EQUI-LIBRISTAS

Las acrobacias de la juventud para sostener su **salud mental** en una sociedad desigual

CJE Consejo de la Juventud de España

OXFAM Intermón

ÍNDICE

01 RESUMEN EJECUTIVO 03

02 INTRODUCCIÓN 09

03 METODOLOGÍA Y MARCO DE ANÁLISIS 12

04 RADIOGRAFÍA DE LA PRECARIEDAD Y LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS JÓVENES EN ESPAÑA 16

Situación socioeconómica de las personas jóvenes 17

Situación de la salud mental de las personas jóvenes 24

¿Qué opinan las personas jóvenes? 29

05 ATENCIÓN MÉDICA A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS JÓVENES. QUIÉN PUEDE ACCEDER A QUÉ. CÓMO OPERA LA DESIGUALDAD 36

Emergencia de salud mental en las personas jóvenes 36

Un sistema de sanidad pública insuficiente y desbordado 39

Terapia privada: una opción que no es posible para todas las personas jóvenes 41

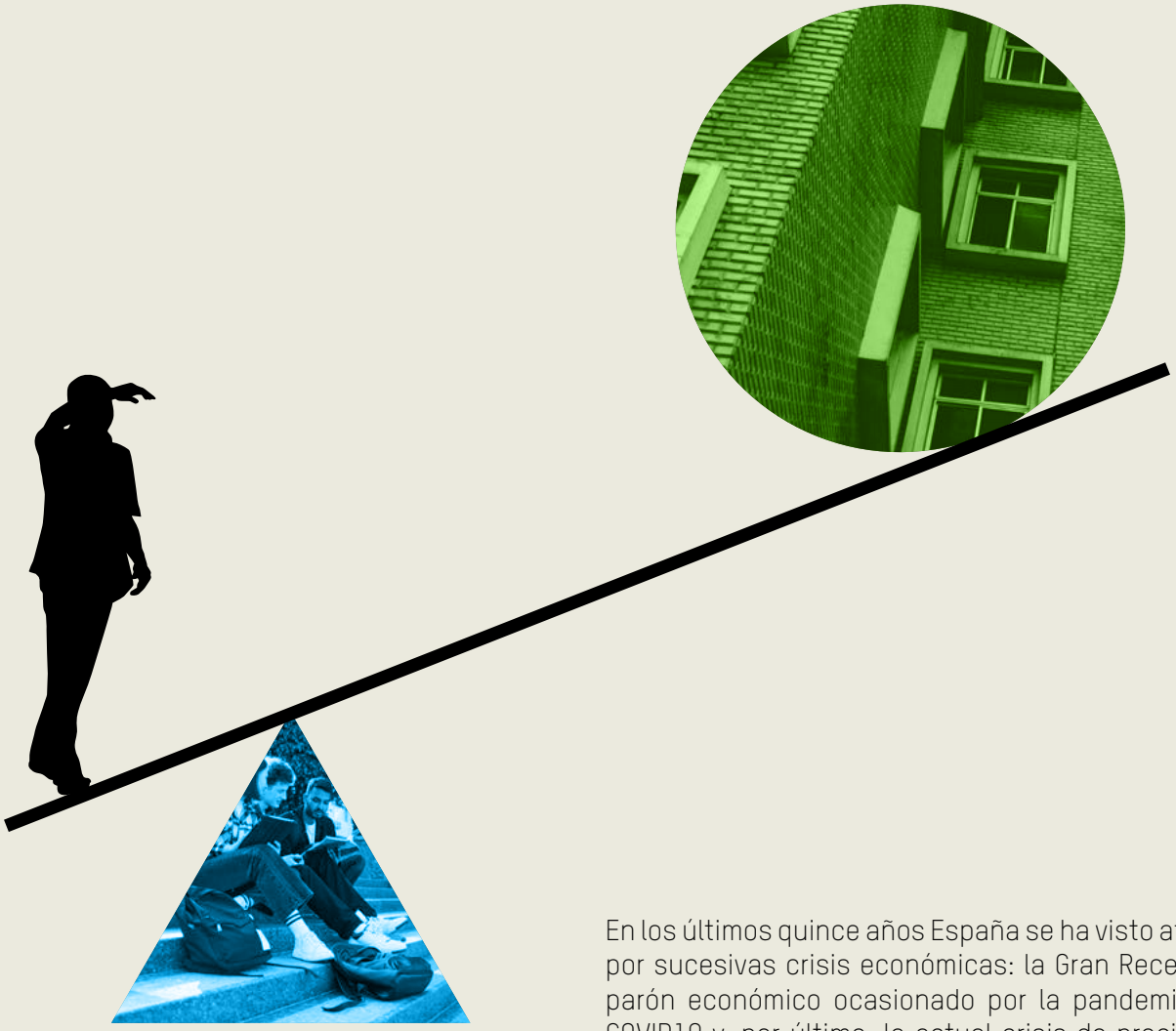
La desigualdad golpea dos veces 44

06 RECOMENDACIONES 45

07 GLOSARIO, NOTA METODOLÓGICA Y ANEXOS 49

01

RESUMEN EJECUTIVO



En los últimos quince años España se ha visto afectada por sucesivas crisis económicas: la Gran Recesión, el parón económico ocasionado por la pandemia de la COVID19 y, por último, la actual crisis de precios y de acceso a la vivienda. De entre todos los colectivos, uno de los que más ha sufrido los desequilibrios económicos a consecuencia de estas crisis ha sido el formado por las personas jóvenes.

De forma paralela a estas crisis se ha ido desarrollando otra, una crisis que solo recientemente se ha empezado a manifestar públicamente. Se trata de la crisis de la salud mental.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 25% de la población mundial reporta sentimientos de aislamiento social y soledad[1], y más de 150.000 personas entre 15 y 29 años mueren por suicidio cada año, evidencia de que estamos ante una crisis global.

A su vez, a nivel europeo las cifras de incidencia de problemas de salud mental muestran la urgencia de la situación: tras la pandemia, la afectación por problemas de salud mental había aumentado en toda la población, pero afectaba más a las personas jóvenes, especialmente entre las mujeres jóvenes y quienes tenían problemas económicos. De esta forma, **se duplicó el número de jóvenes con síntomas de depresión de 2019 a 2021, afectando a 14 millones de jóvenes en Europa[2]**.

En la misma línea, en España la emergencia de los problemas de salud mental ha ido en ascenso en la última década, afectando a toda la población, pero han sido las personas jóvenes las que más afectadas se han visto, multiplicándose por seis la incidencia de casos clínicos de problemas psicológicos[3] entre las personas jóvenes, cifra mayor que la del resto de colectivos etarios[4].

La OMS afirma que detrás de los problemas psicológicos hay diversos factores, que son múltiples los determinantes individuales, sociales y estructurales que pueden combinarse para proteger o socavar nuestra salud mental. Uno de los factores estructurales sería la exposición a circunstancias sociales o económicas desequilibradas, como serían la desigualdad y la pobreza, que aumentan el riesgo de sufrir afecciones de salud mental[5]

Por tanto, el auge de la incidencia de problemas de salud mental entre las personas jóvenes ha golpeado a una generación acostumbrada a vivir en el desequilibrio económico de la precariedad. Una generación joven cuyo día a día es, desde hace demasiado tiempo, la temporalidad, la parcialidad no deseada, la sobrecualificación o, en el peor de los casos, el paro. Un presente en el que las personas jóvenes no pueden emanciparse o viven en situación de pobreza, un presente que impide soñar con un futuro.

La relación entre salud mental y la situación socioeconómica se está estudiando cada vez más en todo el mundo, recogiéndose amplia evidencia del vínculo estrecho que existe entre ellas. Por tanto, el presente estudio se suma a estas investigaciones con un análisis que profundiza en la relación que existe entre las desigualdades y la salud mental de las personas jóvenes en España.

El estudio hace inicialmente una radiografía de la situación de precariedad laboral de las personas jóvenes (entre 16 y 29 años), que afecta con mayor dureza a las mujeres y jóvenes migrantes que a los hombres o las personas nacidas en España. Después se enfoca en el vínculo entre las condiciones socioeconómicas y el género y la salud mental de la juventud. Para ello se hace un análisis del "Barómetro de Juventud, Salud y Bienestar" elaborado por el Centro Reina Sofía de Fad Juventud durante los años 2017, 2019, 2021 y 2023.

Además, se realiza un análisis multidimensional de las desigualdades que interseccionan a la juventud, dado que no se trata de un colectivo homogéneo. Así, se analiza cómo se vive la salud mental según la identidad y orientación sexual, la racialización o la discapacidad y/o diversidad funcional. Este segundo análisis, de corte cualitativo, es imprescindible para conocer realidades que quedan fuera de las estadísticas oficiales.

El estudio recoge el pesimismo de la juventud española ante su futuro, en gran parte por el estrés que les genera su situación laboral y económica y por la insatisfacción que sienten por su trabajo y la falta de estabilidad económica. Esta sensación de desasosiego es mayor entre las mujeres jóvenes, entre quienes sufren carencia material severa o aquellas que se encuentran en paro, evidenciando que las desigualdades atraviesan la salud mental.

Cuando las vivencias en el mercado laboral despiertan de forma continuada estrés, insatisfacción y pesimismo ante el futuro, no es de extrañar que la juventud más vulnerable presente, también, una autopercepción más negativa sobre su salud mental y mayores tasas de trastornos diagnosticados.

Así se manifiesta cuando se observan estas variables sobre la salud mental cruzadas con otras variables vinculadas a la desigualdad, como son el género o la situación económica.

De nuevo, se confirma una mayor prevalencia de problemas de salud mental entre quienes sufren las desigualdades, ya sea desigualdad de género o económica.

De entre todos los datos que se recogen en el informe, destaca especialmente la incidencia de casos clínicos diagnosticados entre mujeres jóvenes (el 49,9 % ha sido diagnosticada alguna vez) y la diferencia respecto a la tasa de diagnóstico de los hombres jóvenes (41,1 %) evidenciando que la **brecha de género observada en los indicadores económicos se reproduce también en el estado de la salud mental de las mujeres**.

Asimismo, en el estudio se destaca la mayor prevalencia de diagnósticos entre las personas que viven en situación material severa (55,9 %) frente aquellas que no tienen ningún tipo de carencia material (incidencia del 37,7 %) o las diferencias que se dan en la salud mental según en qué situación laboral se encuentren las personas jóvenes: una incidencia del 59,4 % en la juventud que estudia y trabaja a la vez, frente al 35,3 % de diagnósticos de aquellas que tan solo estudian.

Por último, el análisis de los determinantes sociales de la salud mental concluye con la observación de la ideación suicida entre las personas jóvenes, poniendo el foco, nuevamente, en las variables de la desigualdad.

Estos datos son de especial gravedad, dado que se encuentra una mayor prevalencia en aquellos colectivos más vulnerables a los desequilibrios estructurales de la sociedad. De este modo, es destacable **la mayor prevalencia de ideación suicida entre la juventud que vive y sufre las condiciones de la carencia material severa que entre quien tiene mejor situación económica**: mientras que el 36,8 % de las personas jóvenes sin carencias manifiesta ideación suicida esta cifra asciende, peligrosamente, hasta el 60,4 % para aquellas que viven en situación de carencia material severa, números inasumibles como sociedad.

Los datos reiteran esta mayor afectación entre la juventud que vive peor económicamente: **la ideación suicida frecuente entre quienes manifiestan vivir con dificultades económicas (40,8 %) duplica la de aquellas personas jóvenes que viven cómodamente (18,4 %).**

Además, de nuevo se encuentra una desigualdad de género al respecto de la ideación suicida, con mayor prevalencia entre mujeres jóvenes (50,9 %) que entre hombres (46,1 %).

Una vez constatado que los problemas de salud mental tienen una mayor prevalencia entre aquellas personas jóvenes que sufren desigualdades económicas y de género se ha querido profundizar en otros colectivos de jóvenes que, al no existir datos cuantitativos, suelen quedar al margen de las estadísticas oficiales, pero que son también víctimas de la precariedad y la desigualdad por la discriminación que sufren. Es por esto que se ha llevado a cabo un ejercicio de análisis cualitativo junto con el Centro Reina Sofía de Fad Juventud para conocer cómo viven y perciben la salud mental las personas jóvenes racializadas, la juventud LGTBIAQ+ y las personas jóvenes con discapacidad y/o diversidad funcional. Para ello se han llevado a cabo cinco grupos focales representativos de la juventud en su conjunto y de los colectivos más afectados por las desigualdades y

la precariedad laboral (mujeres, personas racializadas y personas LGTBQIA+) con grados de bienestar emocional entre muy bajo y medios, y tres grupos triangulares formados únicamente por activistas con experiencia en salud mental pertenecientes a colectivos racializados, LGTBIAQ+ y jóvenes con discapacidad y/o diversidad funcional, así como entrevistas a cuatro personas expertas en materia de salud mental juvenil para conocer, también, la visión de especialistas en este ámbito.

Algunas de las conclusiones que se destacan del análisis cualitativo apuntan a:

- Las personas jóvenes manifiestan una gran **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 la experiencia emocional.

- Al hablar sobre el papel que juegan las desigualdades sociales y la precariedad socioeconómica, las personas jóvenes comparten la percepción de que las **condiciones sociales y de vida están generando y agudizando problemas de salud mental.**

- Al abordar cuáles son los factores que las personas jóvenes asocian a la salud mental lo primero que destaca 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 o a hábitos nocivos, como el consumo de drogas, prueba de que la precariedad laboral y económica deja una huella importante en la juventud española.

- Entre estos **factores estructurales, como generadores de problemas** de malestar emocional y salud mental, las personas jóvenes destacan los siguientes: la dificultad de acceso al empleo en condiciones dignas; el acceso a la vivienda; la incertidumbre provocada por numerosos cambios externos, por un ritmo de vida acelerado, el productivismo y la alta competitividad o los impactos actuales y futuros producto del cambio climático, entre otros.

- **La discriminación y la interseccionalidad de la desigualdad también operan en la salud mental de las personas jóvenes:** se observa 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. **El género, la posición socioeconómica, la identidad y orientación sexual, la racialización, la diversidad funcional** 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. Y esta discriminación y desigualdad puede ser también fuente o factor que incremente las posibilidades de enfrentar un problema de salud mental.

Frente a esta crisis de salud mental en las personas jóvenes, la sanidad pública está infradotada de recursos pues cuenta con 5,14 psicólogos por cada 100.000 habitantes frente a los 18 de media en la Unión Europea o los 26 de media de la OCDE. Esto genera largas listas de espera para una primera cita (de media se esperan 32 días para una primera cita, llegando a los cinco meses de espera para la atención infanto-juvenil en la Comunidad de Madrid) y una recurrencia de citas muy baja. Esto provoca que miles de personas jóvenes no reciban la terapia adecuada a tiempo para poder tratar su caso y poder garantizar su derecho a la salud mental, tan importante como la salud física. No podemos hablar de un acceso real y en iguales condiciones a la salud mental.

Recibir terapias privadas solo está al alcance de unos pocos, de quienes se lo pueden permitir. Estimando que el coste medio de una sesión de terapia privada en España es de 75€ y sabiendo que el salario mediano de una persona joven con empleo en 2023 fue de 1.005,21€ netos al mes, nos encontramos con que recibir dos sesiones de terapia psicológica al mes supondría el 15% de los ingresos mensuales de esta persona y, a su vez, que la mitad de la población joven con trabajo dedicaría un porcentaje aún mayor de su salario a recibir atención psicológica.

Es el caso de las personas jóvenes que no cuentan con ingresos propios o cuyas familias no pueden hacer frente a este pago extra, aquellas personas jóvenes que trabajan pero que sus ingresos son bajos y/o además tienen que hacer frente a otros gastos básicos, como son la vivienda, la alimentación y/o la crianza; todas

esas personas no pueden permitirse pagar esta atención médica privada y no reciben la atención necesaria por parte del sistema público, convirtiendo la desigualdad económica en una brecha de desigualdad en la atención sanitaria.

Si centramos la mirada en **los motivos por los que las personas jóvenes de entre 15 y 29 años no acuden a terapia privada se concluye que la principal razón por la que no se busca ayuda profesional ante problemas de salud mental 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%), lo que sitúa la cuestión económica nuevamente en el centro del debate.

Es más, cuando se analiza quiénes se ven más afectados por no poder pagar una terapia privada, aparecen los mismos colectivos que presentaban peores indicadores de precariedad y de percepción sobre el estado de su salud mental: mujeres, personas con carencia material, personas en paro o quienes compaginan estudios y trabajo.

De esta forma, **las barreras económicas son especialmente relevantes entre las mujeres (43,7%), entre quienes sufren carencias materiales severas (51,9%) o entre las personas jóvenes en paro (47,4%)**.

Las limitaciones del sistema público sanitario y la precariedad laboral de gran parte de las personas jóvenes hacen imposible recibir un tratamiento adecuado, por lo que nos encontramos en un círculo vicioso donde aquellas personas con peores condiciones económicas sufren una peor salud mental y, a la vez, no tienen recursos sanitarios a su alcance para tratar dichos problemas de salud.

Por lo tanto, podemos concluir que las personas jóvenes, cuando se ven impactadas por múltiples desigualdades socioeconómicas, presentan con mayor frecuencia problemas de salud mental y tienen menos posibilidades de superar dicho problema por no contar con suficientes recursos económicos para recibir un tratamiento de calidad en el tiempo y la forma adecuada de forma privada ante la insuficiencia de la atención pública. Es por esto por lo que estas personas jóvenes son impactadas doblemente por la desigualdad.

Ante esta situación, es urgente que se implementen políticas centradas en dar respuesta a las desigualdades estructurales que impactan, entre otros factores, en la salud mental de las personas jóvenes. Por ello, las propuestas no pueden ser solo sanitarias, si no que deben partir de un enfoque holístico, dando solución tanto a la atención de la salud mental como, sobre todo, a la prevención del malestar, destacando:

- Mejorar la calidad del empleo para reducir la precariedad laboral poniendo énfasis en atajar la brecha de género asociada a la precariedad.
- Facilitar el acceso a la vivienda y la construcción de un futuro para las personas jóvenes;
- Desarrollar el sistema de protección social para que se reduzcan las tasas de pobreza infantil y juvenil
- Garantizar la igualdad de derechos de la juventud migrante y posibilitar que puedan acceder al mercado laboral de forma digna
- Incrementar los recursos del sistema público de salud para atender adecuadamente los problemas de salud mental de la población, en especial de la población joven.
- Dotar de recursos al sistema educativo para atender los problemas psicológicos en sus etapas más tempranas.

SOLO EL

17,4%

DE LAS PERSONAS JÓVENES DECLARAN HABER SIDO ATENDIDAS POR ESPECIALISTAS DE LA SANIDAD PÚBLICA EN MENOS DE UN MES

LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ENTRE JÓVENES ESPAÑOLES SE HAN MULTIPLICADO

X6

CASI EL 38%

DE LAS PERSONAS JÓVENES QUE DECLARAN NO BUSCAR AYUDA PROFESIONAL LO HACEN POR EL COSTE

LA MITAD DE LAS MUJERES JÓVENES AFIRMAN HABER SIDO DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

6 DE CADA 10

JÓVENES QUE SUFREN CARENCIA MATERIAL SEVERA DECLARAN HABER EXPERIMENTADO IDEACIÓN SUICIDA

02

INTRO-DUCCIÓN

La actual generación joven ha crecido entre crisis: durante su infancia y adolescencia sufrió las intolerables tasas de pobreza infantil que generaron la Gran Recesión y las respuestas políticas ante ésta, socavando la igualdad de oportunidades de toda una generación.

Jóvenes que años más tarde se incorporaron a un mercado de trabajo desmoronado, que soportaba elevadas tasas de desempleo juvenil, y cuya reconstrucción posterior se cimentó sobre los pilares de la precariedad laboral, que afectó con mayor fuerza, entre otros colectivos, a las personas jóvenes. En un contexto socioeconómico de precariedad laboral y difícil acceso a la vivienda llegó la pandemia de la COVID-19 y el parón económico provocado por los confinamientos y restricciones para hacer frente a la enfermedad y, sin tregua, la crisis de precios y de acceso a la vivienda que ha supuesto una fuerte pérdida de poder adquisitivo y dificultado, aún más, la emancipación juvenil.

Mientras estas crisis económicas golpeaban a España y sumían en la precariedad a la juventud y otros colectivos, se iba desarrollando una nueva crisis diferente, profunda, silenciosa, que solo tras la pandemia empezó a manifestarse públicamente.

Se trata de la crisis de salud mental que enfrenta la sociedad en su conjunto, pero que está impactando especialmente en las personas jóvenes en nuestro país[6].

En España, desde hace más de una década, se está produciendo un aumento de la incidencia de problemas psicológicos. Así lo muestra la "Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP)" del Ministerio de Sanidad[7]. La Tasa de Problemas Psicológicos por cada 100.000 habitantes desde 2011 registra un incremento evidente, acelerándose en el último lustro.

Todas las generaciones se han visto afectadas por la *"epidemia"* de salud mental que se está desarrollando en la última década, habiendo pasado de 9.221 casos clínicos de problemas psicológicos por cada 100.000 habitantes en 2011 a 56.856 casos por cada 100.000 habitantes en 2022 (último año con datos publicados), lo que significa que una de cada dos personas tuvo problemas psicológicos en España en el año 2022.

Sin embargo, de entre todos los grupos de edad, el que más ha visto crecer los registros de problemas de salud mental es la población joven: en el grupo de 15 a 34 años[8], **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 del 590 %**, por encima del resto de población adulta con un crecimiento del 450 %.

Cabe destacar que entre 2019 y 2022, coincidiendo con la crisis socio sanitaria de la COVID-19, **el incremento de problemas psicológicos se refleja especialmente en el grupo de 15 a 34 años, con una subida del 19,5 %,** mientras que en el grupo de 0 a 14 años se incrementó un 21,2 %, en el grupo de 35 a 64 un 13 % y para quienes tenían 65 o más años un 10,3 %[9]. Como vemos, uno de los grupos sociales que se ven más expuestos a las problemáticas de salud mental es el de las personas jóvenes.

Si indagamos sobre las causas que hay detrás de que las personas jóvenes sean uno de los colectivos que más se ven afectados por problemas de salud mental, y más allá del aumento de conciencia y visibilización sobre la salud mental que está emergiendo entre este colectivo, vemos que hay una relación bastante estrecha con la situación de precariedad y de desigualdad que enfrentan, entre otras posibles causas.

El vínculo entre salud mental y pobreza no es nuevo, ha sido ampliamente estudiado. Por ejemplo, un estudio elaborado por investigadores de la Universidad de Harvard y del Instituto Tecnológico de Massachusetts revela que las personas con bajos ingresos tienen entre 1,5 veces y 3 veces más probabilidades de experimentar episodios de depresión o ansiedad[10]. Otra investigación, en este caso sobre infancia en España[11], encuentra un vínculo claro entre la salud física y mental de los niños y niñas y la situación social y económica en la que viven.

Recientemente también se ha estudiado la relación entre precariedad laboral y salud mental, con un amplio informe elaborado por el Ministerio de Trabajo[12] donde se hace una revisión del estado de la cuestión entre población trabajadora en general. En él se afirma que *"cuanto mayor es el nivel de precariedad laboral, mayor es también la prevalencia de padecer mala salud mental"*.

El estudio **"Equilibristas. Las acrobacias de la juventud para sostener su salud mental en una sociedad desigual"** elaborado por Oxfam Intermón y el Consejo de la Juventud de España a partir de datos y análisis cuantitativos y cualitativos proporcionados por el Centro Reina Sofía de Fad Juventud, se enmarca, por tanto, en un debate en auge, profundizando de manera novedosa en el vínculo que existe entre la precariedad y vulnerabilidad y la salud mental, con un foco específico en las personas jóvenes, colectivo etario que más sufre las consecuencias laborales y sociales de la precariedad y que, por ende, estaría más expuesto a ver afectada su salud mental a consecuencia de la mala situación económica y laboral que padece.

Asimismo, tal y como se constata a lo largo del informe, la juventud no es un colectivo homogéneo; **la precariedad laboral afecta con más intensidad a las mujeres o a las personas migrantes**, entre otros, por lo que la situación socioeconómica intersecciona con otros factores generadores de desigualdad a la hora de impactar en la salud mental de las personas jóvenes.

Por tanto, este estudio pretende mostrar la relación entre la precariedad laboral y la salud mental, cruzando a su vez la desigualdad económica con otras desigualdades que interseccionan a las personas jóvenes, como son el género, el origen, la racialización, la orientación sexual, la discapacidad y/o diversidad funcional. A su vez, se plantean recomendaciones que van más allá de la atención directa a la salud mental, pues tratan de resolver las causas que generan malestar y problemas psicológicos en la juventud, como serían los malos empleos o el difícil acceso a la vivienda.

Para ello, en primer lugar, se analiza la especial situación de precariedad que sufren las personas jóvenes y el pesimismo que esta realidad les produce.

A continuación, se lleva a cabo un análisis de los determinantes psicosociales y los problemas de salud mental cruzando dichas variables dependientes con el género o la situación económica.

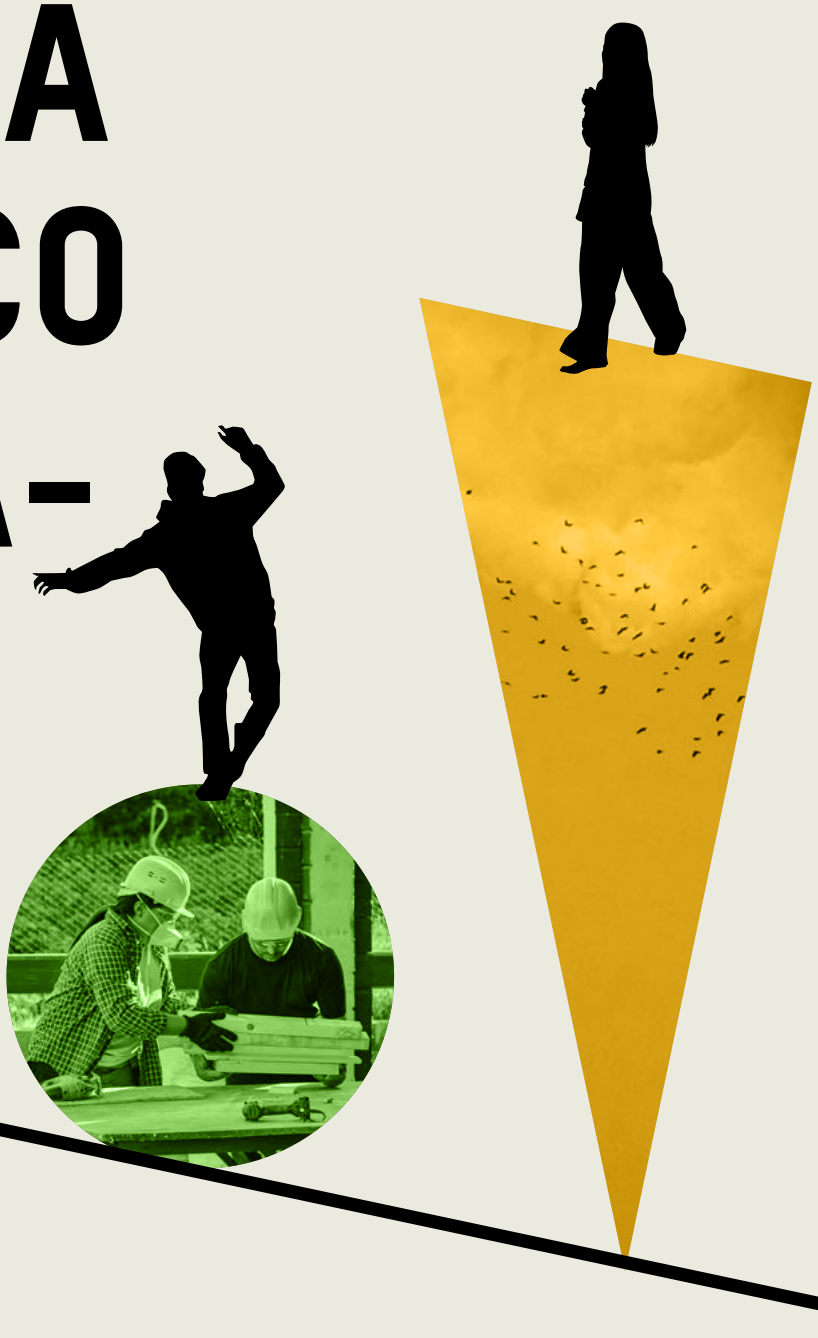
Tras esto, se realiza una aproximación a cómo viven las personas jóvenes la salud mental, cuáles son sus imaginarios y percepciones frente a esta problemática y qué factores creen que influyen más en su *malestar*.

Después, se analiza la situación actual del sistema público de salud y su capacidad para dar respuesta a los problemas de salud mental de las personas jóvenes, cómo se evidencian sus límites y cómo la alternativa privada acentúa aún más las desigualdades.

Por último, se recogen propuestas que se centran en cómo actuar sobre los determinantes socioeconómicos que pueden impactar sobre la salud mental de las personas jóvenes.

03

METO-DOLOGÍA Y MARCO DE ANÁ-LISIS



El presente informe ha sido elaborado tomando en consideración los análisis contenidos en el documento de trabajo "Salud Mental y Desigualdad de Jóvenes en España" realizado para Oxfam Intermón y el Consejo de la Juventud de España por el Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

En general, cuando nos referimos a la juventud consideramos que es la etapa de la vida que se desarrolla desde los 16 hasta los 29 años. Optamos por comenzar este rango de edad en los 16 años por ser este el momento en que se finaliza la Educación Secundaria Obligatoria y es posible trabajar de forma legal en España, finalizando así la etapa de la infancia. Sin embargo, en lo que respecta a los datos provenientes del "Barómetro de Juventud, Salud y Bienestar" elaborado por el Centro Reina Sofía de Fad Juventud, estos incluyen en su muestra también a personas de 15 años de edad. A su vez, consideramos los 29 años como final de la etapa de juventud en base a la normativa que rige la participación en asociaciones juveniles[13] y en el Consejo de la Juventud de España[14].

Es importante destacar la concepción de salud mental que se contempla a lo largo del informe y que se corresponde con la definición que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS). Así, la OMS considera salud mental 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*». 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. En el texto se utiliza una noción de salud mental vinculada al estado de "bienestar" o "malestar" de las personas. Esta conceptualización incluye, lógicamente, las posibles presencias de patologías tipificadas, pero el análisis no se limita solo a éstas.

En base a esto, una persona puede no tener una buena salud mental al sentirse mal, 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, sobre todo si es prolongado, pueda derivar en una enfermedad. A estos efectos, además de tenerse en cuenta el malestar psicológico se han tenido en consideración las siguientes definiciones sobre diferentes casuísticas en torno a la salud mental:

- **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).

- **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). 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).

- **Ideación suicida**: 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. 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. Asimismo, 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.

- **Estrés.** Según la OMS, entendemos por estrés el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción y que, si se mantiene en el tiempo, puede generar un estado de agotamiento, con posibles alteraciones funcionales y orgánicas.

- **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.

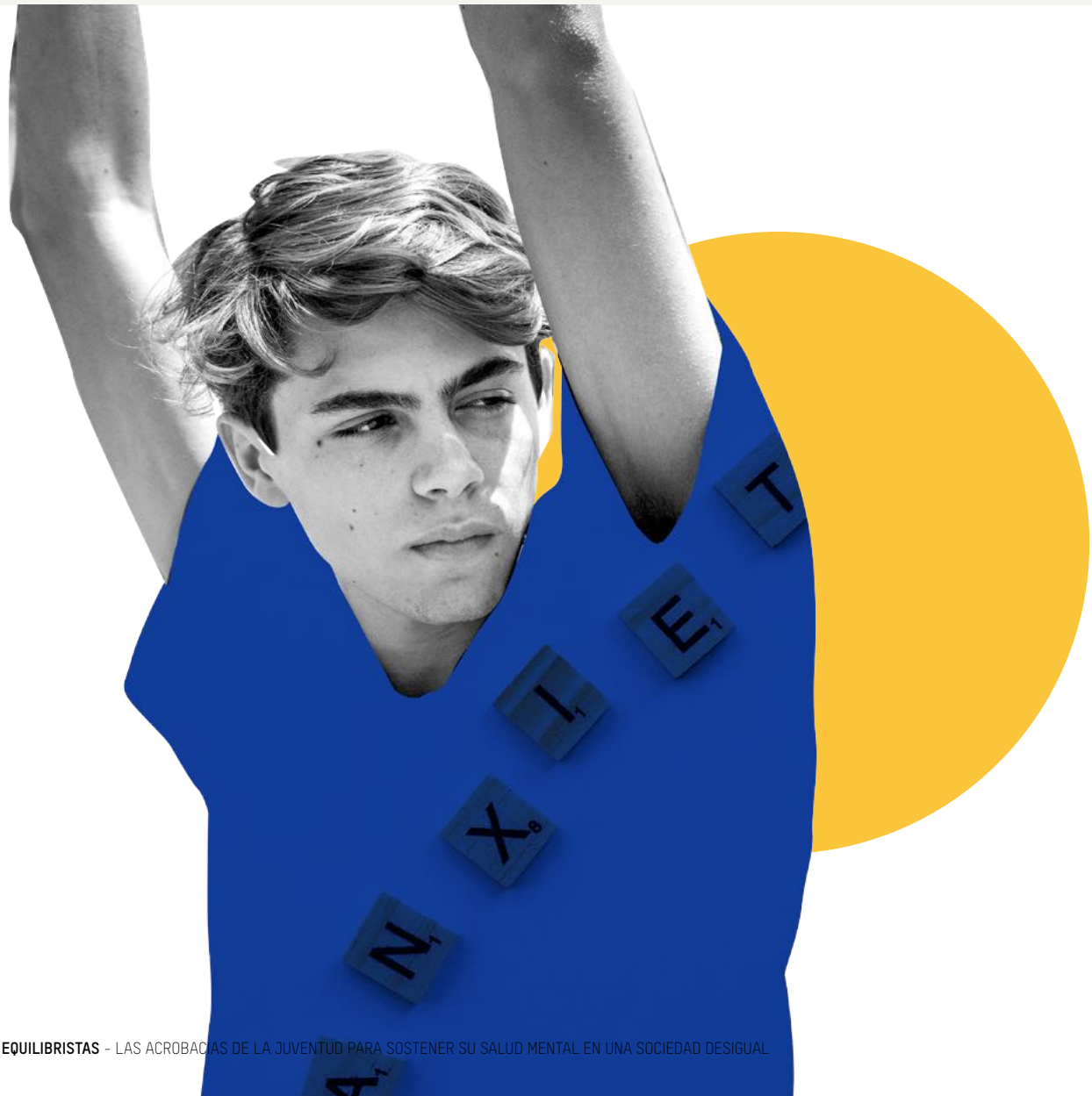
Partiendo entonces de esta conceptualización, el estudio también hace un análisis sobre las percepciones sociales en torno a la salud mental. Para ello se analizan las sensaciones, actitudes, expectativas, aspiraciones y limitaciones que experimentan las personas jóvenes. Dichos datos son recogidos en el "Barómetro de Juventud, Salud y Bienestar" elaborado por el Centro Reina Sofía de Fad Juventud durante los años 2017, 2019, 2021 y 2023. También se han analizado datos del "Barómetro General Juvenil" de 2017 y 2019. Se trata de encuestas online que se elaboran cada dos años entrevistando a jóvenes de entre 15 a 29 años en España, a partir de una base muestral, para cada año, de alrededor de 1.200 casos.

Además de la utilización de los datos del barómetro, junto al Centro Reina Sofía de Fad Juventud se han llevado a cabo entrevistas a personas expertas, grupos focales y grupos triangulares con el objetivo de profundizar y tener una foto más completa sobre el estado de la salud mental entre las personas jóvenes de España. Para ello se han realizado cuatro entrevistas a personas expertas en salud mental juvenil, cinco grupos focales representativos de la juventud en su conjunto y de los colectivos más afectados por las desigualdades y la precariedad laboral (mujeres, personas racializadas y personas LGTBQIA+) con grados de bienestar emocional que van de muy bajo hasta medios, y tres grupos triangulares formados únicamente por activistas con experiencia en salud mental pertenecientes a colectivos racializados, LGTBIAQ+ y de jóvenes con discapacidad y/o diversidad funcional.

También se han empleado datos oficiales de los registros públicos de sanidad, que incluyen casos clínicos y diagnosticados para mostrar el estado de la cuestión de la salud mental en España y los recursos públicos que se destinan para atajar esta problemática.

Por último, durante el desarrollo del estudio se utilizan datos socioeconómicos sobre la situación laboral y las condiciones de vida de las personas jóvenes en España utilizando estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE), Eurostat y la Seguridad Social. Por la falta de disponibilidad de datos oficiales, solo ha podido tenerse en cuenta como variables dependientes de la precariedad el género binario y la nacionalidad, no siendo posible utilizar otros factores de la desigualdad como serían la orientación sexual, identidad de género no binaria o la discapacidad y/o diversidad funcional.

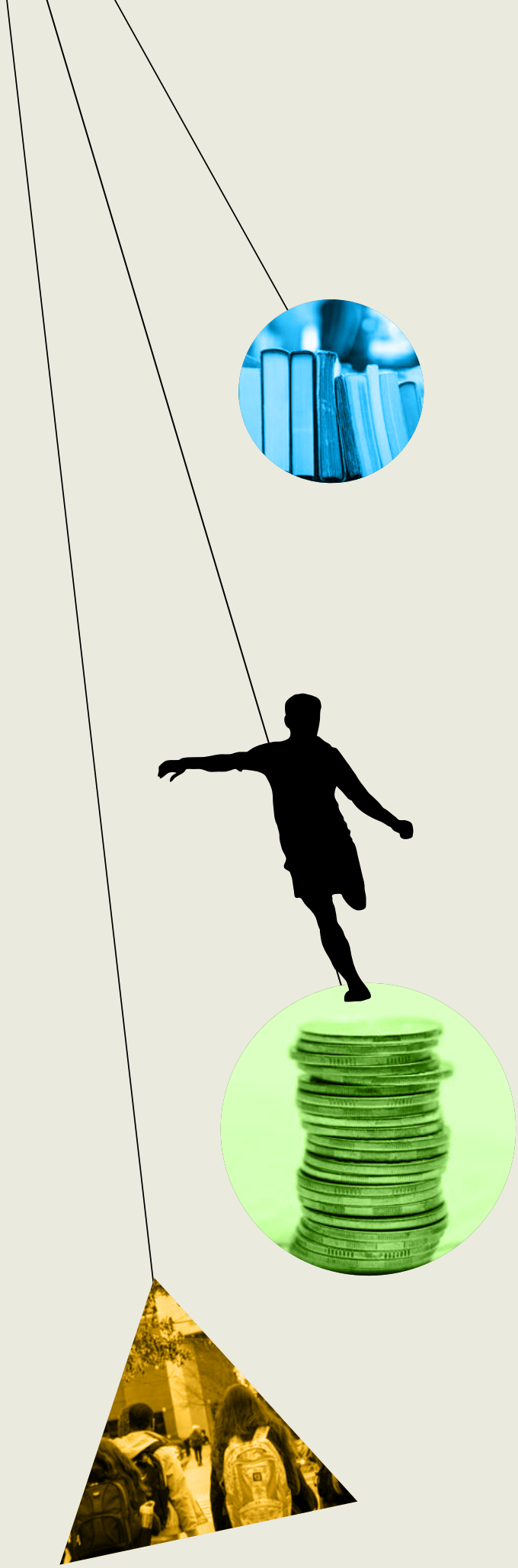
Para facilitar la comprensión del estudio, se describen los conceptos utilizados en el informe en el capítulo dedicado al glosario, se detalla con más profundidad la metodología en la nota metodológica y los datos utilizados para la elaboración de los gráficos y tablas que refuerzan los análisis del informe están disponibles en los anexos.



04

RADIO-GRAFÍA

DE LA PRECARIEDAD Y LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS JÓVENES EN ESPAÑA



SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LAS PERSONAS JÓVENES

SITUACIÓN DEL MERCADO DE TRABAJO

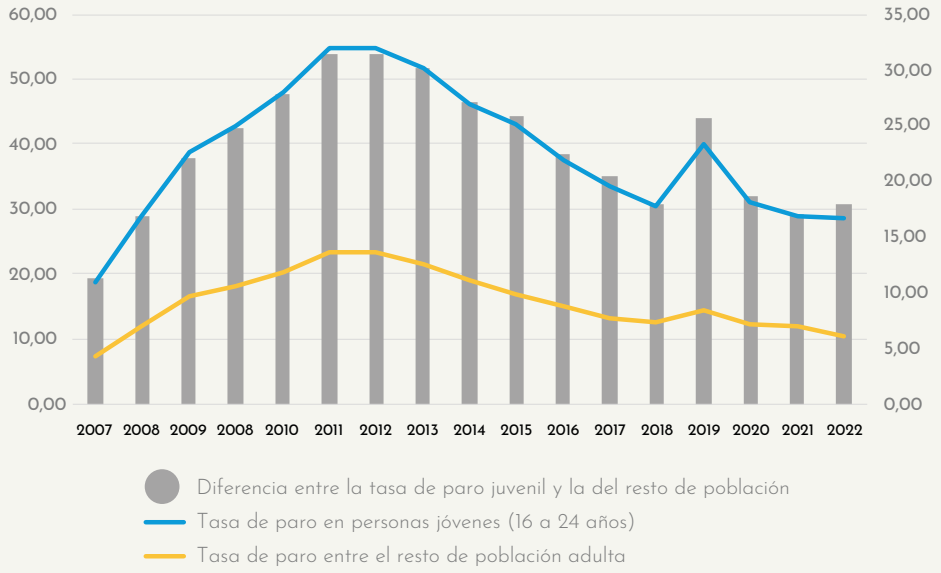
Desde la Gran Recesión, y especialmente tras la reforma laboral de 2012[15], el mercado de trabajo ha sido un lugar hostil para las personas jóvenes. El mercado laboral juvenil ha estado marcado por elevadas tasas de desempleo y por la precariedad laboral, entendida ésta como una realidad multidimensional compuesta por, al menos, alguno de los siguientes elementos: temporalidad, jornadas parciales involuntarias y sobrecualificación[16][17].

DESEMPLEO JUVENIL

En España el desempleo juvenil ha sido siempre significativamente más alto que el del resto de la población adulta, pero el impacto de la Gran Recesión supuso un antes y un después a este respecto. En 2007, antes de que estallara la burbuja inmobiliaria, el desempleo juvenil se situaba en el 18,6 %[18], mientras que la tasa de paro del resto de la población en edad de trabajar se encontraba en el 7,3 % (una brecha de 11 puntos porcentuales). Seis años después, en el cénit de la crisis económica, la brecha de paro entre personas jóvenes (57 % de tasa de paro en el primer trimestre de 2013) y el resto de población adulta (24,5 % de paro en ese mismo periodo) se había disparado hasta alcanzar los 32 puntos porcentuales, evidenciando que uno de los colectivos más afectados por la crisis, si no el que más, eran las personas jóvenes.

Actualmente esa brecha se ha reducido considerablemente (18 puntos porcentuales), pero mientras una de cada diez personas adultas se encuentra en paro, entre las personas jóvenes el desempleo afecta a tres de cada diez, no habiendo estado la tasa de desempleo juvenil por debajo del 27 % desde el año 2008, hace ahora dieciséis años.

FIGURA 1. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE PARO EN ESPAÑA Y DIFERENCIA ENTRE LA TASA DE PARO JUVENIL Y LA DEL RESTO DE POBLACIÓN ADULTA. 2007-2023.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Población Activa del cuarto trimestre de 2023. Instituto Nacional de Estadística. El eje izquierdo representa el porcentaje alcanzado por la tasa de paro (líneas), mientras que el eje derecho son los puntos porcentuales de la diferencia entre la tasa de paro juvenil y la tasa de paro adulta, representando la brecha por barras.

PRECARIEDAD LABORAL JUVENIL

Los últimos dieciséis años hemos visto cómo miles de jóvenes se han sumado a un mercado de trabajo que les expulsa de vuelta al paro o, en el mejor de los casos, les *machaca* a través de la precariedad laboral. La juventud es un momento crítico laboralmente hablando ya que una situación prolongada de precariedad durante los primeros años de vida laboral deja una *cicatriz*[19] que no se recupera posteriormente, aunque la economía crezca, afectando las perspectivas de futuro de las personas jóvenes e imposibilitando sus proyectos vitales[20].

La actual generación joven en España ha vivido, por tanto, una situación de precariedad laboral que marcará negativamente su futuro y que, desgraciadamente, las políticas de empleo impulsadas en los últimos años no están atajando por completo.

Uno de los grandes éxitos de la última reforma laboral aprobada[21] ha sido reducir significativamente la temporalidad contractual que experimentaban las personas jóvenes en España. En poco más de dos años, ésta se ha reducido del 51,6 % al 19,4 %[22], una mejora muy importante. Sin embargo, la temporalidad juvenil sigue estando seis puntos por encima de la temporalidad de las personas trabajadoras que tienen 30 o más años.

Además, y como se mostrará a lo largo de los siguientes análisis, la precariedad laboral no golpea por igual a todas las personas jóvenes: en lo que respecta a la temporalidad, las mujeres jóvenes tienden a trabajar más con contratos temporales (22,1 %) que los hombres jóvenes (16,8 %)[23].

Otro componente de la precariedad laboral que sufren las personas jóvenes es la parcialidad, concretamente la involuntaria[24].

La tasa de parcialidad a finales del año 2023 entre las personas jóvenes se situó en el 26,4 %, quince puntos porcentuales más que entre el resto de población adulta trabajadora (11,32 %) reflejando de nuevo la especial situación de precariedad laboral de la juventud en España[25].

Sin embargo, una vez más, la desigualdad de género en el mercado de trabajo provocaba una mayor afectación de la parcialidad en las mujeres jóvenes. Al cierre de 2023 una de cada tres mujeres jóvenes tenía un trabajo a tiempo parcial, mientras que entre los hombres la proporción era de uno de cada cinco[26].

TABLA 1. INDICADORES VINCULADOS A LA PRECARIEDAD LABORAL

	Población joven	Mujeres jóvenes	Hombres jóvenes	Resto población adulta
Tasa de temporalidad	19,4 %	22,1 %	16,9 %	13 %
Tasa de parcialidad	26,4 %	33,4 %	20,2 %	11,3 %
Parcialidad no deseada	40,1 %	45,1 %	38,8 %	26,4 %

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Población Activa del cuarto trimestre de 2023. Instituto Nacional de Estadística.

Podría argumentarse, dada la normalización social de los elevados precios públicos de los estudios de educación superior, que la parcialidad juvenil no es sinónimo de precariedad porque es natural trabajar para poder sufragar los estudios, pero los datos son tozudos: cuando se observan los motivos que llevan a las mujeres y hombres jóvenes a trabajar a jornada parcial el argumento de la compatibilización de estudios y trabajo pierde fuerza. De esta forma, tal y como reflejaba la Encuesta de Población Activa, en el primer trimestre de 2.024 el 40,1 % de las personas jóvenes con un contrato a tiempo parcial manifestaban que querrían trabajar más horas[27], pero no encontraban un empleo a tiempo completo. Si bien en el primer tramo de la juventud (16 a 19 años) la incidencia de la parcialidad involuntaria es del 19 % (y predomina como principal motivo de la parcialidad la compatibilidad con el estudio), la tasa de parcialidad no deseada asciende al 38 % entre quienes tienen de 20 a 24 años y es especialmente grave que una de cada dos personas jóvenes de entre 25 y 29 años con un empleo a jornada parcial tiene dicho trabajo por no haber encontrado un empleo a tiempo completo (el 56,7 % en este tramo de edad). Esto significa que miles de jóvenes, varios años después de haber terminado su etapa formativa, no encontraban un trabajo digno en España, teniendo que trabajar a tiempo parcial y, por lo tanto, viéndose obligados a vivir con salarios bajos, sufriendo grandes dificultades para emanciparse y posponiendo proyectos vitales.

Además, la parcialidad involuntaria reproduce nuevamente la desigualdad de género: mientras que afecta al 38,8 % de los hombres jóvenes, asciende hasta el 45,1 % entre las mujeres jóvenes. La cifra de parcialidad involuntaria sería aún mayor si incorporásemos aquellas mujeres jóvenes que no trabajan a jornada completa por estar al cuidado de un familiar (3,3 %). Teniendo esto en cuenta, la parcialidad involuntaria, junto con la parcialidad por cuidados, afecta al 48,4 % de las mujeres jóvenes, prácticamente una de cada dos, mientras que conjuntamente tan solo afecta al 39,5 % de los hombres, que apenas señalan los cuidados como un motivo por el cual no tienen un empleo a tiempo completo (0,7 %).

Otro colectivo que sufre la desigualdad laboral en España es la juventud migrada. Cuando analizamos las tasas de empleo parcial involuntario teniendo en cuenta el lugar de nacimiento se observa que impacta más en las personas jóvenes nacidas fuera de España que aquellos nacidos en España. Así, mientras que la tasa de parcialidad involuntaria era del 40,1 % para el conjunto de la juventud en España, la cifra escala hasta el 52 % cuando se trata de personas jóvenes nacidas en el extranjero[28], reflejo de que la discriminación que sufren los colectivos de personas migrantes en nuestro país se traslada, también, al mercado de trabajo.

El último componente de la precariedad juvenil es la sobrecualificación. Es un fenómeno que se da cuando existe un desajuste entre la formación alcanzada y el empleo ocupado, es decir, cuando la persona ocupa un puesto de trabajo o ejerce unas funciones inferiores al nivel formativo o cualificación que posee[29].

Este fenómeno ha estado muy extendido entre las personas jóvenes en España por la conjunción de un tejido productivo postindustrial que genera empleos de bajo valor añadido[30][31] y un sistema educativo que carece de los recursos suficientes para orientar adecuadamente al alumnado en su salto a los estudios superiores.

TABLA 2. INDICADORES VINCULADOS A LA PRECARIEDAD LABORAL

	Personas jóvenes nacidas en España	Personas jóvenes nacidas en el extranjero
Parcialidad no deseada	40,1 %	52 %
Sobrecualificación	36,1 %	52 %

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Población Activa del cuarto trimestre de 2023. Instituto Nacional de Estadística.

La combinación de estos dos elementos produce en España elevados niveles de sobrecualificación, que sufren principalmente las personas jóvenes (tasa de sobrecualificación del 45,5 % entre personas de 16 a 29 años), pero que no se resuelven completamente cuando la experiencia laboral aumenta (sobrecualificación del 35,2 % entre 30 a 34 años, 33 % en el resto de población adulta)[32], signo evidente de que la precariedad laboral sufrida durante la juventud se cronifica a lo largo de la vida adulta, afectando al desarrollo profesional y personal de un tercio de la población.

Pero, de nuevo, la sobrecualificación no golpea por igual a todas las personas jóvenes. Las personas jóvenes migradas tienen más probabilidades de estar sobrecualificadas para su puesto de trabajo. Aunque la sobrecualificación sufrida por la juventud nacida en España es muy elevada (36,1 %), la tasa de sobrecualificación entre la juventud migrada es aún más grave: el 52 % de las personas jóvenes migradas con empleo tienen más formación que la que requiere dicho trabajo. Nuevamente, la discriminación laboral sufrida por el colectivo, sumada a las trabas para homologar sus títulos formativos obtenidos fuera de España, pone en una especial situación de vulnerabilidad a la juventud migrante cuando se enfrenta a la realidad del mercado laboral español.

POBREZA Y EMANCIPACIÓN

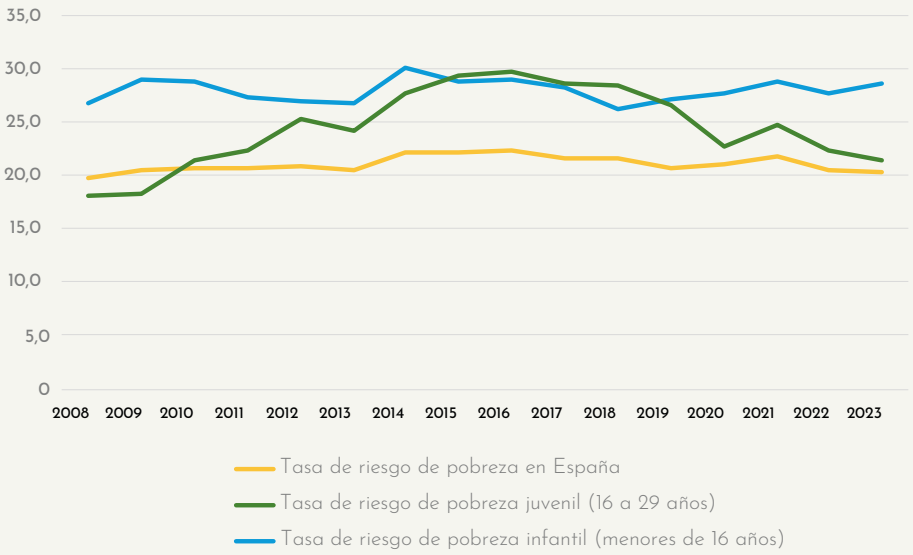
La precariedad laboral es la consecuencia directa de un mercado laboral y un sistema económico que basa el crecimiento en la explotación de los colectivos más débiles, que provoca que en 2023 el 54 % de las personas jóvenes manifestaran tener dificultades para llegar a fin de mes, frente al 48 % de la media estatal[33].

Sin embargo, es importante reiterar que las personas jóvenes no solo han sufrido las consecuencias de este modelo productivo una vez han tenido edad para trabajar (pues la mayoría serían niños y niñas durante los primeros coletazos de la Gran Recesión), sino que, de forma indirecta, a través de sus familias, han crecido en entornos de desigualdad y pobreza.

En los 16 años transcurridos desde la primera gran crisis que afectó a la actual generación joven hasta hoy, la tasa de riesgo de pobreza infantil nunca ha estado por debajo del 26 %. Es decir, uno de cada cuatro jóvenes en España ha vivido en riesgo de pobreza toda su vida antes de enfrentarse a un mercado laboral asentado en la precariedad y la desigualdad.

La combinación de pobreza infantil y precariedad laboral juvenil tiene como consecuencia que la actual generación *joven* no haya conocido niveles de pobreza juvenil inferiores al 21 %, marcando el desarrollo psicosocial[34] y el futuro laboral de, al menos, una de cada cinco personas jóvenes.

FIGURA 2. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE POBREZA EN ESPAÑA. 2008-2023.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Población Activa del cuarto trimestre de 2023. Instituto Nacional de Estadística.

La precariedad laboral tiene una consecuencia monetaria evidente, la pobreza, pero es conveniente destacar las consecuencias de vivir en situación de riesgo de pobreza y/o exclusión social. El indicador que usamos para destacar esta realidad es la carencia material, que muestra los esfuerzos que hace la población a la hora de afrontar determinados gastos[35]. De esta forma, vemos cómo el 11,5 % de las personas jóvenes en España manifiestan estar en situación de carencia material severa[36], tres puntos por encima de la media de la población (8,9 %). Esto significa, por ejemplo, que las personas jóvenes renuncian con más frecuencia que las adultas a calentar su vivienda en invierno o a comprarse un ordenador nuevo para estudiar.

Aunque no podemos conocer qué renuncias en materia de ocio u otras actividades, que mejoran el bienestar emocional de las personas, hacen las personas jóvenes por la precariedad juvenil, sí conocemos cuántas personas no pueden permitirse ir al menos una semana de vacaciones al año: el 36,4 % de las personas jóvenes, tres puntos porcentuales más que el resto de la población adulta.

Se constata así que la precariedad laboral no solo supone un lastre para los proyectos vitales y de futuro de la actual generación joven, si no que ya están renunciando con mayor frecuencia a opciones de ocio como puede ser irse de vacaciones.

Por último, el síntoma más evidente de la imposibilidad de la gente joven de construir un proyecto vital en nuestro país es la emancipación. El acceso a la vivienda se ha convertido en España en un imposible para las personas jóvenes.

Tal y como señala el Consejo de la Juventud de España, en junio de 2023 tan solo el 16,3 % de las personas entre 16 y 29 años se había emancipado, momento en que se dio el primer repunte de la emancipación juvenil en doce años consecutivos de caída. El acceso a la vivienda en España por parte de las personas jóvenes está a la cola de la Unión Europea, donde, de media, se habían emancipado en 2023 prácticamente el doble de personas jóvenes que en nuestro país (31,9 % de tasa de emancipación).

Este último dato es especialmente llamativo, pues da buena cuenta de las dificultades para acceder a una vivienda en España si eres joven. Al desagregar la tasa de emancipación por rangos de edad vemos que, en España, el grupo que más se emancipa, aquellas personas que tienen entre 25 y 29 años presentan una tasa del 37,6 %. Esta tasa es apenas cinco puntos por encima de la media de la Unión Europea, incluyendo en esta última también al rango de jóvenes de menor edad (16 a 24 años).

En consecuencia, la gran mayoría de las personas jóvenes de nuestro país no pueden emanciparse por los altos niveles de precariedad laboral que se suman a un mercado inmobiliario donde los precios están disparados por la especulación. Los altos precios del alquiler dificultan en gran medida que una persona joven se emancipe en España sin sobreendeudarse[37] y la mala situación laboral de la juventud en España impide que alcancen un ahorro suficiente[38] como para poder sufragar la entrada de una vivienda en propiedad. Esto avoca a la juventud española a compartir piso o vivir con sus familias hasta que dejan de ser jóvenes, un indicador de ello es que la edad media de emancipación en España está en los 30,3 años.[39-40]

PERSPECTIVAS DE FUTURO

El contexto de precariedad socioeconómica en el que la juventud está accediendo al mercado de trabajo lleva a una negativa autopercepción sobre el presente y el futuro que van a vivir. Así se desprende del Barómetro 'Juventud, salud y bienestar' en su edición de 2023 elaborado por el Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Cuando se les pregunta a las personas jóvenes acerca de diferentes aspectos vitales con los que están satisfechas solo destacan en positivo aquellos relacionados con la familia, las amistades y el tiempo libre. En el lado contrario, aquellos condicionados por la precariedad, apenas generan satisfacción en la juventud española: **solo cuatro de cada diez personas encuestadas manifiestan satisfacción con sus estudios o su trabajo, cifra que desciende hasta tres de cada diez satisfechas con su situación económica**. Una vez más, estas cifras son considerablemente peores entre quienes más sufren la precariedad laboral: **al analizar por género se ve que el 26 % de las mujeres están satisfechas con su situación económica frente al 33,4 % de los hombres, mientras que entre quienes sufren carencia material leve la satisfacción con su situación solo llega al 25,5 % y entre las personas con carencia severa cae hasta el 21,8 %.** En contraste, la satisfacción entre quienes no sufren ninguna carencia alcanza al 37,7 % de la juventud.

TABLA 3. 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	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	47,6	50,6	47,2	41,5
Perspectivas de futuro	41,8	38,6	45,1	44,3	39,7	41	48,8	37,9	35
Estudios o trabajo	40,3	41,1	39,6	38,4	43,9	39	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.

En el Barómetro se aprecia cómo el malestar con el presente se traslada a las perspectivas de futuro. Así, se destaca como el 40,3% de las personas jóvenes consideran que van a vivir peores oportunidades laborales que sus progenitores, frente al 38,4 % que considera que su futuro laboral será mejor.

El pesimismo, sin embargo, es mucho mayor entre los colectivos que más precariedad laboral sufren. Por género, la mitad de las mujeres jóvenes creen que tendrán un futuro laboral peor que sus familias. Similar es el pesimismo entre aquellas personas que se encuentran en situación de desempleo (50,2 % tiene una visión pesimista sobre el empleo) o en carencia material (49,8 %).

Es importante destacar cómo el pesimismo sobre el futuro crece a medida que aumenta la edad. Así, solo el 28,5 % de las personas entre 15 y 19 años creen que su futuro será peor que el de sus progenitores, pero este porcentaje sube paulatinamente con el incremento de la edad hasta suponer el 53,8 % de las personas jóvenes que tienen entre 25 y 29 años.

Este pesimismo se materializa más claramente cuando se les pregunta por situaciones concretas sobre la evolución de su futuro. Casi cuatro de cada diez jóvenes manifiestan que en el futuro tendrán que trabajar de lo que sea, aunque no se trate de algo para lo que hayan estudiado, uno de cada dos considera que en un futuro tendrá que reducir su gasto en actividades de ocio y tiempo libre y cuatro de cada seis teme quedarse en paro o tener que recortar en gastos básicos. Por último, quizá el signo más evidente del pesimismo que genera la precariedad laboral en la juventud sea que **el 39,8 % de las personas jóvenes cree que en el futuro vivirá episodios de ansiedad y bajo estado anímico**.

De forma reiterada, el pesimismo está mucho más extendido entre los colectivos más vulnerables, como son las mujeres o quienes se encuentran en situación de carencia material leve o severa. A la luz de sus respuestas, se constata que las mujeres tienen siempre una peor percepción que los hombres jóvenes sobre el futuro laboral, su poder adquisitivo o, especialmente, su estado anímico. Esta diferenciación se aprecia también entre quienes sufren carencia material leve o severa y quienes no tienen carencias, habiendo una gran brecha sobre la visión del futuro entre estos dos colectivos. Por último, vuelve a llamar la atención cómo empeoran las perspectivas de futuro a medida que van cumpliendo años.

TABLA 4. SITUACIONES PROBABLES EN EL 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 el 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	46,3	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 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud.

Finalmente, encontramos que la insatisfacción con algunos aspectos de la vida y el pesimismo en torno al futuro van acompañados del estrés que producen estas cuestiones en las personas jóvenes, afectando a su bienestar emocional.

Se repite el patrón detallado anteriormente, en primer lugar, encontramos que a las personas jóvenes les genera un mayor estrés los elementos socioeconómicos de sus vidas: la situación laboral y sus estudios genera estrés al 53,7 % de la juventud (con una gran brecha de género del 63,1 % ellas y 45 % ellos) y la situación económica general al 49,8 % (de nuevo se da esa gran brecha de género, afectando el estrés por la economía al 63,1 % de las mujeres jóvenes frente al 39,4 % de los hombres jóvenes y, también, con una gran afección por parte de quienes se encuentran en situación de carencia material severa (66,1 % frente al 40,5 % de quienes no tienen carencia material).

Sin embargo, cae considerablemente el estrés que generan factores de índole más social como son las relaciones con familiares, amistades o el uso de redes sociales, evidenciando que la mayor preocupación de la juventud la generan las cuestiones materiales, síntoma de la precariedad laboral que sufre el colectivo joven.

El pesimismo que perciben las personas jóvenes ante su futuro, estrechamente vinculado a la precariedad laboral que sufren, no es infundado.

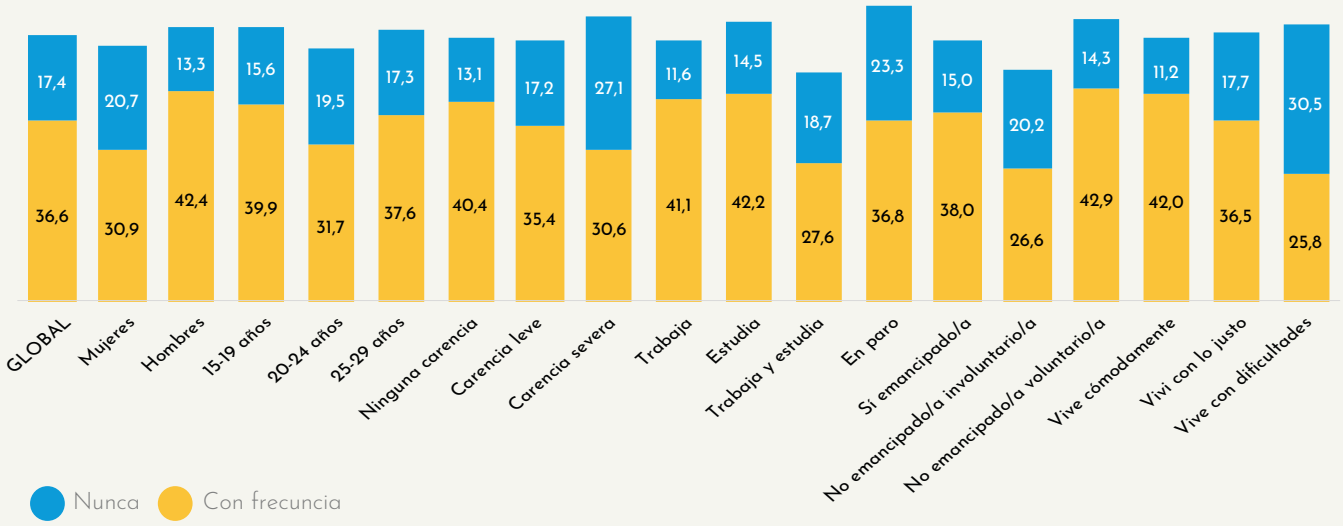
Tal y como se destaca en el informe "La maldición de la eterna juventud" elaborado por Oxfam Intermón y el Consejo de la Juventud de España en 2022, la actual generación joven había disfrutado de un crecimiento económico un 40% inferior al que disfrutó durante su juventud la generación nacida en la década de los 60 del siglo XX. En el estudio se señalaba también cómo los salarios de las generaciones nacidas en los años 60 y 70 habían crecido enormemente durante su juventud (entre un 400 % y un 600 %, según datos del Banco de España), mientras que los sueldos de las generaciones *millenial* (nacidos/as en los 90) y *Zeta* (nacidos/as en los 2000) habían crecido un 60%.

En consecuencia, es necesario observar cómo perciben las personas jóvenes su salud mental, realizando para ello un análisis de desigualdades que permita conocer los diferentes grados de afección del malestar en la salud mental según diferentes colectivos juveniles.

SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS JÓVENES

En los últimos años ha aumentado tanto la autopercepción de un estado de la salud mental negativo por parte de las personas jóvenes como los problemas y trastornos de salud mental notificados. Se observa, por tanto, una creciente crisis de la salud mental entre la juventud, que coincide en el tiempo con la grave situación de vulnerabilidad que ha vivido durante su infancia la actual generación joven en España y que ha continuado con una intensa precariedad laboral juvenil.

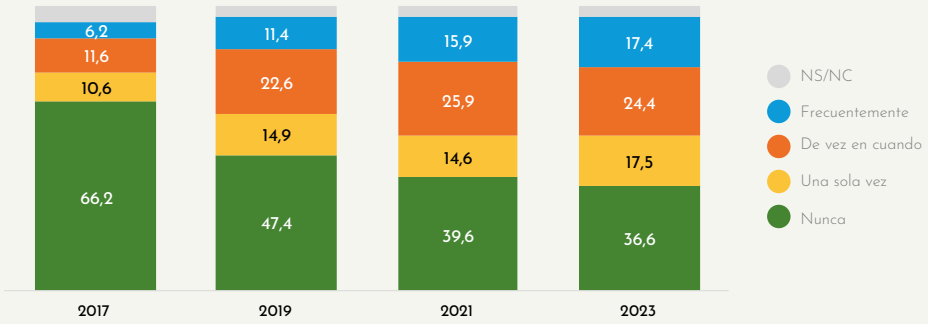
FIGURA 3. AUTOPERCEPCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EXPERIMENTADOS (ÚLTIMOS 12 MESES) ENTRE JÓVENES DE 15 A 29 AÑOS. DATOS POR GÉNERO, EDAD, CARENCIA MATERIAL, TIPO DE ACTIVIDAD, EMANCIPACIÓN Y SITUACIÓN ECONÓMICA DEL HOGAR. 2023 (%).



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

Como se ve, entre 2017 y 2023 se ha producido un empeoramiento significativo en la percepción de la juventud sobre su estado de salud mental. Si bien el efecto de la pandemia de la COVID19 puede haber sido importante en este empeoramiento, se observa que la peor percepción de la salud mental juvenil ya se produjo entre 2017 y 2019 con un aumento de la frecuencia de haber padecido problemas psicológicos y/o psiquiátricos, por lo que el aumento del malestar no puede deberse en exclusiva a los efectos psicosociales de la pandemia.

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 2023. Centro Reina Sofía de Fad Juventud

De igual forma que las mujeres y las personas con situación de carencia material sufrían un mayor impacto de la precariedad, que se convertía en un nivel mayor de pesimismo, estos dos colectivos manifiestan con mayor frecuencia experimentar problemas de salud mental (20,7 % las mujeres jóvenes y 27,1 % las personas con carencia material) que los hombres jóvenes (13,3 %) o quienes no sufren carencias materiales (13,1 %). A su vez, también manifiestan tener una peor percepción sobre su salud mental las personas jóvenes en paro (23,3 %) y las que compaginan los estudios con un trabajo (18,7 %) que quienes solo trabajan (11,6 %) y las que no han logrado emanciparse (16,5 %) frente a las que sí lo han hecho (13,2 %), reforzando el vínculo entre precariedad juvenil y malestar.

Para ilustrar mejor los datos de autopercepción de problemas de salud mental se preguntó a las personas encuestadas la frecuencia con la que padecen los principales síntomas y malestares vinculados a la salud mental.

De entre todos los síntomas, el cansancio o apatía (lo sufrían el 46,2 % de las personas jóvenes), 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%) eran los más declarados.

Sin embargo, quizá el síntoma que más destaca por su gravedad y frecuencia sea la ansiedad o haber sufrido ataques de ansiedad, dado que afectó al 37,8 % de las personas jóvenes y su incidencia fue seis puntos porcentuales superior en 2023 que en 2021.

Al observar la prevalencia de estos síntomas en hombres y mujeres destaca, una vez más, cómo las mujeres jóvenes perciben con mayor frecuencia los síntomas vinculados al malestar psicológico: destacando la ansiedad (la sufren el 49,5 % de ellas, veintitrés puntos porcentuales más que los hombres jóvenes), el cansancio (57,6 %, 22 p.p. sobre los hombres), la tristeza (54,7 %, +21 p.p.) y el miedo al futuro (51,5 %, 17p.p.). También se evidencia esta brecha de género en la concurrencia de varios malestares: más de la mitad de las mujeres manifiestan haber experimentado cinco o más síntomas, frente a únicamente uno de cada tres hombres jóvenes.

Se repiten, también, los peores resultados entre personas con carencia material, dado que una de cada dos personas en esta situación presenta síntomas como la apatía, el miedo al futuro o la ansiedad, entre otros. De esta forma, las personas que sufren carencia material tienen una incidencia entre quince a veinte puntos porcentuales superior a la de las personas jóvenes sin carencias materiales. Especialmente grave es que una de cada cuatro personas jóvenes con carencia material severa declara haber recurrido al alcohol o las pastillas para calmarse, frente a una de cada diez jóvenes sin carencia material. En cuanto a la concurrencia de más de un síntoma, el desigual impacto según la situación económica es de nuevo importante: una de cada dos personas jóvenes en situación de carencia material severa ha sufrido al menos cinco síntomas de malestar psicológico, frente a una de cada tres personas sin carencia material.

Cabe centrarse, también, en los casos donde se ha diagnosticado un trastorno de salud mental.

Si bien los datos oficiales proporcionados por el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) del Ministerio de Sanidad[41] no permiten observar la relación entre precariedad y salud mental, sí que proporcionan evidencia sobre la mayor afectación de problemas de salud mental entre las mujeres jóvenes que entre hombres.

En cambio, el Barómetro de Juventud, Salud y Bienestar 2023 elaborado por el Centro Reina Sofía de Fad Juventud sí permite conocer por situación económica la afección de problemas y trastornos de salud mental que han sido diagnosticados por un profesional. Si bien no son datos clínicos provenientes de estadísticas oficiales, pues son las declaraciones de las personas encuestadas, la brecha de género que se constata en el barómetro sí es coincidente con los datos suministrados por el Ministerio de Sanidad, por lo que el vínculo entre precariedad y salud mental se mantiene robusto.

Profundizando en estos datos, se observa que, **en el año 2023 un 45,7 % de las personas jóvenes señala haber sido diagnosticado con algún trastorno psicológico, psiquiátrico o de salud mental en algún momento 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%), seguidos del déficit de atención (7,6%) y los trastornos de la alimentación (6,1%). El resto de los trastornos considerados presentan prevalencias por debajo del 5%.

Como señalábamos anteriormente, la brecha de género en el barómetro es consistente con los datos oficiales: **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.

Al poner el foco en la prevalencia de estos trastornos según variables económicas destaca la gran afección de quienes trabajan y estudian a la vez, el 59,4 % manifiesta haber sido diagnosticado con algún trastorno a lo largo de su vida frente a la media del 45,7 % de la población joven. También es superior a la media la afección entre quienes manifiestan encontrarse en situación de carencia material severa (afecta al 55,9 % frente al 37,7 % de quienes no tienen ninguna carencia material) o entre aquellas personas que manifiestan vivir con dificultades (64%, mientras que las personas que viven cómodamente tienen una afección del 39,8 %).

TABLA 5. TRASTORNOS DE SALUD MENTAL DIAGNOSTICADOS (ALGUNA VEZ EN 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	Sí emancipado/a	No emancipado/a involuntario/a	No emancipado/a voluntario/a	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	9,1	7,8	9,9	3,6	9,1	7,3	4,9	3,3	3,6	6,6
Adicción a sustancias	1	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	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.

El último indicador sobre el estado de la salud mental de la juventud en España a destacar es la ideación y conducta suicida de las personas jóvenes. La ideación suicida es el pensamiento sobre el suicidio, mientras que la conducta suicida implica acciones concretas dirigidas a llevar a cabo el suicidio. La conducta suicida puede incluir intentos de suicidio, autolesiones graves con la intención de morir, o preparaciones para cometer suicidio.

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 generaciones[42], siendo la principal causa de muerte no natural entre las personas jóvenes[43]. El suicidio en personas jóvenes se trata de un fenómeno multicausal[44], 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 viven»[45].

Si atendemos a los datos oficiales, encontramos una tasa por cada 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. Respecto a la evolución del suicidio en los últimos años, según el rango de edad, se desprenden los siguientes datos:

- 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 los 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 los 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.

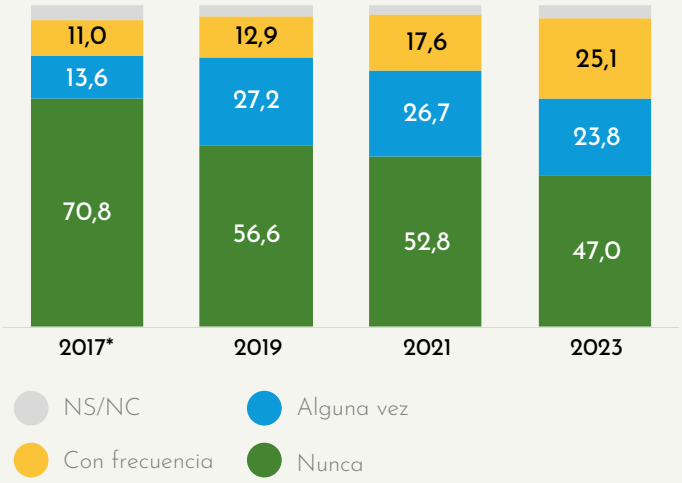
- Entre los 25 y 29 años la tasa de suicidios experimenta una fluctuación en la última década. Entre 2013 y 2020 la tasa aumenta progresivamente hasta los 6 puntos por cada 100.000 habitantes, si bien en 2016 y 2018 se producen fluctuaciones que reducen la tasa a 4 y 4,3 puntos respectivamente. A partir de 2020, sin embargo, se invierte la tendencia general, pues la tasa de suicidios se ha reducido de 6 a 5,2 puntos, situándose en 2022 en el mismo nivel que el de los grupos de 20 a 24 años, cuya tasa ha aumentado en este periodo.

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[46].

Este último apunte es fundamental, puesto que al observar los intentos de suicidio se observa una mayor tasa de intentos de suicidio entre las mujeres, que entre los hombres. 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 suicidio (sumando casos consumados de suicidio).

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, 48,9 % de las personas jóvenes había experimentado ideas suicidas, y más de la mitad de ellas lo hacían con frecuencia.**

FIGURA 5. IDEACIÓN SUICIDA (ALGUNA VEZ EN LA VIDA) ENTRE JÓVENES DE 15 A 29 AÑOS. EVOLUCIÓN 2017-2023 (%).



*Fuente: Barómetro Juventud, Salud y Bienestar (2017, 2019, 2021, 2023). Centro Reina Sofía de Fad Juventud. *Tras la oleada de 2017 se produjo un cambio metodológico en los atributos de la variable.*

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).

Finalmente, la asociación entre condiciones materiales de vida e ideación suicida resulta muy alarmante: **el 60,4% de quienes sufren carencias severas ha experimentado ideas suicidas alguna vez en la vida, cifra que desciende según mejora la situación económica. De tal manera que la ideación suicida baja al 55,8% de quienes sufren carencias leves y desciende hasta el 36,8% de jóvenes sin carencias materiales.** 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: **el 34,8 % de las personas jóvenes que sufren carencia material severa ha experimentado con frecuencia estos pensamientos, frente al 29,8% de quienes sufren carencias leves y el 16,1% de quienes no sufren carencias de ningún tipo.**

¿QUÉ OPINAN LAS PERSONAS JÓVENES?

La última sección del capítulo sobre la radiografía del problema de salud mental de las personas jóvenes se ha dedicado a conocer la opinión de este colectivo en torno a la salud mental, así como conocer la visión de las personas jóvenes activistas y de algunas personas expertas en el tema.

Para ello se han llevado a cabo entrevistas a cuatro expertos en materia de salud mental juvenil, se han realizado cinco grupos focales representativos de la juventud y de los colectivos más afectados por las desigualdades y la precariedad y, por último, tres grupos triangulares formados únicamente por personas jóvenes racializadas, jóvenes pertenecientes al colectivo LGTBIAQ+ y personas jóvenes con discapacidad y/o diversidad funcional.

IMAGINARIOS Y PERCEPCIONES SOCIALES DE LAS PERSONAS JÓVENES EN TORNO A LA SALUD MENTAL

Es importante conocer cómo perciben las personas jóvenes la salud mental y qué imaginarios han construido. En ese sentido, entre las generaciones más jóvenes se constata una ruptura del tabú de la salud mental. Manifiestan una gran **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.
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.

Al hablar sobre el papel que juegan las desigualdades sociales y la precariedad socioeconómica, las personas jóvenes comparten la percepción de que las **condiciones sociales y de vida están generando y agudizando problemas de 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 sientan una distancia intergeneracional a la hora de hablar de salud mental y comprender las problemáticas vinculadas a ésta.

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 tener como consecuencia, por un lado, la individualización de los problemas de salud mental y 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.

> *"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 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)*

FACTORES QUE IDENTIFICAN LAS PERSONAS JÓVENES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Al abordar cuáles son los factores que las personas jóvenes asocian a la salud mental lo primero que destaca 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, prueba de que la precariedad laboral y económica deja una huella importante en la juventud española.

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

1. 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. Se vinculan a la precariedad 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.

2. 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 incapaz de llevar a cabo proyectos vitales como emanciparse o hacer planes de futuro.

3. La incertidumbre provocada por numerosos cambios externos, por un ritmo de vida acelerado, productivismo y alta competitividad. Incertidumbre también provocada por una creencia de que el modelo social en el que han nacido y que tienen como referencia se encuentra en profunda crisis, incluyendo también los posibles impactos del cambio climático que suman incertidumbre por el futuro.

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

Al consultar a las personas expertas sobre el papel que juegan estos determinantes socioeconómicos, estas también coinciden en que los condicionantes de la salud mental responden en gran medida a factores sociales y estructurales frente a los individuales.

> *"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).*

LA DISCRIMINACIÓN Y LA INTERSECCIONALIDAD DE LA DESIGUALDAD

La desigualdad no es una realidad unidimensional, si no que tiene elementos que la convierten en un hecho multidimensional en el que interseccionan las desigualdades. Es por ello por lo que, de la misma forma que la precariedad económica es un factor que influye en la salud mental, es de esperar que otras desigualdades puedan tener efecto sobre ésta.

Del mismo modo, se manifiesta el rol que juegan la interseccionalidad de las desigualdades al hablar con diferentes analistas y analizando los resultados del ejercicio cualitativo hecho junto con el Centro Reina Sofía de Fad Juventud. Se observa 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**.

Por lo tanto, es importante mencionar que **el género, la posición socioeconómica, la identidad y orientación sexual, la racialización, la discapacidad y/o diversidad funcional** 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 señalan como

un factor clave que puede aumentar la discriminación provocada por otras dimensiones, la desigualdad se agudiza. Y esa discriminación y desigualdad puede ser también fuente o factor que incremente las posibilidades de enfrentar un problema de salud mental.

A continuación, presentamos algunas de las dimensiones esenciales que conforman la desigualdad y la discriminación, y que, por ende, podrían acentuar las probabilidades de generar malestar emocional y problemas de salud mental (todos estos elementos están basados en el ejercicio cualitativo realizado junto con el Centro Reina Sofía de Fad Juventud).

GÉNERO

Las mujeres jóvenes señalan que la desigualdad se hace más patente en sus vidas: una mayor presión estética y comparación social; una sobrecarga de responsabilidades en comparación con los hombres, lo que se deriva de una asignación de roles múltiples desigual; 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; la soledad no deseada; situaciones de violencia de género.

Las mujeres jóvenes con orientación sexual no normativa y las mujeres discapacitadas también enuncian que se encuentran con mayores factores de discriminación, siendo además susceptibles de sufrir situaciones de violencia y acoso.

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.

> *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).*

COLECTIVO DE PERSONAS LGTBIAQ+

En los discursos de las personas jóvenes LGTBIAQ+ se menciona la estigmatización, discriminación y diversas formas de violencia que aún hoy sufren. Esto se aprecia entre las personas más jóvenes, que enuncian que estas situaciones de discriminación se materializan en casos de bullying.

Entre las personas trans, especialmente, se enuncia que persiste un estigma y discriminación social, y se les trata en ocasiones de "enfermas". Se hace referencia, entre otras cosas, al abordaje desde el sistema sanitario a la transexualidad.

Se pone de relieve la dificultad para encontrar profesionales de la salud mental que comprendan y respeten las identidades LGTBIAQ+.

Enuncian 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, generando violencia institucional que impacta también negativamente en la salud mental.

La población más joven LGTBIAQ+ enuncia que algunas personas adolescentes pueden experimentar confusión en cuanto a su orientación sexual, y no cuentan a su edad con los recursos psicológicos para abordar esa situación. Además, situaciones como la falta de representación en su grupo, o la incomprensión por parte de la familia y grupo de pares pueden ser factores añadidos de estrés y confusión.

> *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+)*

COLECTIVO DE PERSONAS RACIALIZADAS Y/O MIGRANTES

Las personas jóvenes enuncian que existen 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.

Se identifica a los medios de comunicación y redes sociales como un entorno en el que se produce una mayor hostilidad hacia las personas racializadas, especialmente hacia la población migrante.

También se destaca que 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.

Se recoge la reflexión de que algunos grupos racializados pueden tener menor acceso a la atención de salud mental, ya sea pública o privada, lo que también puede contribuir a niveles más altos de ansiedad.

Desde las voces activistas y personas expertas 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. Esta discriminación se traslada y reproduce en el ámbito educativo y académico, el profesional y el sistema médico.

También se señala como clave la construcción de la propia identidad personal, la sensación de falta de arraigo y de no encontrar un espacio propio. Siendo sentimientos también compartidos por personas nacidas en España o por personas 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.

Para las personas jóvenes racializadas, el proceso de toma de conciencia sobre estas discriminaciones estructurales y la presión social les genera conflictos internos; el proceso de "despertar decolonial" puede ser doloroso y conflictivo.

Se enuncia una perspectiva pesimista sobre el interés y la efectividad de las políticas públicas para abordar el racismo, generando desconfianza en las instituciones y la sensación de falta de apoyo.

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)

DISCAPACIDAD Y/O DIVERSIDAD FUNCIONAL

Las personas jóvenes enuncian que todavía se sigue ejerciendo una discriminación y estigmatización de las personas con discapacidad y/o diversidad funcional y/o, que se manifiesta, entre otras formas, por ejemplo, en el uso de términos desactualizados y estigmatizantes como "minusválidos" para referirse a personas con movilidad reducida o discapacidad.

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.

Desde la mirada de las personas jóvenes, se enuncia que tanto en los entornos educativos como en los medios de comunicación existe recorrido a hacer, hacia una educación inclusiva y una representación respetuosa de las personas con diversidad funcional.

Desde las voces activistas y expertas destacan problemas como experiencias de acoso, traumas, depresión y estrés postraumático.

También destacan la falta de accesibilidad en diversos aspectos de la vida, como las barreras físicas en viviendas, entornos urbanos y espacios de ocio, y la falta de atención a la accesibilidad cognitiva y sensorial, que contribuyen a un sentimiento de exclusión social.

Se señala la discriminación laboral, con tasas de desempleo elevadas, precariedad laboral, estigmatización, etc. en los centros de empleo destinados a personas con discapacidades. Barreras infranqueables y prejuicios que dificultan la adaptación de puestos de trabajo a sus necesidades.

Se destaca la visión capacitista y paternalista de la discapacidad, incluso a veces por parte de las familias cuidadoras. Además de una experimentación de violencias y maltrato en el entorno familiar, educativo y médico que, sin embargo, pueden ser difícilmente percibidas.

Se denuncia la falta de medidas preventivas adecuadas y la falta de justicia para quienes sufren violencia y abusos sistémicos.

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).

EL 56%

DE LAS PERSONAS JÓVENES QUE SUFREN CARENCIA MATERIAL SEVERA DECLARAN HABER SIDO DIAGNOSTICADAS DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

CASI 6 DE CADA 10

PERSONAS JÓVENES QUE ESTUDIAN Y TRABAJAN AFIRMAN HABER TENIDO PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

ESTA CIFRA DESCIENDE

AL 37,7%

CUANDO NO SE TIENEN PROBLEMAS ECONÓMICOS

05

ATENCIÓN MÉDICA DE LA SALUD MENTAL

QUIÉN PUEDE ACCEDER A QUÉ. CÓMO OPERA LA DESIGUALDAD

EMERGENCIA DE SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS JÓVENES

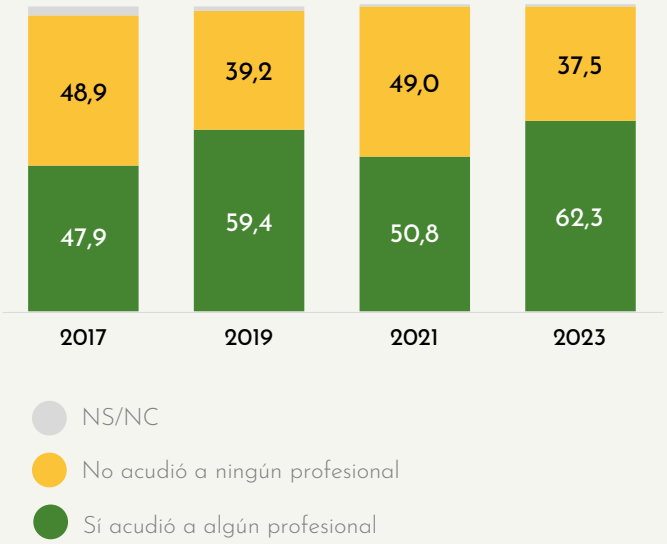
Como se señalaba en la introducción, en los últimos años se ha producido un incremento constante de la incidencia de los problemas de salud mental.

Si observamos otras fuentes de análisis, por ejemplo, el reciente estudio "La situación de salud mental en España 2023" de la Confederación de Salud Mental de España[47], que señala que un 74,7% de la población considera que la salud mental de la sociedad española ha empeorado. Las tres razones más señaladas como causas de este empeoramiento son: las dificultades económicas (91,4%), la incertidumbre ante el futuro (89,0%) y la presión, las exigencias y estrés del día a día (88,8%). Las personas jóvenes, las mujeres y las personas LGTBIAQ+ valoran peor su salud mental y dicen sufrir o haber sufrido en mayor medida ataques de ansiedad, depresión, ansiedad prolongada en el tiempo, autolesiones o ideaciones suicidas.

BÚSQUEDA DE AYUDA PROFESIONAL POR PARTE DE LAS PERSONAS JÓVENES

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 las personas 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.

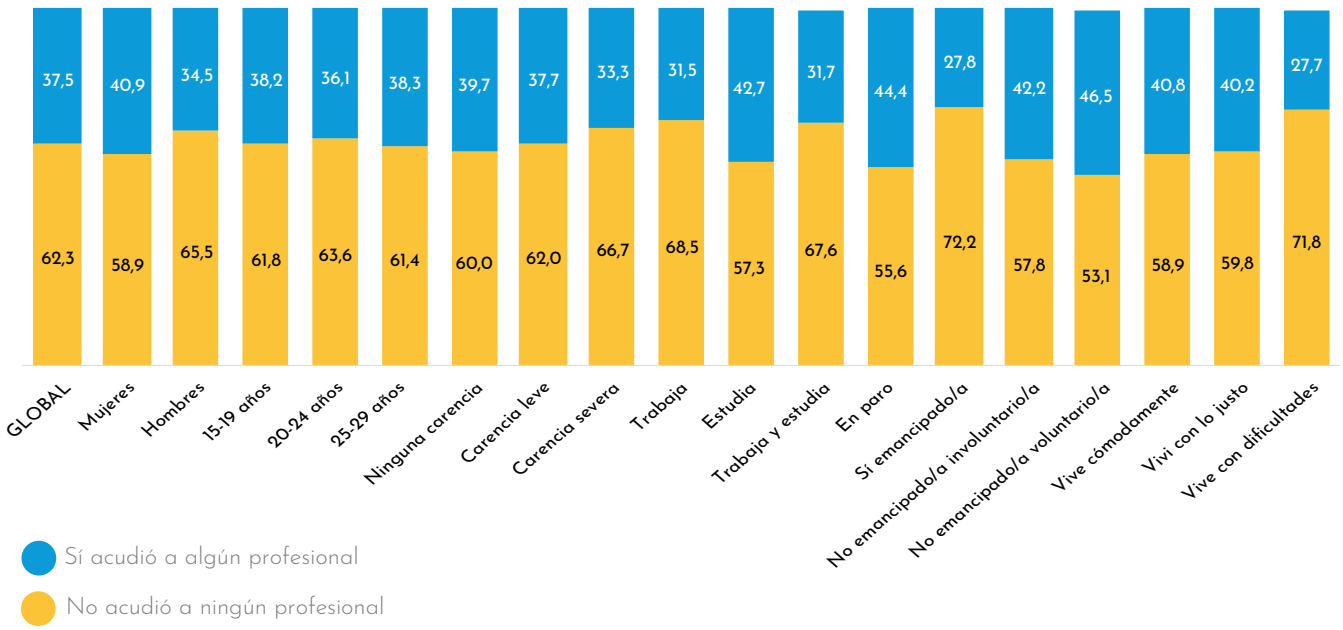
FIGURA 6. AYUDA PROFESIONAL RECIBIDA POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL ENTRE JÓVENES DE 15 A 29 AÑOS QUE EXPERIMENTARON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. EVOLUCIÓN 2017-2023 (%).



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 mental durante ese mismo año.

FIGURA 7. 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 6. 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
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 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.

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%).

No cabe duda de que nos encontramos ante una situación de emergencia de salud mental que impacta especialmente en la vida de las personas jóvenes en España. Esta realidad plantea una serie de demandas específicas que deberían ser atendidas por el sistema público de sanidad de nuestro país.

UN SISTEMA DE SANIDAD PÚBLICA INSUFICIENTE Y DESBORDADO

Sin embargo, y a pesar del aumento de los problemas de salud mental en España, 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*[48] se señala la **dispersión, escasez y falta de actualización de la información disponible**[49] 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 y que no tienen la formación especializada para atender los problemas de la población más joven.

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*»[50]. La detección temprana de problemas psicológicos y psiquiátricos es fundamental pues, según datos de la OMS[51], 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 recopilados por Newtral en 2021[52], 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[53], 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.

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, la colaboración entre los servicios de atención primaria y psiquiatría mejora significativamente la atención y el seguimiento de los pacientes con trastornos mentales[54].

Uno de los grandes problemas que también ha venido poniendo de relieve el Consejo General de la Psicología en los últimos años, es la escasez de personal especializado en el Sistema Nacional de Salud (SNS); según este organismo, **la mayoría de los países, entre los que se encuentra España, no superan la ratio de 20 psicólogos por cada 100.000 habitantes. De hecho, España tiene la ratio más baja de todos, con 5,14 psicólogos por cada 100.000 habitantes, frente a los 18 de la media europea o los 26 en los países de la OCDE.**

Con relación a la dotación de personal sanitario especializado en infancia y adolescencia, 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, la mayor parte en dispositivos ambulatorios y solo 0,14 por 100.000 habitantes en dispositivos de hospitalización[55]. 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 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*»[56].

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. Según datos del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2022[57], la espera media para una primera consulta de atención especializada de cualquier índole se sitúa en 79 días.

Cuando esa atención especializada se refiere a profesionales de la psicología, según datos recientes del Consejo General de la Psicología[58], puede haber listas de espera de hasta 6 meses para ser atendido por un psicólogo/a en el sistema sanitario público.

A modo de ejemplo, en el caso de la Comunidad de Madrid, un estudio[59] reciente 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.

Además, si nos fijamos en la frecuencia entre las visitas, aunque tampoco existen datos completos, vemos que, por ejemplo, según un informe emitido por el Defensor del Pueblo[60], la frecuencia entre visitas se da con espacios de hasta 3 meses entre visita y visita y con una duración muy corta en cada cita.

Si tomamos en consideración la percepción de la juventud según los datos del Barómetro Sanitario 2023 CIS, 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 las personas jóvenes les atendieron en menos de un mes, en casi la mitad de los casos pasaron entre 1 y 3 meses y en el 34,5% de los casos pasaron más de 3 meses hasta que obtuvieron cita con el especialista**. 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, con 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.

TERAPIA PRIVADA: UNA OPCIÓN QUE NO ES POSIBLE PARA TODAS LAS PERSONAS JÓVENES

Como se ha mostrado, el sistema sanitario público no es capaz de dar respuesta a la emergente crisis de salud mental que padece la sociedad española. Y, ante un sistema público que no cubre las necesidades de atención médica en salud mental necesarias, solo cabe la opción de buscar una solución por otras vías: a través de servicios de terapia privada o quedando desatendidos/as.

La opción de buscar en el mercado la respuesta que no ofrecen los servicios públicos no está al alcance de todo el mundo, ni tampoco al alcance de una generación joven precaria atravesada por múltiples crisis económicas.

La inviabilidad de la terapia privada como solución a la crisis de salud mental queda patente en el siguiente caso. Según datos de un estudio de Fundación Civio [61], se estima que en España una sesión de terapia con un psicólogo vale entre 50 € y 100 €.

Por ejemplo, **suponiendo que el coste medio de una sesión de terapia privada en España es de 75€ y sabiendo que el salario mediano[62]de una persona joven con empleo en 2023[63] fue de 1.005,21€ netos al mes, nos encontramos con que recibir dos sesiones de terapia psicológica al mes supondría el 15% de los ingresos mensuales de esta persona y, a su vez, que la mitad de la población joven con trabajo dedicaría un porcentaje aún mayor de su salario a recibir atención psicológica.**

En consecuencia, este servicio privado no es accesible para todo el mundo. Es el caso de las personas jóvenes que no cuentan con ingresos propios o que en sus familias no pueden hacer frente a este pago extra, aquellas personas jóvenes que trabajan pero que sus ingresos son bajos y/o además tienen que hacer frente a otros gastos básicos, como son la vivienda, la alimentación y/o la crianza; todas esas personas no pueden permitirse pagar esta atención médica privada.

La inviabilidad monetaria que se desprende de los datos de ingresos de las personas jóvenes y del coste de la terapia privada se ve reforzada por la percepción de la sociedad sobre el coste de la psicología privada. Según datos de la Confederación de Salud Mental de España[64], la mayoría de la población en general (57,3%) considera que acudir a un profesional de la salud mental es económicamente inaccesible, siendo esta opinión mayor entre las mujeres (63,0%) y personas de clase media baja y baja (62,6%).

Si centramos la mirada en la realidad de **las personas jóvenes de entre 15 y 29 años, podemos concluir que la principal razón por las que no se busca ayuda profesional ante problemas de salud mental 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%).

Cuando se analiza quiénes se ven más afectados por no poder pagar una terapia privada, aparecen los mismos colectivos que presentaban peores indicadores de precariedad y de percepción sobre el estado de su salud mental: mujeres, personas con carencia material, personas en paro o quienes compaginan estudios y trabajo.

TABLA 7. 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 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 de la salud mental	7,3	4,5	11,2	8,5	3,5	9,8
Otros motivos	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.

De esta forma, **las barreras económicas para no acudir a terapia privada son especialmente relevantes entre las mujeres (43,7%) y entre quienes sufren carencias materiales, ya sean severas o leves, ya que mayoritariamente estas personas no acuden a profesionales por el elevado coste de la terapia (51,9% y 40,2%, respectivamente). También tiene un fuerte impacto 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%).**

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

TABLA 8. 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 emancipado/a	No emancipado/a involuntario/a	No emancipado/a voluntario/a	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 de la 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 motivos	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.

La terapia privada se trataría, entonces, 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.

LA DESIGUALDAD GOLPEA DOS VECES

Como se ha mostrado, no podemos hablar de un acceso real y en iguales condiciones a la salud mental. Recibir terapias privadas solo está al alcance de unos pocos, de quienes se lo pueden permitir. Y la sanidad pública está infradotada de recursos, con listas de espera largas y frecuencia muy baja; obligando a miles de personas jóvenes a no recibir la terapia adecuada a tiempo para poder tratar su caso y poder garantizar su derecho a una salud mental, tan importante como la salud física.

La desigualdad socioeconómica y un sistema público insuficiente inciden en la vida de miles de personas jóvenes, poniéndoles más "piedras en el camino" hacia una buena salud mental.

Pero no hay que olvidar que muchas de esas personas jóvenes que padecen una enfermedad o problema de salud mental han llegado a esta situación, en parte, por vivir una realidad socioeconómica marcada también por las desigualdades que han enfrentado en sus vidas.

La salud mental y el bienestar personal son el resultado de la interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos. Estos factores se ven alterados a veces por acontecimientos estresantes que suceden en nuestra vida personal o en nuestro entorno. Estas desigualdades y su traducción en impactos negativos en sus vidas pueden afectar a sus estados de salud mental, como se comprueba analizando la prevalencia del malestar en la salud mental entre los colectivos jóvenes más vulnerables.

Por lo tanto, podemos concluir que las personas jóvenes, que se ven impactadas por múltiples desigualdades socioeconómicas, pueden tener más posibilidades de enfrentar un problema de salud mental y, tienen menos posibilidades de superar dicho problema por no contar con las mismas posibilidades para recibir un tratamiento de calidad en el tiempo y la forma adecuada.

Es decir, se trata de personas jóvenes impactadas doblemente por la desigualdad: primero, en el proceso de contraer un problema de salud mental y, segundo, por no poder tratarse médicamente dicho problema para volver a disfrutar del derecho a una salud mental.

DOS SESIONES DE TERAPIA PRIVADA AL MES SUPONDRÍAN EL

15%

DEL SALARIO MEDIANO DE UNA PERSONA JOVEN

SOLO EL

17,4%

DE LAS PERSONAS JÓVENES DECLARAN HABER SIDO ATENDIDAS POR ESPECIALISTAS DE LA SANIDAD PÚBLICA EN MENOS DE UN MES

06

RECO-MEN-DACIO-NES

Podemos concluir que las desigualdades sociales y la precariedad socioeconómica pueden contribuir a generar y/o agudizar problemas de salud mental en las personas jóvenes. Además, tienen menos posibilidades de superar dicho problema al no contar con los mismos recursos para recibir un tratamiento de calidad en el tiempo y la forma adecuada. Siendo así impactadas doblemente por la desigualdad.

Ante esta situación, es urgente que se implementen políticas centradas en dar respuesta a las desigualdades estructurales que impactan, entre otros factores, en la salud mental de las personas jóvenes.

Por ello, las propuestas no pueden ser solo sanitarias, si no que deben partir de un enfoque holístico, dando solución tanto a la atención de la salud mental como, sobre todo, a la prevención del malestar.

Proponemos algunas medidas específicas, enfocadas más en aspectos socioeconómicos, que se relacionan con la salud mental, y que también deben partir de un diseño con enfoque feminista interseccional para responder a las múltiples desigualdades que atraviesan a las personas jóvenes.

1. Es necesario que se garantice **empleo de calidad para las personas jóvenes ya que, como hemos visto en este informe, el no acceso a empleo, la precariedad y la parcialidad** son tres de los principales problemas estructurales de la juventud que reside en España y ambos mantienen relación con la salud mental de ese sector de la población. Pese a los avances en materia de empleo con la nueva reforma laboral, queda mucho por hacer en materia de mejorar la situación de las personas trabajadoras, especialmente de las personas jóvenes.

   Como han enunciado las personas jóvenes en el informe, las dificultades de incorporación al mercado laboral son una variable que afecta a su salud mental. Por eso, es importante que se destinen más fondos propios estatales para el impulso del empleo joven, mediante la consolidación y complementariedad de los fondos europeos ya destinados; que se reformen las políticas activas de empleo para que sean más efectivas en la incorporación al mercado laboral de las personas jóvenes, y se faciliten otras opciones a las personas jóvenes como es el trabajo por cuenta propia.

   La sobrecualificación es otra variable que genera estrés, frustración y malestar emocional en muchas personas jóvenes, ya que les impide acceder al mercado de trabajo o acceder ocupando empleos acordes a su cualificación. Por eso es necesario implementar medidas para atender esta barrera que enfrentan muchas personas jóvenes al integrarse al mercado laboral. Incorporando más herramientas durante el ciclo educativo y formativo que tengan en cuenta las demandas del mercado laboral. A la par que es necesario seguir la senda de mejora del tejido productivo español creando empleos de mayor valor añadido (empleos verdes, digitales, entre otros).

   Si atendemos a la realidad de precariedad y parcialidad que enfrentan las personas jóvenes, es necesaria la aprobación del Estatuto del Becario, reactivar el empleo juvenil manteniendo y reforzando los mecanismos existentes a través del Sistema de Garantía Juvenil (GJ+) y eliminar las prácticas extracurriculares para personas jóvenes con titulación y sin experiencia. Para que los contratos de formación sean adecuados y dignifiquen el trabajo de las personas jóvenes, es de vital importancia que se desarrollen los contratos de formación previstos en el artículo 11 de la ley del Estatuto de los Trabajadores, actualizados por el Real Decreto Legislativo 2/2015. Y de igual manera, es urgente que se luche decididamente contra el uso en fraude de ley de los contratos laborales de todas las personas, incluidas las personas menores de 35 años.

   Por último, destacando que son, en gran medida, las personas jóvenes migradas las que mayor situación de precariedad, parcialidad y no empleabilidad enfrentan, consideramos urgente que se regularice la situación de las más de 500.000 personas extranjeras que viven en nuestro país en situación administrativa irregular, entre ellas muchas personas jóvenes; y que se acometan las reformas necesarias en la Ley de Extranjería; asegurando además un proceso de homologación y convalidación de títulos extranjeros más ágil y sencillo.

2. Es urgente que se ponga fin a los obstáculos que encuentran las personas jóvenes a la hora de encontrar una **vivienda digna y asequible** que les permita crear un hogar de manera independiente, y evitar llegar a edades avanzadas sin lograr autonomía, lo que conlleva a una frustración generalizada entre la juventud.

   Es necesario implementar una política pública de vivienda inclusiva y con un enfoque de derechos, donde se garanticen mecanismos para generar vivienda asequible y en condiciones dignas (incentivos fiscales y medidas de apoyo) protegiendo a la población joven ante la vulnerabilidad residencial, en todas las CCAA.

   Son urgentes medidas como aumentar el parque público de vivienda en alquiler, donde un 30% de dichas construcciones se destine a las personas jóvenes (prestando especial atención a situaciones de vulnerabilidad) o dar continuidad al Bono Joven de Alquiler para que se convierta en una medida a largo plazo ampliando la financiación para llegar a toda la población joven (en la actualidad solo se han beneficiado 70.000 de las personas jóvenes).

3. Es necesario que las personas jóvenes cuenten con un sistema de **protección social** que les garantice unos ingresos suficientes para no caer en situaciones de riesgo de vulnerabilidad, de carencia material severa o de pobreza, situaciones que como hemos analizado en este informe, pueden conllevarles problemas de salud mental.

   Con mirada de largo plazo, es preciso ir más allá de un modelo meramente contributivo, diseñando un sistema más sencillo, ágil, preventivo y de carácter universal, que alcance a toda la población vulnerable o en riesgo de vulnerabilidad, sin importar su trayectoria laboral, género, edad, procedencia o situación administrativa, y que, por lo tanto, también ponga en el centro a las personas jóvenes.

   En el corto plazo, es urgente mejorar sustancialmente el diseño, la cobertura y la eficiencia del ingreso mínimo vital (IMV), evitando la trampa de la pobreza, asegurando que se incluyen a todas las personas de entre 18 y 23 años como potenciales titulares de la prestación, eliminando una restricción por edad arbitraria y discriminatoria (art.5.2); garantizando que todas las personas menores de 30 años pueden acceder al IMV como titulares de la prestación con los mismos requisitos de acceso que se exigen al resto de la población adulta, eliminando los requisitos excepcionales que actualmente discriminan a las personas jóvenes para acceder a la prestación. Y ampliando la cobertura del IMV a personas migrantes en situación administrativa irregular, con especial énfasis en aquellas familias migrantes con hijos/as a cargo, haciéndoles beneficiarios/as a su vez del complemento a la infancia.

   La cuantía del complemento a la infancia del IMV debe ser ampliada y homogeneizada en todos los tramos de edad que se contemplan, dado que el coste de la crianza es similar en todas las edades.

4. Las personas jóvenes requieren de un **sistema público de salud que atienda adecuadamente sus necesidades de salud mental.** Es necesario 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 más.

   También es urgente incrementar el número de profesionales especializados en psiquiatría, trabajo social y psicopedagogía para mejorar la calidad del servicio, y 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.

   Mejorar la coordinación entre los diferentes servicios y ámbitos que cuidan de la salud mental de las personas jóvenes y la coordinación entre territorios, generando además bases de datos conjuntas con información como tiempos de espera, número de profesionales, tipo de servicios, entre otros.

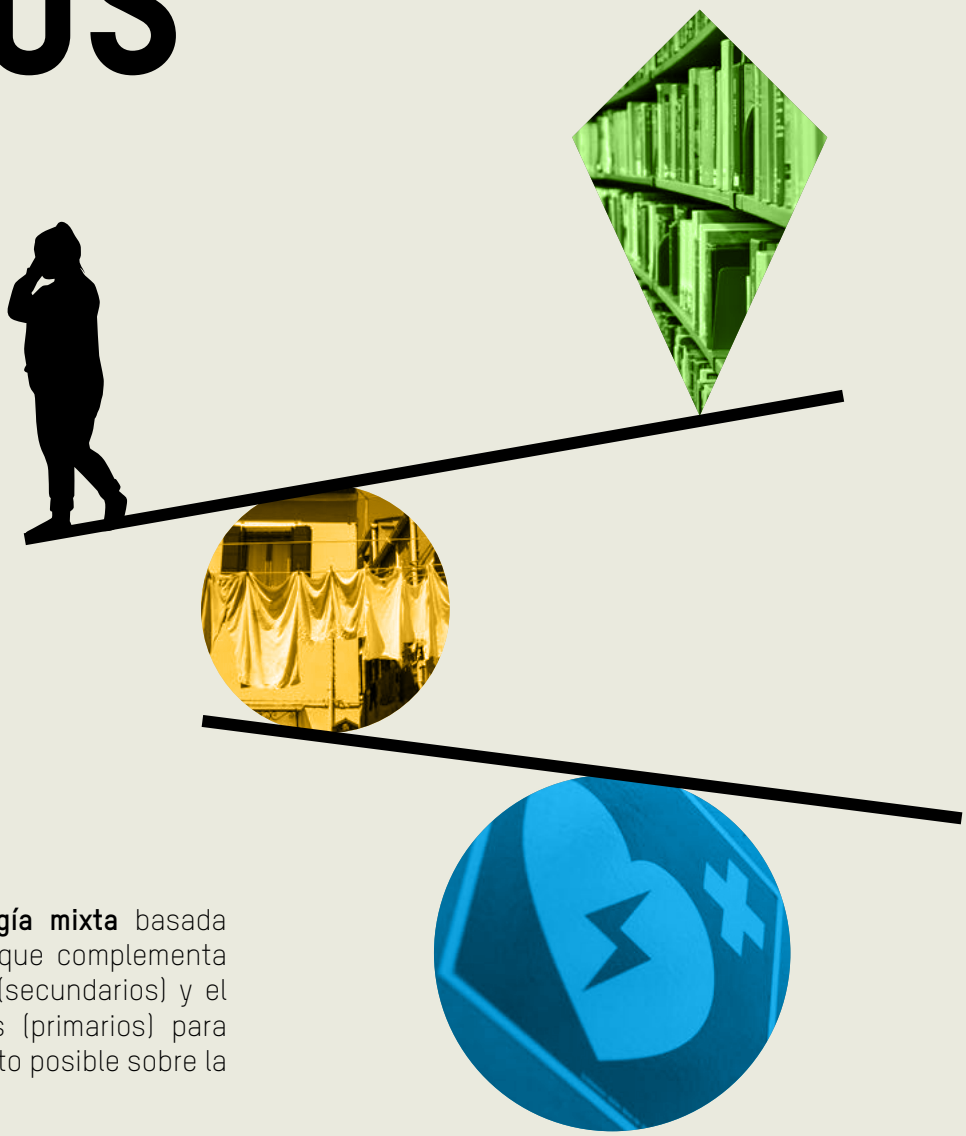
   Por último, es importante fomentar un mayor conocimiento de los recursos disponibles en la población joven (instituciones, servicios, profesionales).

5. Las personas jóvenes requieren de más herramientas enfocadas en **la educación, la formación y la prevención** frente a posibles problemas de salud mental. 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); 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. Y contar con 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 y/o diversidad funcional, enfermedades mentales o trastornos que dificulten el aprendizaje, son algunas de las medidas y recursos necesarios y urgentes, entre otras.

Teniendo en cuenta todas las propuestas anteriores, proponemos además que se apruebe un Pacto de Estado por la Salud Mental que recoja todas estas medidas, entre otras, y que se inviertan los recursos necesarios (económicos y humanos) para garantizar que el derecho a la salud mental de las personas jóvenes esté garantizado.

07

GLOSARIO, NOTA METO-DOLÓGICA Y ANEXOS



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.

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.
- 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 del Centro Reina Sofía 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 Sanitario*[65], 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)*[66], con datos de 2021, y de la *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES)*[67], con datos actualizados hasta 2022.

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.

VARIABLES DE ANÁLISIS

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) del Centro Reina Sofía 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)[68], 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"[69].

- 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.

- 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

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. Miembro de la 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 DE 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	Valores muy bajos
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

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)[70].

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)[71].

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)[72].

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.

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)[73]. 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-V[74] o CIE-11[75]).

ESTRÉS
Según la OMS, entendemos por estrés el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción y que, si se mantiene en el tiempo, puede generar un estado de agotamiento, con posibles alteraciones funcionales y orgánicas.

IDEACIÓN SUICIDA

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. 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.

SUICIDIO

Hace referencia al acto deliberado de quitarse la vida de manera intencional (OMS)

CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida se refiere a las acciones que una persona lleva a cabo con la intención de terminar con su vida. Esto incluye cualquier acto deliberado que ponga en riesgo la vida de la persona, con el propósito de suicidarse.

MALESTAR PSICOLÓGICO

Es un estado de sufrimiento emocional y/o cognitivo, variable en intensidad y duración. Este estado puede incluir síntomas como por ejemplo: ansiedad, depresión, estrés, irritabilidad, y desesperanza.

ANSIEDAD

es una respuesta emocional normal ante situaciones de peligro, amenaza o estrés, pero cuando los síntomas de ansiedad son intensos, persistentes o interfieren significativamente con el funcionamiento diario de una persona, puede ser indicativo de un trastorno de ansiedad.

ATAQUE DE ANSIEDAD O ATAQUE DE PÁNICO

Es un episodio abrupto de miedo intenso o malestar intenso que alcanza un pico en minutos, y durante el cual ocurren cuatro (o más) de los siguientes síntomas (DSM V):

1. Palpitaciones, latidos cardíacos fuertes, taquicardia
2. Sudoración
3. Temblores
4. Disnea, sensaciones de sofocación
5. Sensaciones de ahogo/asfixia
6. Dolor o molestia precordial
7. Náuseas, molestias abdominales
8. Mareos, inestabilidad, sensación de desmayo
9. Escalofríos o sensaciones de calor
10. Parestesias (entumecimiento u hormigueo)
11. Desrealización o despersonalización
12. Miedo de perder el control o de enloquecer
13. Miedo a morir

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[76], 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.

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»[77].

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.

NOTAS

1 Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO). Social isolation and loneliness. Consultado en mayo de 2024. https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness Social isolation and loneliness.

2 OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022. State of health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris

3 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). 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-V o CIE-11).

4 Ministerio de Sanidad. Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Consultado en marzo de 2023. https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdcap/problemas-de-salud

5 Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Consultado en mayo de 2024. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

6 Así se destaca en el informe "Vivir la desigualdad" de Oxfam Intermón, que señala que una de cada cinco personas jóvenes valora su salud mental como mala o muy mala, el doble de la media de la población.

7 Ministerio de Sanidad. Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Consultado en marzo de 2024. https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdcap/problemas-de-salud

8 Aunque a lo largo del informe se utiliza el rango de edad joven el grupo de jóvenes de entre 16 a 29 años, la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del Ministerio de Sanidad desagrega los datos en el rango de edad 15 a 34 años, no coincidiendo con el usado en el presente estudio. Sin embargo, consideramos que no hay grandes diferencias dado el gran solapamiento de edades entre un rango y otro.

9 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, por lo que su tasa de datos clínicos está sobredimensionada por ese tipo de enfermedades neurodegenerativas.

10 Ridley, M. et al. (2020) Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. Revista Science.

11 Fundació Pere Tarrés (2020) Infància i Salut a Catalunya i Espanya

12 Ministerio de Trabajo (2023) Precariedad laboral y salud mental: conocimientos y políticas

13 Real Decreto 397/1988, de 22 de abril, por el que se regula la inscripción registral de Asociaciones juveniles

14 Real Decreto 999/2018, de 3 de agosto, por el que se regula la composición y funcionamiento del Consejo de la Juventud de España

15 Ley 3/2012, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral.

16 CC.OO. (2021) La precariedad laboral en España desde una doble perspectiva.

17 Ministerio de Trabajo (2023) Precariedad laboral y salud mental: conocimientos y políticas.

18 Encuesta de Población Activa. 2008-2023. Instituto Nacional de Estadística. En adelante los datos sobre situación laboral utilizados utilizan esta misma fuente.

19 Iseak (2022) The long-lasting scar of bad jobs in the Spanish labour market

20 Fedea (2021) Lost in Recession: Youth employment and earnings in Spain

21 Real Decreto-ley 32/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reforma laboral, la garantía de la estabilidad en el empleo y la transformación del mercado de trabajo.

22 Datos de tipo de contrato de los cotizantes a la Seguridad Social. Consultado en abril de 2024.

23 Encuesta de Población Activa. Primer trimestre de 2024. Instituto Nacional de Estadística

24 Se entiende por parcialidad involuntaria o no deseada cuando se señala que el principal motivo para estar trabajando a jornada parcial es no estar encontrando un trabajo a tiempo completo.

25 Encuesta de Población Activa. Primer trimestre de 2024. Instituto Nacional de Estadística.

26 Encuesta de Población Activa. Primer trimestre de 2024. Instituto Nacional de Estadística.

27 Encuesta de Población Activa. Primer trimestre de 2024. Instituto Nacional de Estadística.

28 Encuesta de Población Activa. Primer semestre de 2024. Instituto Nacional de Estadística.

29 En adelante consideraremos sobrecualificación solo a aquellas personas con estudios superiores (universitarios, de formación profesional o enseñanzas artísticas) que están empleados en trabajos que requieren una formación inferior a la superior. No consideramos en el estudio como jóvenes sobrecualificadas a las personas con estudios secundarios que ocupen empleos elementales.

30 Capó, J. et al. (2008) Turismo y crecimiento a largo plazo: una perspectiva española

31 Ivan Kozic (2019) Can tourism development induce deterioration of human capital

32 Encuesta de Población Activa. Primer trimestre de 2.024. Instituto Nacional de Estadística.

33 Encuesta de Condiciones de Vida 2023. INE.

34 Atanasio, O. et al. (2021) Early Childhood Development, Human Capital and Poverty. National Bureau of Economic Research

35 Véase la descripción del indicador según el Instituto Nacional de Estadística en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925456180&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888

36 Se considera carencia material severa cuando el encuestado manifiesta no poder afrontar al menos cuatro de los componentes de carencia material. Encuesta de Condiciones de Vida 2023. INE.

37 Según el Banco de España se entiende por sobreendeudamiento destinar al pago de la vivienda y los suministros básicos más del 35% del salario.

38 Según el Observatorio de Emancipación del Consejo de la Juventud de España la entrada media de una hipoteca equivale al ahorro íntegro de más de cuatro salarios anuales brutos

39 Edad media de emancipación en Europa. Consultado el 10 de abril de 2024Eurostat.

40 En este informe se considera juventud a aquellas personas comprendidas entre los 16 y 29 años lo que sitúa la media de edad de emancipación en España más allá de la etapa juvenil.

41 Se pueden encontrar los datos del SIAP en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/actDesarrollada.htm.

42 Fundación ANAR (2022) #LoQueNoSeVe, la campaña de ANAR contra el suicidio. Madrid

43 Fundación Española para la prevención del Suicidio (2021) Observatorio del suicidio en España.

44 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.

45 Fundación ANAR (2021) Conducta suicida y salud mental, en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022), según su propio testimonio. Madrid

46 Valverde Fonseca, P. G. (2022) Prevenir el Suicidio; Una guía para ayudarte a ayudar.

47 Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña (2023.) La situación de la Salud Mental en España

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

49 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.

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

51 Organización Mundial de la Salud / World Health Organization: Regional Office for Europe. (2018) Situation of child and adolescent health in Europe.

52 Pascual, M. (2021). Listas de espera para salud mental: la odisea de conseguir cita en cada comunidad. Newtral

53 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. (2021) 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

54 Impacto en la asistencia en salud mental tras la colaboración entre atención primaria y salud mental. Medicina de Familia SEMERGEN, 47(6), 385–393. Galvez-Llompart, A. M.; Valor Gisbert, M.; Perez-Almarcha; M., Ballester-Gracia, I.; Canete-Nicolas, C.; Reig-Cebria, M. J. y Hernandez-Viadel, M. 2021.

55 Psicología Clínica infanto-juvenil en el Sistema Nacional de Salud: datos, insuficiencias y horizontes para mejorar. Clínica Contemporánea, 13(2), e12. 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.

56 Ibidem.

57 Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022. Ministerio de Sanidad. 2023.

58 Consejo General de Psicología. https://www.cop.es/Tenemosquehablardeesto/

59 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. 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.

60 'Atención Psicológica en el Sistema Nacional de Salud en el 2020. Defensor del Pueblo. 2021

61 Pagar o esperar: cómo Europa -y España- tratan la ansiedad y la depresión. Bernardo, A. y Álvarez del Vay, M. C https://civio.es/medicamentalia/2021/03/09/acceso-a-la-salud-mental-en-europa-espana/

62 El salario mediano se corresponde al valor que se encuentra justo en la mitad de la distribución salarial, de forma que el 50% de los salarios son más bajos al de referencia y el 50% son más altos.

63 2.062,49€ netos anuales, según el Observatorio de Emancipación del primer semestre de 2023 elaborado por el Consejo de la Juventud de España

64 Confederación de Salud Mental de España (2023) La situación de salud mental en España

65 CIS (2023). Barómetro Sanitario 2023: Oleada 1 y 2. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas

66 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.

67 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

68 Más información sobre la tasa AROPE: https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/metadatos.htm?idSub=183

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

70 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, Nº 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

71 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

72 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

73 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.

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

75 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

76 https://www.ine.es/uc/DJWZHxYJi1

77 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/

© Oxfam Intermón y Consejo de la Juventud de España, mayo de 2024

Este documento ha sido elaborado por Raquel Checa y Alejandro García-Gil con la participación de Julia García, Sofía Marroquín, Sandra Martín, Beatriz Novales, Zinnia Quirós, Franc Cortada, Antonio Martínez, Paula del Pino, Juan Antonio Báez y Pablo Morente.

El contenido de este informe ha sido elaborado tomando en consideración la investigación financiada por Oxfam Intermón y el Consejo de la Juventud de España realizada por el equipo del Centro Reina Sofía de Fad Juventud (Anna Sanmartín Ortí, Stribor Kuric Kardelis y Alejandro Gómez Miguel) "Salud mental y desigualdad de jóvenes en España", con las aportaciones 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.

Mención especial a todas las personas que han contribuido con sus testimonios en las entrevistas y grupos focales.

Diseño y maquetación: Elvira Rojas.

Para más información sobre los temas tratados en este documento, por favor, póngase en contacto con msambade@oxfamintermon.org o con info@cje.org

Esta publicación está sujeta a copyright, pero el texto puede ser utilizado libremente para la incidencia política y campañas, así como en el ámbito de la educación y el de la investigación, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa. El titular del copyright solicita que cualquier uso de su obra le sea comunicado, con objeto de evaluar su impacto. La reproducción del texto en otras circunstancias o su uso en otras publicaciones, así como en traducciones o adaptaciones, podrá hacerse después de haber obtenido permiso y puede requerir el pago de una tasa. Para cualquiera de estos asuntos, por favor, póngase en contacto con msambade@oxfamintermon.org o con info@cje.org

OXFAM

Oxfam es una confederación internacional compuesta por 21 afiliadas que trabajan con organizaciones socias y aliadas para apoyar a millones de personas en todo el mundo. Juntas, abordamos las desigualdades para poner fin a la pobreza y las injusticias, en el presente y a largo plazo, con el objetivo de construir un futuro basado en la igualdad. Para más información, póngase en contacto con cualquiera de las organizaciones o visite la página **www.oxfam.org**

Oxfam Alemania (www.oxfam.de)
Oxfam Aotearoa (www.oxfam.org.nz)
Oxfam América (www.oxfamamerica.org)
Oxfam Australia (www.oxfam.org.au)
Oxfam Brasil (www.oxfam.org.br)
Oxfam Canadá (www.oxfam.ca)
Oxfam Colombia (lac.oxfam.org/countries/colombia)
Oxfam en Bélgica (www.oxfamsol.be)
Oxfam Francia (www.oxfamfrance.org)
Oxfam Francia (www.oxfamfrance.org)
Oxfam Gran Bretaña (www.oxfam.org.uk)
Oxfam Hong Kong (www.oxfam.org.hk)
Oxfam IBIS (Dinamarca) (https://oxfamibis.dk)
Oxfam India (www.oxfamindia.org)
Oxfam Intermón (www.oxfamintermon.org)
Oxfam Irlanda (www.oxfamireland.org)
Oxfam Italia (www.oxfamitalia.org)
Oxfam México (www.oxfammexico.org)
Oxfam Novib (Países Bajos) (www.oxfamnovib.nl)
Oxfam Quebec (www.oxfam.qc.ca)
Oxfam Sudáfrica (www.oxfam.org.za) KEDV (www.kedv.org.tr)

Consejo de la Juventud de España (CJE):

El Consejo de la Juventud de España (CJE) es una plataforma de más de 60 entidades juveniles, creada por ley en 1983 y formada por los Consejos de Juventud de las Comunidades Autónomas y organizaciones juveniles de ámbito estatal. Propiciamos la participación de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural de nuestro Estado en un entorno global, tal como recoge el artículo 48 de la Constitución Española.

CJE Consejo de la Juventud de España

OXFAM Intermón