a **las personas con diversidad funcional y/o discapacidad**. La experta en salud mental en personas con discapacidad intelectual señala que, aunque cada vez hay más personas formadas en este ámbito (ella misma menciona que dirige un máster especializado en trastornos de salud mental en personas con discapacidad intelectual), aún existe una brecha en la formación de los y las profesionales que trabajan en servicios comunitarios de salud mental. A este respecto, indica la importancia de tener en cuenta elementos específicos al tratar a personas con discapacidad, como el uso de estrategias específicas en la entrevista clínica o la consideración de ciertas tendencias, como la propensión a la aquiescencia, que deben ser consideradas en la atención.

"Entonces no son tratados, vamos a decir, de la manera más adecuada, e incluso no se sabe cómo hay que hablar con ellos, no se sabe cómo hay que decir... determinadas estrategias que están muy delimitadas ya en la entrevista clínica que hay que utilizar con personas con alguna discapacidad intelectual. Por ponerte un ejemplo, hay una tendencia en estas personas a la aquiescencia, a decir que sí." (Entrevista 4. SM Diversidad Funcional).

"Entonces, cada vez hay más personal formado. Pero sí que es verdad que los centros esos personales son más bien personales de atención directa, que están en los centros ocupacionales, en los centros donde acuden, pero en los servicios comunitarios de la red nacional de salud podemos decir que ahí no tanto, ahí faltaría todavía formación". (Entrevista 4. SM Diversidad Funcional).

También se manifiestan procesos discriminatorios en las experiencias que relatan las personas con diversidad funcional. Los y las profesionales de la salud a veces pueden atribuir erróneamente los síntomas a la apariencia física, en lugar de reconocer las condiciones neurodegenerativas, además de la **infantilización** hacia las personas con discapacidad que invalidan sus argumentos y emociones.

"M2: Pero la gordofobia y el capacitismo, al final, interseccionan entre ellas, porque no es solo que seamos gordas, sino que, como somos discas, no sabemos de lo que hablamos. Es la infantilización que decía antes la compañera, y es muy grave porque se pone en peligro nuestra seguridad." (GT8. Diversidad Funcional).

Asimismo, subrayan desafíos sustanciales en el proceso de reconocimiento de la discapacidad, incluyendo la necesidad de juicios prolongados y la falta de reconocimiento de las necesidades específicas. Esta falta de reconocimiento no solo afecta la provisión de apoyos, sino que también tiene un impacto negativo en la salud mental al generar tensiones constantes y una sensación de injusticia.

"M2: Entonces, hablamos de violencia institucional, médica, educativa, constante, que al final repercute, no solamente en nuestra vida cotidiana, sino también en nuestra salud mental. Yo, además soy superviviente de violencia de género y de bullying, por lo tanto, yo ya venía de casa con un estrés postraumático de la hostia. Pero es que me independicé con una de mis parejas inicialmente y yo entré en una depresión, porque fui consciente de que muchas de las cosas con las que me ayudaba mi madre, ahora las iba a tener que hacer otra persona. Y no sabía si esa persona iba a querer seguir conmigo cuando se diera cuenta de todo lo que necesitaba que me ayudase." (GT8. Diversidad Funcional).

"M2: Durante la pandemia, yo recaí en mi depresión debido a que también convivo con un TCA, en parte por mi discapacidad y en parte también, pues por el bullying y el maltrato. Entonces, yo estaba teniendo pensamientos autolesivos muy tochos y los estaba empezando a racionalizar, es decir, que ya no me parecían algo tan grotesco de hacer. (...) Y busqué ayuda, fui a psicología... Evidentemente, soy más pobre que las ratas, así que fui a la pública. La primera que me atendió me dijo, es que "vives con mucha ansiedad debido a que..."; pues no puedo vivir de otra forma. Estamos en una pandemia mundial, soy una persona disca, grupo de riesgo, pues a lo mejor la ansiedad es un poquillo normal. Y me dijo que hiciera mindfulness, me mandó una aplicación de pago, mientras yo le estaba diciendo que no sabía si iba a poder pagar el alquiler, maravilloso." (GT8. Diversidad Funcional).

Por lo tanto, las participantes de este grupo triangular ponen de manifiesto la **violencia institucional y médica**, con ejemplos concretos de trato condescendiente y una actitud insensible por parte de profesionales de la salud mental que puede contribuir a la vulnerabilidad emocional y mental de la persona, generando un impacto negativo en su bienestar emocional.

"M2: La siguiente que yo vi, que eran todas de la Seguridad Social, me dijo que es que no había aceptado mi discapacidad, cuando es algo que yo tengo terriblemente aceptado y que, de hecho, me empodero en torno a ella. Y que tenía que leer sobre el dolor crónico, y es como "es uno de mis intereses restringidos, señora, leo más que usted, estoy segura". Y, la última, y esto voy a decir las palabras exactas que dijo, me dijo "teniendo en cuenta tu historia vital, tu biografía y todo lo que has pasado, es completamente normal que te encuentres cómo estás y, por lo tanto, solo podemos darte el alta o soportarte". Utilizó la palabra "soportarte", literalmente. No lo estoy exagerando, utilizó esa palabra. Y eso es muy violento." (GT8. Diversidad Funcional).

Siguiendo esta línea, la persona experta en diversidad funcional señala que, según un estudio sobre las necesidades percibidas, las personas con discapacidad intelectual consideran que una de sus mayores necesidades está relacionada con la salud mental. Existe una sensación de no ser bien acogidos ni tratados adecuadamente cuando acuden por problemas de salud mental. Se destaca la importancia de ser reconocidos más allá de su discapacidad intelectual, evitando el estigma asociado y permitiendo que sus preocupaciones de salud mental sean abordadas de manera integral.

Se menciona que existe un problema de diagnóstico y tratamiento, similar al "eclipsamiento", donde se asume automáticamente que los problemas de salud mental están vinculados a la discapacidad intelectual. La dificultad radica en que no todos/as los y las profesionales cuentan con formación específica en la atención a personas con discapacidad intelectual, especialmente en los servicios comunitarios de salud mental.

"(...) el hecho de que en un momento determinado alguien frente a un problema de conducta o una situación en el que a lo mejor esa persona pues se siente mal y grita, vamos a decir así, pues que los demás vean más allá de que puede tener un síndrome de Down, sino que hay algo más que en un momento determinado a ti te puede hacer sentir que estás peor. Y, entonces, esas necesidades percibidas ellos sí que las más importantes eran esas, las de salud mental." (Entrevista 4. SM Diversidad Funcional).

Cambio estructural y profundo del sistema público de salud mental

Al abordar en sentido amplio los recursos especializados de atención a la salud mental, las personas jóvenes expresan una preocupación generalizada sobre la **falta de inversión en la sanidad pública**. Argumentan que la falta de presupuesto y la escasez de profesionales contribuyen a la disminución de la calidad en los servicios públicos de salud mental. También señala que la salud mental sigue estando en un segundo plano en el orden de especialidades del sistema.

"H2: En España seguimos teniendo el estigma, ya no tanto el tabú, sino el estigma de, la salud mental es que la salud mental es secundaria. Igual que la que la salud bucodental. Son secundarios. Entonces, en la Seguridad Social están bajo mínimos no lo siguiente." (GF3. Hombres. 16-22).

"H2: Yo, que lo he vivido desde dentro, hay una falta de presupuestos en la sanidad pública que es bestial. O sea, se están cerrando centros de salud por todos lados, se está derivando completamente todo a los hospitales, las urgencias están a reventar de gente porque no te dan cita para hasta dentro de 3 semanas (...), creo que es muy importante que peleemos porque se financie la sanidad pública, al igual que la educación pública..." (GF5. Mixto. 16-29).

"H2: Entonces, nos estamos olvidando de que nos están impulsando hasta lo privado, de que, si se pone el presupuesto que hace falta para que estas cosas funcionen bien, van a funcionar bien" (GF5. Mixto. 16-29).

Desde un enfoque más estructural y experto se señala la **inequidad** existente en España en el acceso a los servicios de salud mental, con diferencias significativas entre las Comunidades Autónomas. En la entrevista a la experta en salud mental en infancia y adolescencia señala que cada región tiene su propio sistema de salud y cartera de servicios, lo que resulta en disparidades en los tratamientos disponibles para niños, niñas y adolescentes en diferentes partes del país. Ilustra esta desigualdad con el problema específico del suicidio en la infancia y adolescencia, ya que existen gran disparidad de planes de prevención del suicidio a nivel autonómico e incluso municipal.

En última instancia, la experta aboga por una **mayor coordinación y vertebración** en la atención a la salud mental en España desde el Ministerio de Sanidad. Propone la necesidad de garantizar un acceso equitativo a tratamientos y servicios, independientemente de cuestiones políticas, intereses o estrategias puntuales que pueden cambiar con los ciclos políticos. Enfatiza la importancia de establecer políticas que aseguren la continuidad y estabilidad de los programas y recursos disponibles.

Más crítico y profundo es el enfoque que propone la importancia de cambiar la concepción de la locura y el sufrimiento psíquico, subrayando la importancia de cambiar su concepción, abogando por un enfoque que no los vea como enfermedades. Además, se critica el sistema de diagnósticos múltiples y la falta de recursos alternativos, como "casas de crisis o espacios de descanso", que podrían ofrecer alternativas menos violentas que las plantas de salud mental de instituciones médicas y psiquiátricas. En este sentido, se propone la creación de recursos no violentos y la reconsideración de la conceptualización de la locura y el sufrimiento psíquico, así como la creación de herramientas para que las propias personas participen en su modelo de cuidados.

En línea con estos argumentarios está el discurso del grupo triangular del colectivo LGTBIAQ+. Se propone realizar también una crítica profunda al sistema de atención a la salud mental en España. La preocupación principal es que, simplemente aumentar la financiación, no será suficiente si no se realiza un cambio sustancial en la forma en que la psicología y la psiquiatría aborda y trata los problemas de salud mental. Como alternativa, se propone una práctica de acompañamiento para comprender en mayor profundidad las causas subyacentes del malestar desde un abordaje más social.

"NB2: (...) en España la psiquiatría es una psiquiatría puramente represiva, y cuando no es represiva es bomberos, o sea es tapar fuegos, o sea, intentar como gestionar la crisis de la forma más barata posible para sacar la persona rápidamente del del sistema porque no hay recurso." (GT6. LGTBIAQ+).

"NB2: el concepto de crisis, que yo creo que hablamos poco de él, creo que son personas en crisis, y son crisis vitales, y no son necesariamente problemas de salud mental. Porque además la crisis tiene como esta dimensión social, que creo que la palabra salud mental a menudo evoca más una cosa individual, biográfica." (GT6. LGTBIAQ+).

"NB2: Creo que habría que sustituir esta práctica del síntoma o esta clínica del síntoma por una práctica de acompañamiento en el malestar, de preguntarnos por qué una persona ha llegado la situación en la que escucha voces, y de cuáles son los malestares que han acompañado." (GT6. LGTBIAQ+).

"H5: Yo puedo tener poca (...) pero la depresión se materializa en que tengo poca dopamina. Pero por qué estoy deprimido. Y lo que hace la institución de la psiquiatría es darte dopamina, pero no ir más allá." (G4. Hombres. 23-29).

Valoración de los recursos privados de salud mental

De manera general, en todos los grupos se mencionan los siguientes aspectos en torno a la atención psicológica de los recursos privados de salud mental:

- **La barrera económica** como un factor significativo que limita el acceso a servicios de atención psicológica privada. En el caso de las personas más jóvenes este acceso es aún más restringido ya que la mayoría siguen dependiendo económicamente de su entorno familiar y de que sus familiares comprendan y acepten la necesidad que tienen de recurrir a una atención psicológica especializada de pago.

Se señala que el coste medio de las sesiones con psicólogos/as privados es entre 50 y 60 euros por sesión, lo que representa una carga financiera significativa para la mayoría de la juventud. Esto genera dificultades para mantener **un tratamiento regular y continuo**, ya que el coste total puede resultar excesivo e inaccesible, especialmente cuando se deben cubrir otras necesidades básicas como el alquiler y la comida.

"M3: Tienes que trabajar, tienes que pagar un alquiler, tienes que pagar la comida y tienes que pagar un psicólogo. Y al final no salen las cuentas." (GF2. Mujeres. 23-29).

"M2: Quien no tenga una profesión o una independencia económica que se lo permita, aparte de todo lo que tiene que pagar aparte, lo tiene bastante crudo y difícil. (...) O sea, o va al vacío antes de que llegue la ayuda, o se queda en ese bucle y en esa falta de desamparo, también." (GT7. Racializadas).

Por lo tanto, la intensidad y periodicidad de las sesiones depende más de los recursos disponibles de la persona joven que del criterio profesional, lo que podría afectar a la calidad de la atención.

"M5: Porque como decía anteriormente la compañera cada sesión te cuesta dinero y no todo el mundo puede permitirse el lujo de ir cada semana o cada 15 días que sería lo idóneo y lo maravilloso. Y a lo mejor pues vas una vez cada 3 meses." (GF2. Mujeres. 23-29).

"M3: Entonces, parece que esto se queda trasladado a un plano que es para gente con dinero, entonces, ya es tirar para adelante y olvidarte de la salud mental. Porque es que no puedes ni pensar en permitirte, entonces, pues mejor omitir el problema y fingir que ahí no pasa nada, que asumir que es una realidad que tiene como varias partes." (GF5. Mixto. 16-29).

La juventud es consciente de que esta barrera económica genera una desigualdad entre la población joven por lo que sugieren que el sistema de la Seguridad Social debería cambiar para garantizar una atención **más igualitaria y accesible** para aquellas personas que no pueden pagar un tratamiento psicológico privado.

"M4: Es que el tema este de la Seguridad Social para el tema del psicólogo la verdad que debería de cambiarse. Porque es que hay personas que por cuestiones de dinero no tiene bastante, no se pueden pagar un psicólogo o psicóloga y después que te da la cita cuando a ellos les venga en gana." (GF2. Mujeres. 23-29).

La posibilidad de acceder regularmente a servicios de psicología privada se percibe como un **privilegio**, la idea de "No todo el mundo se lo puede permitir" atraviesa todos los discursos analizados. En consecuencia, la frecuencia de las sesiones y la capacidad de mantener un tratamiento a largo plazo parecen depender del nivel socioeconómico, creando desigualdades en el acceso a la atención psicológica.

Estas dificultades de acceso actúan con mayor intensidad en la **puerta de entrada**, ya que se prevé como un gran gasto mensual/anual por lo que no se da "ese primer paso" que, en muchos casos constituye una medida preventiva.

En este sentido, en el grupo de chicos de mayor edad y el grupo mixto, advierten que este acceso tan limitado a la atención psicológica privada podría aumentar el malestar entre aquellas personas que lo necesitan pero que no pueden permitírselo, agravándose sus problemas de salud mental e incluso lo vinculan, en los casos más extremos, a un aumento de suicidios entre la población joven.

"H3: A no ser que tengas dinero y te lo puedes pagar. Pues es normal que aumente los suicidios. Es normal que aumente el malestar general y que la gente sea también recelosa de querer dar ese paso porque saben que, o te lo te lo puedes pagar o es casi imposible acceder a ello. (...) también recelos de no querer dar ese primer pasó porque sabes que va a costar mucho." (GF4. Hombres. 23-29).

"M3: Es que no puedes ni pensar en permitírtelo, entonces, pues mejor omitir el problema y fingir que ahí no pasa nada, asumir que es una realidad que tiene como varias partes." (GF5. Mixto. 16-29).

- **Calidad vinculada a los recursos privados de salud mental vs recursos públicos.** El discurso predominante y arraigado entre la población joven es que la atención psicológica de calidad se asume y vincula con los servicios privados. Este enfoque se fundamenta en la privatización actual de la asistencia psicológica, asociando la rapidez y la calidad con lo privado, mientras que los servicios públicos se vinculan con procesos más lentos, de menor calidad y con tratamientos más medicalizados como ya se ha expuesto anteriormente. En algunos casos, asumen como única alternativa posible acudir al sector privado si quieren evitar un tratamiento con psicofármacos. Este discurso más crítico se fundamenta en las experiencias que han tenido las personas con mayores problemas de salud mental.

"M6: Yo voy a hablar de la experiencia de dos amigas mías. Una, mi mejor amiga que fue al psicólogo privado y súper bien, o sea, le fue como 3 meses y súper bien, y luego, la otra, que sí que tuvo bastantes problemas mentales, fue al psicólogo de la Seguridad Social y solo le mandaba pastillas y ya." (GF1. Mujeres 16-22).

"M1: Pero en la privada, la verdad, es que, entre buenos y malos profesionales, no he encontrado hasta día de hoy uno que sea tan malo. O sea, alguien que me diga que me calme, o que me tengo que controlar, o que respire... No, no. En todo caso, he encontrado personas que me he sentido más juzgada, menos juzgada, personas que han tenido metodologías que se encajan más con mi caso o menos, pero nunca algo tan grave como el de la sanidad pública." (GF5. Mixto. 16-29).

"M1: Pero yo creo que también, en el privado, a lo mejor, me he encontrado con mejores profesionales, porque a lo mejor se les está pagando mejor o lo mejor tienen más tiempo, tienen la agenda más despejada para tratarte, no sé muy bien por qué..." (GF5. Mixto. 16-29).

En general, se valora de **manera positiva** la atención recibida por la asistencia privada observando mejoras reconocibles en su propia trayectoria socio psicológica.

"M7: (...) si sigo ahí es porque tengo que seguir, pero, tanto mi entorno como yo misma, vamos; hemos notado el cambio desde hace 4 años, que fue cuando empecé, hasta ahora." (GF1. Mujeres 16-22).

"NB1: Porque yo quería accionarlo por la Seguridad Social médico de toda la vida y me dijeron que no, su respuesta fue recetarme Lorazepam y demás, entonces al final tuve que recurrir a la privatización de este recurso." (GT6. LGTBIAQ+).

No obstante, algunas personas advierten que la oferta de los servicios psicológicos privados se rige por principios mercantilistas de **precio-calidad** y que es un sistema orientado al mercado en el que "los y las clientas" pueden esperar una mejor calidad de servicios de salud mental al pagar un precio más alto.

"H4: Mi amigo iba a uno que no tenía el máster. Entonces, al no tener el máster de psicología cobraba 20€ o 15€ y mucho no la ayudaba." (GF3. Hombres. 16-22).

Finalmente, se intuye un discurso incipiente y tímido que aboga por **la universalización de la atención en salud mental**, sustentado en la idea de que, a lo largo de la vida, cualquiera podría requerir apoyo especializado para enfrentar desafíos de índole psíquico.

"H2: Todo el mundo tiene, o ha tenido, o va a tener algún problema de salud mental alguna vez en su vida. (...) Una etapa con más estrés, una etapa con más ansiedad, ojo, no un trastorno de ansiedad, pero sí que algún tipo de problemática que un psicólogo, un psiquiatra, podría llegar a ayudarle." (GF3. Hombres. 16-22).

- **Enfoques más contextuales en los recursos privados de salud mental.** Desde los colectivos LGTBIAQ+, personas racializadas y personas con diversidad funcional, se valora positivamente que los y las profesionales tengan una visión *emic*, es decir, que pertenezcan al colectivo de la persona que van a atender psicológicamente. Consideran que la identidad y la biografía de los y las profesionales aporta un enfoque contextual que permite comprender desde dentro las problemáticas a las que se enfrentan estos colectivos.

"M: Y luego por ejemplo a nivel psicológico fui a dos psicólogas que no me sentí para nada entendida, y ahora pues he dado con una psicóloga que es lesbiana y que con eso yo me siento muchísimo más comprendida." (GT6. LGTBIAQ+).

"M3: Y esa red de apoyo también nos puede ayudar a encontrar a buenos profesionales. Es decir, a encontrar una profesional de la salud mental que sepamos que oye, trabaja, guay, escucha, no es capacitista, no es paternalista..." (GT8. Diversidad Funcional).

"M2: Entonces, es importante que, en ese, otra vez, ese puzzle, pues un terapeuta racializado o indicado, que esté en consonancia con tu experiencia, te guíe y te lleve de la mano, mucho antes que... Por supuesto que hay una cierta desconfianza del sector..." (GT7. Racializadas).

OTROS RECURSOS PÚBLICOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Algunas personas jóvenes mencionan sus experiencias con líneas de ayuda, como el *Chat de la Esperanza*⁷⁷ y teléfonos de prevención de suicidios y atención psicológica. Algunas personas han tenido buenas experiencias, mientras que otros no han recibido respuestas oportunas.

"M3: Yo lo único no sé si es yo creo que sí que es público, que era el chat de la esperanza. Creo que se llama, que es como para prevención de suicidios. Escribí una vez r porque estaba preocupada por una persona y no obtuve respuesta nunca." (GF2. Mujeres. 23-29).

"H3: Pero... resaltar que... ahora hay foros... no sé si estoy... acá, por ejemplo, en Castilla y León, hay una línea de teléfono gratuita en la que puedes contactarte y te da asistencia, te genera citas para para tu mismo conversar de tus problemas o cosas así. Te asigna un psicólogo lo cual es muy necesario justo ahora." (GF4. Hombres. 23-29).

También tienen conocimiento de la existencia de recursos subvencionados, como el centro de rehabilitación psicosocial (Junta de Extremadura). También se mencionan servicios gratuitos de psicología ofrecidos por los gobiernos municipales, aunque algunos participantes indican que estos servicios son menos conocidos.

"M3: Alguna formación. Es que yo lo pienso que es necesario. Por ejemplo, yo en la casa de juventud sí que siento que... por ejemplo, hicimos una charla sobre prevención sobre el suicidio, luego también sobre el tema de la ansiedad, pero eso en todos los trabajos, no se hace." (GF1. Mujeres 16-22).

"M3: (...) al menos hablo desde Zaragoza, que hay muchos servicios que desde, por ejemplo, el Ayuntamiento de Zaragoza o centros de Salud o incluso el Instituto Aragonés de la Juventud, hay un servicio de psicología totalmente gratuito, que es una asesoría de bienestar. (...) Entonces, también la falta de información y la falta de que lo conozcamos para que no lo usemos ni lo saturamos. Es decir, que tienen un servicio, pero eso... que también hay, también existen posibilidades, pero, claro, hay que buscarlas." (GF1. Mujeres 16-22).

⁷⁷El Chat de la Esperanza es un recurso dirigido a personas jóvenes dirigido a la prevención del suicidio, aprovechando los recursos que ofrecen las nuevas tecnologías. Fue promovido por la Asociación Internacional Teléfono de la Esperanza, buscando la adaptación del recurso "Teléfono de la Esperanza" a la población joven mediante aquellos medios de mayor uso entre la población adolescente y juvenil, como son las redes sociales.

RECOMENDACIONES



RECOMENDACIONES

4.1. RESPUESTAS ANTE PROBLEMAS ESTRUCTURALES Y SISTÉMICOS

Situación económica y mercado de trabajo

Es necesario enfatizar y visibilizar que **buena parte de los problemas de salud mental de la juventud tiene sus raíces en factores relacionados con la economía y el mercado de trabajo**. Es importante poner de manifiesto la enorme correlación entre salud mental y condiciones socioeconómicas de la ciudadanía.

- Favorecer la buena y estable incorporación de la población joven al **mercado de trabajo**, pues los datos muestran una relación clara entre precariedad laboral —prácticas no remuneradas, bajos salarios, estacionalidad, temporalidad, parcialidad involuntaria, etc.— y un empeoramiento de la salud mental.
- Promover la **formación de las personas jóvenes en derechos laborales**.
- Concienciar sobre el **carácter estructural de algunas de las problemáticas** que sufren, contribuyendo a reducir el espíritu de competición y el foco en la meritocracia y el esfuerzo individual como principal solución ante una situación de vulnerabilidad estructural.
- Evidenciar las **particularidades del contexto actual** de las personas jóvenes con relación a la realidad experimentada por generaciones anteriores: cambios en la conceptualización del tiempo de ocio frente al tiempo de trabajo, incremento de los precios de vivienda, transformaciones de empleos estables, incertidumbre ante la crisis climática, etc.
- Facilitar el **acceso de la juventud al mercado de la vivienda**, garantizando la vivienda digna y adecuada como un derecho real y como un bien de interés superior. Así se favorece el desarrollo de sus proyectos de vida y se reduce la incertidumbre sobre el futuro, ampliamente extendida entre las generaciones más jóvenes.

Sociedad más igualitaria

La cultura que vivimos está marcada por una **estructura social que carga la sociedad de una serie de estereotipos y mandatos de género que afectan a nuestras vivencias y el modo en el que nos comportamos**. Hay un claro impacto diferencial entre hombres y mujeres sobre su bienestar y su salud mental.

- Poner un **foco específico en los malestares que sufren las mujeres** tanto desde las políticas públicas como los recursos, puesto que son quienes se ven más sometidas a factores estresores —mayor presión estética, doble demostración profesional, mayor responsabilidad en los cuidados, sufrir mayor violencia y acoso, etc.—, lo que repercute en que tengan más malestares y con mayor frecuencia.

- Mejorar y ampliar los **protocolos de denuncia y apoyo** ante agresiones y abusos generados en el marco de la asistencia sanitaria. Aunque ya existen protocolos, resulta fundamental generar conciencia social para que puedan llevarse a cabo sin impedimentos y se extienda el rechazo social ante las violencias estructurales.
- Concienciar sobre los **malestares que sufren los hombres** ligados al peso de encarnar una masculinidad hegemónica tradicional, puesto que los mandatos de género masculinos que rechazan la vulnerabilidad dificultan la búsqueda de ayuda y apoyos, tanto en el entorno cercano como de figuras profesionales.

Racismo, homofobia, transfobia y capacitismo

Hay problemas sistémicos importantes que afectan a la salud mental que tienen que ver con **el rechazo y la discriminación que experimentan personas racializadas, personas que encarnan disidencias sexuales desde la cisheteronormatividad y personas con algún tipo de discapacidad.**

- Promover la **educación en diversidad** a nivel transversal y en todas las etapas de la vida para construir una sociedad inclusiva en la que se respeten y apoyen las diferencias.
- Visibilizar **referentes de personas racializadas, con discapacidad y con diferentes identidades y orientaciones sexuales** en todos los espacios sociales, especialmente en aquellos que cuentan con visibilidad y poder. Es importante reflejar la diversidad que existe en la sociedad en todos los entornos posibles (ocio, educación, trabajo, etc.).
- Inversión para implementar **políticas de acción positiva** que fomenten la diversidad en el ámbito laboral a través de incentivos a empresas y/o cuotas.
- Fomentar la **formación integral de los y las profesionales además de promover la inclusión y el fomento de la diversidad en las personas empleadas en los servicios de asistencia**, para que cuando una persona que pertenece a un colectivo vulnerable acude a recursos asistenciales, quienes les atiendan tengan en cuenta las especificidades y posibles vivencias propias del colectivo (o que los y las propias profesionales pertenezcan al mismo colectivo).
- Generar **espacios nuevos para dar voz a personas que no se ajustan al ideal normativo**, con una incorporación real y efectiva de colectivos a los espacios profesionales, incluido los espacios de tratamiento de salud mental y de toma de decisiones.
- Desarrollar **investigaciones que pongan el foco sobre la realidad de personas diversas** y el modo en el que sus características y las opresiones sistémicas repercuten sobre su salud mental. De este modo, se espera contribuir al conocimiento y la concienciación sobre la necesidad de la inclusividad.

4.2. GENERACIÓN Y MEJORA DE RECURSOS ASISTENCIALES A LA SALUD MENTAL

Refuerzo del sistema público de asistencia

La **atención** del sistema sanitario español a los problemas de **salud mental** es **inadecuada e insuficiente**, algo que se pone de manifiesto cuando hablamos de recursos específicos para tratar problemas y trastornos de las personas jóvenes.

- Fomentar el **aumento de profesionales especializados/as en psicología clínica infanto-juvenil** para alcanzar al menos un 20% de la atención y recursos —con materiales y dispositivos apropiados—. La ratio de psicólogos/as especialistas en psicología clínica por cada 100.000 habitantes que trabajan con infancia y adolescencia en España es de 1,12 frente a los 5 recomendados por el Royal College of Psychiatry del Reino Unido —habría que incorporar 1.828 profesionales—. En la misma línea, incrementar el número de profesionales especializados en psiquiatría, trabajo social y psicopedagogía para mejorar la calidad del servicio. El objetivo es generar una **atención más individualizada, mayor tiempo de consulta por paciente y mayor seguimiento de los casos**.
- Fijar **menores tiempos de espera** para citas médicas, entre sesiones y también de cara a derivaciones entre distintos servicios —médico/a de cabecera, especialistas de psicología, especialistas de psiquiatría, urgencias hospitalarias, etc.— o de servicios telefónicos a servicios presenciales. Los tiempos de espera son uno de los principales problemas del servicio de asistencia pública, puesto que dificulta la detección temprana y el seguimiento y empeora la calidad de vida de los y las pacientes.
- Mejorar la **coordinación entre los diferentes servicios y ámbitos** que cuidan de la salud mental de las personas jóvenes: centros de salud, derivaciones a especialistas, sistema educativo, ámbito laboral, servicios sociales, etc. —por ejemplo, entre la atención primaria y la psiquiatría—.
- Mejorar la **coordinación entre territorios**, para ofrecer un abordaje mejor ajustado a las necesidades reales y con recursos equitativos en todo el Estado. Generar bases de datos conjuntas con información como tiempos de espera, número de profesionales, tipo de servicios, etc.
- Fomentar un **mayor conocimiento de los recursos disponibles** en la población joven —instituciones, servicios, profesionales, etc.—.

Ampliación de recursos y formación

- Mejorar la prevención a través de la **formación adicional al entorno de las personas jóvenes con problemáticas de salud mental** —gestión emocional, gestión del malestar y salud mental, detección temprana de trastornos, acompañamiento, fomento de actividades y hábitos saludables, etc.—; formación enfocada a profesionales de la educación, a familias u a otros agentes de contacto directo con jóvenes.

- Establecer dinámicas de **formación directa a adolescentes y jóvenes** a través de charlas y talleres en entornos de educación formal y no formal. Incluir en los currículos educativos contenidos relacionados con la educación emocional, la gestión del estrés y los problemas de salud mental.
- Más **personal en los centros educativos**, ajustados a las necesidades de estudiantes con más profesionales de apoyo —especialmente para el seguimiento de personas con discapacidad, enfermedades mentales o trastornos que dificulten el aprendizaje—.
- Generar **espacios de confianza en los centros educativos** y que se disponga del **tiempo** necesario para una atención cercana que genere referentes para el alumnado. Es importante que el personal de apoyo no forme parte del profesorado que evalúa para que pueda detectar sin condicionantes situaciones problemáticas y que se asegure la privacidad.
- Promoción de **programas y actividades gratuitas** desde las instituciones que fomenten el bienestar y eviten la soledad no deseada entre la juventud: actividades deportivas, de contacto con la naturaleza o de carácter artístico o manual. A su vez, generar mecanismos de apoyo institucional a redes y grupos de apoyo que surjan de manera no institucionalizada y que contribuyan al mismo objetivo.
- Generar **servicios específicos dedicados a la salud mental de la población infantil, adolescente y juvenil**, enfatizando la importancia de la atención temprana y especializada, que posibilite la detección de problemas en estadios iniciales y evite el desarrollo de trastornos o problemas de salud mental más graves.
- Reforzar el **apoyo a personas con trastornos mentales que no están viviendo en instituciones psiquiátricas** para que puedan desarrollar una vida autónoma (servicios domiciliarios, atención primaria...), así como el apoyo a sus personas cuidadoras.

Transformación del sistema psiquiátrico y médico

Se perciben **malestares ligados al modo en el que el sistema biomédico actual y las disciplinas psiquiátricas enfocan el tratamiento de la salud mental**, sobre todo por la patologización de los malestares o la medicalización.

- Replantear el abordaje de la salud mental, muy centrado en el carácter asistencial y de control social. Reivindicar la necesidad de extender formaciones integrales a todas las personas profesionales del sistema de asistencia a la salud mental, en perspectiva de género, racialización, LGTBIAQ+, y discapacidad que permitan que los y las profesionales, especialmente sanitarios/as, contemplen y trabajen incorporando la diversidad. Especialmente en los servicios comunitarios de la red nacional de salud
- Revisar la medicalización, facilitando otras opciones desde el sistema sanitario.

4.3. CAMBIAR EL MODO EN EL QUE SE CONCIBE LA SALUD MENTAL

Entendimiento de la salud mental

Fomentar una **visión más holística** de la salud mental que parta del **bienestar en términos amplios**. Además, es necesario romper con el ideal de la salud mental perfecta que con frecuencia genera un efecto contraproducente y de malestar.

- Trabajar en la **desestigmatización** de la salud mental y en el tabú que sigue existiendo alrededor de los malestares psicosociales de la población infantil, adolescente y joven.
- Fomentar una visión de la salud mental más compleja y holística.
- Remarcar la importancia de incorporar una **mirada estructural y sistémica** en la concepción y abordaje de la salud mental. En este sentido, se propone **despatologizar** ciertas experiencias ligadas al malestar y a sufrimientos, normalizando este tipo de sensaciones que con frecuencia tienen un origen sistémico y no ligado a enfermedades, desde el acompañamiento y el apoyo.

Colectivismo y participación

Los **discursos y prácticas individualistas** rompen con la necesaria construcción de lazos sociales y solidaridad, generando más aislamiento, soledad y, por consiguiente, mayores malestares emocionales:

- **Problematizar los discursos y marcos culturales que ensalzan la capacidad de superación y la resiliencia individual**, en favor de aproximaciones que tomen en consideración los apoyos sociales, las redes de afectos comunitarias y la dimensión social de la resiliencia.
- Luchar contra las dinámicas y tendencias individualizadoras de la sociedad, generando actividades y espacios de encuentro y de disfrute de intereses y reivindicaciones de manera colectiva. Para ello es necesario favorecer la creación y el desarrollo de **redes y espacios de apoyo** a colectivos especialmente vulnerables. Pueden poner el foco en la salud mental, pero no es necesario, puesto que en cualquier caso la creación de vínculos contribuye al bienestar. La finalidad es poder compartir y gestionar emociones, compartir experiencias e intereses o desarrollar actividades que contribuyan al bienestar.
- Fomentar la **participación social y política** como forma de empoderamiento de las personas que sufren problemas de salud mental.

METODOLOGÍA



METODOLOGÍA

Se ha desarrollado una **metodología mixta** basada en la **triangulación metodológica**, que complementa el análisis de datos cuantitativos (secundarios) y el análisis de materiales cualitativos (primarios) para poder alcanzar el mayor conocimiento posible sobre la realidad estudiada.

5.1. FASE CUANTITATIVA

Revisión bibliográfica y análisis documental de datos secundarios disponibles sobre salud mental y situación socioeconómica de la población juvenil, con especial énfasis en aquellas fuentes de datos periódicos que permitan reconstruir la evolución de la situación de las personas jóvenes desde antes de la pandemia del COVID-19. Para ello, se han utilizado principalmente investigaciones propias de Fad Juventud, en las que el estudio de la salud y el bienestar juvenil ha constituido uno de los ejes principales, en combinación con los datos disponibles en fuentes estadísticas oficiales y otras organizaciones e instituciones del tercer sector.

Estudios del Centro Reina Sofía de Fad Juventud

Como base del análisis, se han incorporado las cuatro oleadas disponibles del *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar* (2017, 2019, 2021 y 2023), así como las dos oleadas del *Barómetro General Juvenil* (2017 y 2019) y estudios ad hoc realizados durante la pandemia. El universo de estos estudios es la población joven entre 15 y 29 años residente en España, a partir de una base muestral, para cada oleada, de alrededor de 1.200 casos.

- Ballesteros, J.C.; Gómez, A., Kuric, S. y Sanmartín, A. (2022). *Jóvenes en pleno desarrollo y crisis pandémica. Cómo miran al futuro*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación Fad Juventud.
- Ballesteros, J.C., Rodríguez, E., Sanmartín, A. (2017). *Barómetro Juvenil 2017*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad.
- Ballesteros, J.C., Sanmartín, A., Tudela, P. (2018). *Barómetro juvenil sobre Vida y Salud 2017*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad.
- Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J.C., Calderón, D., (2020) *Jóvenes en pleno desarrollo y en plena pandemia. Cómo hacen frente a la emergencia sanitaria*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad.
- Kuric, S., Sanmartín, A.; Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A. (2023). *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023*. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.
- Megías, E.; Rodríguez, E.; Ballesteros, J. C.; Sanmartín, A. y Calderón, D. (2021). *Género, vivencias y percepciones sobre la salud: Informe de resultados*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad.
- Tudela, P.; Sanmartín, A.; Rubio, A. y Ballesteros, J.C. (2020). *Barómetro Juvenil 2019*. Autonomía económica y emancipación. Informe sintético de resultados. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad.

- Sanmartín, A., Ballesteros, J. C., Calderón, D. y Kuric, S. (2022). *Barómetro Juvenil 2021. Salud y bienestar: Informe Sintético de Resultados*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación Fad Juventud.
- Sanmartín, A.; y Ballesteros, J.C.; Calderón, D.; Kuric, S. (2020) *De puertas adentro y de pantallas afuera. Jóvenes en confinamiento*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad.

Los detalles de cada investigación pueden consultarse en la página web de Fad Juventud, incluyendo informes, cuestiones metodológicas, cuestionarios, bases de datos... Más información: <https://www.centroreinasofia.org/publicaciones/>.

Fuentes estadísticas oficiales

Instituto Nacional de Estadística. Fuentes de datos periódicas que permiten la comparación entre la juventud y el resto de la población; principalmente del periodo de 2017 a 2022.

- Encuesta Anual de Estructura Salarial (2017 a 2022).
- Encuesta de Condiciones de Vida (2017 a 2022).
- Encuesta de Defunciones según causa de la muerte (2012 a 2022).
- Encuesta Europea de Salud en España (2014 a 2020).
- Encuesta de Población Activa (2017 a 2022).
- Índice de Precios de la Vivienda (IPC) (2008 a 2023).
- Índice de Precios de la Vivienda en Alquiler (IPVA) (2014 a 2022).

Eurostat. Se han utilizado datos sobre el mercado de trabajo y emancipación –*EU statistics on income and living conditions (EU-SILC)*–, con la finalidad de establecer una comparación de la situación de la juventud española con el entorno de la Unión Europea.

Centro de Investigaciones Sociológicas. Se han incorporado datos del Barómetro Sanitario⁷⁸, que se elabora trianualmente. Debido a la excepcionalidad producida por la pandemia en los últimos años, se ha optado por fusionar las dos oleadas disponibles para 2023 (febrero y julio) y presentar una panorámica sincrónica de la opinión de la juventud en este año. Se han recogido indicadores sobre la satisfacción de jóvenes con distintos elementos que componen el sistema sanitario, con tiempos de atención (atención primaria, especialistas) y con listas de espera.

Ministerio de Sanidad. Se han incorporado datos de consumo de sustancias hipnosedantes con y sin receta a partir de las últimas oleadas disponibles de la *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)*⁷⁹, con datos de 2021, y de la *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES)*⁸⁰, con datos actualizados hasta 2022.

⁷⁸ CIS (2023). Barómetro Sanitario 2023: Oleada 1 y 2. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas. <https://www.cis.es>

⁷⁹ Ministerio de Sanidad (2022). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021. Informe 2022: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

⁸⁰ Ministerio de Sanidad (2022). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2022. Edades 2022. Madrid: Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

Otras fuentes

- Estudios e informes realizados por ONGs, fundaciones y otras entidades sobre la salud mental juvenil, destacando el Consejo de la Juventud en España (CJE), la Fundación ANAR, la Confederación Salud Mental España, la Fundación Mutua Madrileña o UNICEF, entre otras.
- Notas de prensa y comunicaciones oficiales del gobierno y las administraciones del Estado.
- Datos del portal inmobiliario Idealista sobre la evolución del precio de la vivienda en España.
- Artículos en prensa sobre la evolución de indicadores contextuales: económicos, mercado de trabajo, vivienda, desempleo, etc.
- Artículos científicos e investigaciones sobre la atención sanitaria a la salud mental y la situación de la salud mental infanto-juvenil, así como sobre la asociación entre salud mental y condicionantes sociales.

Fuentes estadísticas oficiales

En el análisis cuantitativo, como se decía anteriormente, se ha utilizado como base el *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar* (años 2017, 2019, 2021 y 2023) de Fad Juventud, de donde se han extraído algunas variables sociodemográficas con las que se han realizado análisis cruzados. A continuación, se detallan las características de estas variables.

Género. En el cuestionario se pregunta: «Eres...», dando como opciones de respuesta: "Mujer"; "Hombre"; "Otro". La escasa proporción de casos en la categoría "otro" (alrededor del 2-3% de la muestra) imposibilita su análisis por separado, al no ser estadísticamente fiable, por lo que se excluyen de los cruces por género. Sin embargo, estas personas sí se tienen en cuenta para el resto del análisis.

- Mujer
- Hombre

Edad. Se toma como referencia a la población de 15 a 29 años residente en España, dividiéndola en 3 grupos de edad.

- 15 a 19 años
- 20 a 24 años
- 25 a 29 años

Carencia material. Para la construcción de esta variable se parte de la pregunta: «*Teniendo en cuenta los ingresos de tu unidad familiar o aquellas personas con las que planificas tus gastos, ¿podrías indicar si en el último año has podido...?*»; cuyas categorías de respuesta son 8 situaciones que permiten medir la vulnerabilidad socioeconómica: 1) Ir de vacaciones al menos una semana al año; 2) Mantener la casa a una temperatura adecuada; 3) Afrontar gastos imprevistos en un mes; 4) Afrontar sin retrasos el pago de recibos, préstamos, hipotecas, alquiler, etc.; 5) Ahorrar parte de mis ingresos mensuales o que en mi hogar se pueda ahorrar parte de los ingresos mensuales; 6) Darte algún capricho al menos una vez al mes (ir de compras, renovar tecnología, etc.); 7) Disponer de ordenador (de cualquier tipo) en el hogar; 8) Participar regularmente en actividades de ocio tales como cenar fuera de casa, ir al cine, conciertos, teatro, salir de copas, etc. Los resultados se agrupan en tres categorías según el número de menciones negativas, es decir, de situaciones que NO pueden realizar las personas encuestadas: 1) Ninguna carencia: entre 0 y 1 menciones; 2) Carencia leve: entre 2 y 4 menciones; 3) Carencia severa: entre 5 y 8 menciones.

Esta variable es una adaptación para la población joven de la tasa AROPE (At Risk of Poverty and/or Exclusion) , que sirve para medir el riesgo de pobreza y/o exclusión social, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística a partir de la "Encuesta de condiciones de vida" .

- Ninguna carencia material
- Carencia material leve
- Carencia material severa

Actividad. Esta variable se refiere a la situación respecto al trabajo o el estudio.

- Trabaja
- Estudia
- Estudia y trabaja
- En paro

Emancipación. Describe la situación respecto de la emancipación. Para obtener esta variable primero se pregunta en el cuestionario sobre la forma de convivencia: «*¿Con quién convives en la actualidad?*», cuyas opciones de respuesta son: 1) Vivo solo/a; 2) Vivo con mi padre y/o madre (con alguno/a de ellos/as); 3) Vivo con mi pareja (sin hijo/a/s); 4) Vivo con mi pareja e hijo/a/s; 5) Vivo con otras personas (otro/s familiar/es, amigo/a/s, otra/s persona/s). Las opciones "1", "3" y "4" se consideran que están emancipados/as, mientras que a quienes contestan "2" se les pregunta el motivo por el que no están emancipados/as («*¿Cuál dirías que es el principal motivo para estar viviendo en el hogar familiar?*»); cuyas categorías de respuesta son: 1) Falta de trabajo, inestabilidad económica, laboral; 2) Estoy a gusto (bien) conviviendo con mi padre y/o madre; 3) Todavía soy muy joven, estoy estudiando; 4) Por cuidar/ayudar a mi padre y/o madre; 4) Otros motivos. En este caso, si contestan "1" se considera que no están emancipados/as involuntariamente, porque no pueden por temas económicos; si contestan "2" o "3" se considera que no están emancipados/as de forma voluntariamente. El resto de casos, tanto en la pregunta sobre convivencia como en la pregunta sobre motivos, se excluyen de los análisis cruzados.

⁸¹ Más información sobre la tasa AROPE: <https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/metadatos.htm?idSub=183> / <https://www.youtube.com/watch?v=6sogIPkYn9Y>.

⁸² Encuesta de condiciones de vida (INE): <https://www.ine.es/uc/PJA18e5z>.

- Sí está emancipado/a
- No está emancipado/a involuntariamente
- No está emancipado/a voluntariamente

Situación económica. Esta variable se refiere a las condiciones socioeconómicas tomando como referencia su situación respecto a los ingresos del hogar. La pregunta en la que se basa es: «¿Cuál es tu situación respecto a los ingresos de tu hogar en la actualidad?»; las opciones de respuesta son: 1) Podemos vivir cómodamente y ahorrar; 2) Con los ingresos actuales vivimos cómodamente, sin problemas; 3) Con los ingresos actuales podemos vivir con lo justo; 4) Con los ingresos actuales tenemos dificultades para vivir; 5) Con los ingresos actuales no podemos mantenernos. Estas respuestas se agrupan en 3 situaciones económicas.

- Vive cómodamente
- Vive con lo justo
- Vive con dificultades

5.2. FASE CUALITATIVA

Para la recogida de información cualitativa, se han implementado diferentes técnicas de recogida de información, a fin de responder adecuadamente a los objetivos de investigación perseguidos. Las técnicas de recogida de información empleadas son: **entrevistas a personas expertas, grupos focales y grupos triangulares.**

Entrevistas a personas expertas

Descripción de los perfiles de las personas expertas

ENTREVISTA	DESCRIPCIÓN DEL PERFIL
Entrevista 1	Persona experta en Salud Mental y jóvenes. Vicepresidenta de Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Psicóloga Clínica de Salud Mental Infancia-Adolescencia.
Entrevista 2	Persona experta en Salud Mental y personas jóvenes LGTBIAQ+. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicología. Universitat Jaume I.
Entrevista 3	Persona experta en salud mental y racialización. Activista en Salud Mental.
Entrevista 4	Persona experta en salud mental y diversidad funcional y/o discapacidad. Profesorado de Trastornos de la salud mental y del comportamiento en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo.

Fuente: elaboración propia.

Grupos focales

Descripción la composición de los grupos focales

	GF 1	GF 2	GF 3	GF 4	GF 5
Edad	16-23 años	24-30 años	16-23 años	24-30 años	16-29 años
Identidad de género	Mujeres	Mujeres	Hombres	Hombres	Diversidad
Grado de bienestar emocional	Hasta valores medios	Hasta valores medios	Hasta valores medios	Hasta valores medios	Hasta valores medios
LGTBQIA+	Diversidad	Diversidad	Diversidad	Diversidad	Diversidad
Personas racializadas	Diversidad	Diversidad	Diversidad	Diversidad	Diversidad

**Cuando se indica "diversidad" se expresa que en ese grupo focal participaron perfiles que responden a las distintas categorías de la variable estructural; es decir, personas con distinta identidad de género, orientación sexual o con distinta autoidentificación en cuanto a racialización).*
Fuente: elaboración propia.

Grupos triangulares

Se han realizado 3 grupos triangulares:

- GT 1:** personas jóvenes racializadas con experiencias en salud mental, activistas o militantes en movimientos sobre racialización.
- GT 2:** personas jóvenes LGTBIAQ+ con experiencias en salud mental, activistas o militantes en movimientos LGTBIAQ+.
- GT 3:** personas jóvenes con diversidad funcional y/o discapacidad, con experiencias en salud mental, activistas o militantes en movimientos sobre diversidad funcional y/o discapacidad.

GLOSARIO



GLOSARIO

Salud. La salud es un **estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades** (Organización Mundial de la Salud, OMS)⁸³.

Salud mental. La salud mental es un **estado de bienestar mental** que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es **parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas** para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

La salud mental **es más que la mera ausencia de trastornos mentales**. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes.

Las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. Las personas que las padecen son más propensas a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, aunque no siempre es necesariamente así (OMS)⁸⁴.

Trastornos mentales. Los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo son síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento (CIE-11)⁸⁵.

Ejemplos: trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad (por ej. trastornos obsesivo-compulsivos), trastornos del estado de ánimo (por ej. trastornos bipolares), esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por consumo de sustancias, etc.

⁸³ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. <https://www.who.int/es/about/accountability/governance/constitution>

⁸⁴ Definición de salud mental por la Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

⁸⁵ Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión (CIE-11). Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#334423054>

Problemas psicológicos/Problemas de salud mental. Hace referencia a la existencia de síntomas de salud mental que pueden afectar las capacidades cognitivas, emocionales o sociales de una persona, pero no en la medida en que justifiquen un diagnóstico formal de enfermedad, a diferencia de lo que sería hablar de trastornos de salud mental (Fuller et al., 2000)⁸⁶. Por tanto, aunque muchas veces se usan como sinónimos, el concepto de «problema psicológico» es un concepto más amplio que el de «trastorno mental», pues el primero engloba al segundo, incluyendo también las dificultades a las que se puede enfrentar una persona, sin necesidad de que esté categorizada esa dificultad como un trastorno mental en las clasificaciones existentes (DSM-V⁸⁷ o CIE-11⁸⁸).

Suicidio e ideación suicida. El suicidio es la muerte causada por un acto de autolesión destinado a ser letal. El comportamiento suicida incluye suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida (pensamientos e ideas)⁸⁹. Cuando hablamos de ideación suicida nos referimos a pensamientos, ideas, planes y actos preparatorios para el suicidio. Puede variar desde pensar en la posibilidad de morir hasta planificar o fantasear con la propia muerte.

La conducta suicida incluye:

- *Suicidio consumado*: acto autolesivo intencionado con resultado de muerte.
- *Intento de suicidio*: acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. Un intento de suicidio puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente.
- *Ideación suicida*: pensamientos, planes y actos preparatorios para el suicidio.

La lesión autolítica no suicida es un acto autolesivo sin intención de provocar la muerte. Entre estos actos se incluyen: infligirse rasguños o cortes en los brazos, quemarse a uno mismo con un cigarrillo e ingerir una sobredosis de vitaminas. La lesión autolítica no suicida puede ser una forma de reducir la tensión porque el dolor físico puede aliviar el dolor psicológico. También puede ser una petición de ayuda de las personas que aún desean vivir. Estos actos no deben descartarse a la ligera porque las personas con antecedentes de autolesión no suicida presentan un mayor riesgo de suicidio a largo plazo.

En el presente estudio los datos sobre ideación suicida se obtienen de preguntar a la muestra si han experimentado en alguna ocasión ideas de suicidio y con qué frecuencia.

⁸⁶ Fuller J., Edwards J., Procter N., Moss J. (2000). How definition of mental health problems can influence help seeking in rural and remote communities. *Aust J Rural Health*. 2000 Jun;8(3):148-53. doi: 10.1046/j.1440-1584.2000.00303.x.

⁸⁷ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR). <https://www.psychiatry.org/dsm5>

⁸⁸ Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión (CIE-11). Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#334423054>

⁸⁹ <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>

Personas neurodivergentes. Las personas neurodivergentes son aquellas cuyos patrones cerebrales y neurológicos se desvían de lo que se considera típico o estándar dentro de la sociedad. Es un concepto acuñado en 1998 por la socióloga Judy Singer para evidenciar que las diferencias entre los cerebros de los individuos, tener una configuración neurológica atípica, no representan una menor capacidad que una normativa. La neurodivergencia se basa en la idea de que ciertas variaciones en el funcionamiento del cerebro no son necesariamente patológicas, sino más bien diferencias naturales en la diversidad humana. Aunque no se trata de un concepto clínico, desde la medicina las neurodivergencias se tienden a asociar a afecciones al neurodesarrollo como el autismo o el trastorno del espectro autista (TEA), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o la dislexia. Cabe tener en cuenta que en el marco de la neurodivergencia resulta común experimentar dos o más afecciones vinculadas a condiciones de la salud mental de forma simultánea, como la depresión, la ansiedad o el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o el trastorno bipolar. El movimiento de neurodiversidad aboga por un mayor reconocimiento y aceptación de las diferencias neurológicas, promoviendo la inclusión y el apoyo adecuado para que las personas neurodivergentes puedan vivir de manera plena y satisfactoria. Este enfoque busca cambiar las narrativas que patologizan estas diferencias, impulsando en cambio un modelo de apoyo basado en la comprensión y la adaptación a las necesidades individuales. Desde esta perspectiva, la neurodiversidad se considera un aspecto de la variabilidad humana que debe ser respetado y valorado, similar a otras formas de diversidad como la cultural, racial o de género.

Personas neurotípicas. Una persona neurotípica es alguien cuyo funcionamiento neurológico se alinea con lo que la mayoría de la sociedad considera típico o estándar. Este término se utiliza para describir a individuos cuyo desarrollo cognitivo, social y emocional sigue los patrones esperados y no incluye las variaciones asociadas con la neurodivergencia. La distinción entre neurotípico y neurodivergente es fundamental para el movimiento de neurodiversidad, que aboga por el reconocimiento, aceptación y apreciación de las diferencias neurológicas como una faceta más de la diversidad humana.

Carencia material. Por carencia material se entiende la **privación o falta de acceso, por cuestiones económicas, a determinadas prácticas, bienes o servicios**. Concretamente, según la definición del Instituto Nacional de Estadística, la carencia material mide la proporción de población que vive en hogares que carecen al menos de tres artículos de los nueve planteados para su medición, es decir, que no pueden permitirse alguno de los siguientes ítems: 1) **No puede permitirse** ir de vacaciones al menos una semana al año; 2) No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días; 3) No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada; 4) No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos (de 650 euros); 5) Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses; 6) No puede permitirse disponer de un automóvil; 7) No puede permitirse disponer de teléfono; 8) No puede permitirse disponer de un televisor; 9) No puede permitirse disponer de una lavadora. Además, cabe destacar el indicador concreto de **carencia material severa**, que es la proporción de población que vive en hogares que carecen al menos de cuatro de los nueve ítems mencionados.

⁹⁰ <https://www.ine.es/uc/DJWZHXyJi1>

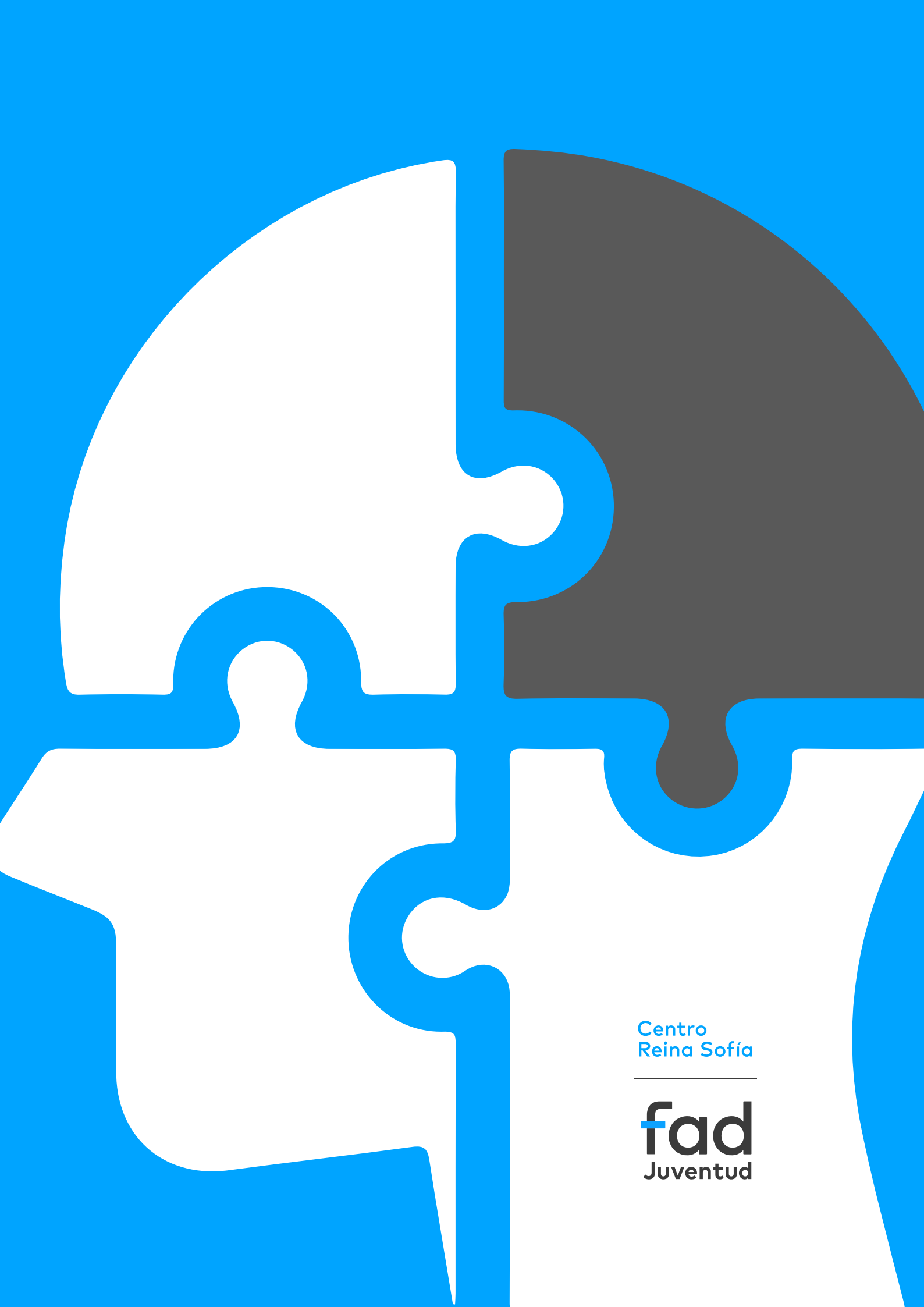
⁹¹ Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU. Objetivo 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/poverty/>

La carencia material severa forma parte del grupo de **Indicadores de Desarrollo Sostenible** que forman parte de la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, aprobada por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 2015, concretamente el «Objetivo 1. Lucha contra la pobreza» .

Perspectiva decolonial. La noción de una perspectiva decolonial o decolonialismo es una postura analítica y pragmática que evidencia la necesidad de desvincularse de las jerarquías de conocimiento que parten de la superioridad de la cultura, instituciones y sistemas occidentales. El pensamiento decolonial parte de la diferenciación entre colonización, la apropiación de un territorio y la dominación sobre sus pueblos y comunidades por parte de una sociedad conquistadora, y colonialidad, una forma de pensar que reproduce la ideología de los colonizadores en el pueblo colonizado, aun cuando el proceso de colonización haya concluido. De este modo, la perspectiva decolonial permite evidenciar las consecuencias de los procesos coloniales y su impacto en la actualidad, sus construcciones sociales, imaginarios, prácticas y violencias que reproducen las desigualdades estructurales.

Personas racializadas. Una persona racializada es aquella a quien se le asignan ciertas características físicas, culturales o sociales específicas, basadas en su color de piel o etnia, por parte de la sociedad o de grupos dominantes. Este proceso de racialización implica una dinámica de poder mediante la cual estas características son utilizadas para clasificar, marginar, oprimir o privilegiar a las personas en distintos contextos sociales, económicos y políticos. La racialización puede basarse en diversos factores, como el color de la piel, el origen étnico, el acento, la cultura, entre otros, y puede llevar a experiencias de discriminación, estigmatización o exclusión. El concepto también subraya cómo las categorías raciales son construcciones sociales y culturales, más que diferencias biológicas objetivas, y cómo estas categorías son utilizadas para mantener desigualdades y jerarquías sociales. En este sentido, hablar de "personas racializadas" permite poner el foco en las acciones y estructuras de poder que crean y perpetúan las distinciones raciales, en lugar de en las supuestas diferencias entre grupos.

Colectivo LGTBIQ+. El colectivo LGTBIQ+ representa a las personas que forman parte de las comunidades de Lesbianas, Gays, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales o Queer. El "+" incluye a todas las demás orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género que no están explícitamente mencionadas en el acrónimo, como asexuales o pansexuales y muchas otras identidades que se encuentran fuera del espectro heteronormativo o cisgénero. El término permite visibilizar, defender y promover los derechos y la igualdad de todas las personas, independientemente de su orientación sexual o identidad de género, luchando contra la discriminación, el estigma y la violencia. La diversidad dentro del colectivo LGTBIQ+ refleja la complejidad de la sexualidad humana y la identidad de género, promoviendo un mensaje de aceptación, inclusión y respeto por todas las personas, más allá de las etiquetas.



Centro
Reina Sofía

fad
Juventud