UNICEF España

unicef
para cada infancia

LA SALUD MENTAL SÍ ES COSA DE ADOLESCENTES

Hablemos de bienestar y estigma



Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia **2024-2026**

Edita:
UNICEF España
C/Mauricio Legendre, 36.
28046 Madrid

Autores:
Pilar Ramos Valverde
Francisco José Rivera de los Santos
Sara Luna Rivas
Vanesa Salado Navarro
Sheila Velo Ramírez
Hilario Moya López
Ana María Villafuerte Díaz

Coordinación:
Sílvia Casanovas

Contribuciones:
Sandra Astete, Lara Contreras
Dirección de Influencia, Programas y Alianzas
UNICEF España

Comité asesor del equipo de investigación:
Benedicto Crespo Facorro (Universidad de Sevilla)
Daniel Jesús López Vega (Asociación Papageno)
Esther Calvete Zumalde (Universidad de Deusto)
Jaume Funes Artiaga (Universitat Ramón Llull)
Lourdes Espinosa Fernández (Universidad de Jaén)
María Villa Carpio Fernández (Universidad de Jaén)
Rocío Casañas Sánchez (Universitat de Girona)
Susana Al-Halabí Díaz (Universidad de Oviedo)
Teresa Clara González (Universidad de Valladolid)

Diseño gráfico:
Rex Media SL

ISBN: 978-84-09-81108-3

Octubre, 2026

Cómo citar este documento:
Ramos, P., Rivera, F., Luna, S., Salado, V., Velo-Ramírez, S., Moya-López, H. y Villafuerte-Díaz, A. (2026). *La salud mental sí es cosa de adolescentes: hablemos de bienestar y estigma. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2024-2026.* UNICEF España.

Agradecimientos:
Se agradece especialmente la inestimable colaboración al grupo asesor de infancia y adolescencia de UNICEF España, Paivoz; GAUЯ, grupo de participación de UNICEF Comité País Vasco; Consejo de Infancia y Adolescencia de la Comunitat Valenciana y grupo de participación del municipio de La Rinconada (Andalucía), así como todas las familias participantes y por la contribución de todas las personas expertas que han compartido sus conocimientos y cuya participación ha sido clave para la elaboración de este informe.

unicef
para cada infancia

Con la financiación de:
GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030
POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

CONTENIDO

1. Cómo entender la salud mental adolescente 5
1.1. Por qué hablar de salud mental adolescente ahora 5
1.2. Bienestar, malestar y trastorno: tres palabras que no significan lo mismo 6
1.3. Ni invisibilizar ni patologizar: una respuesta proporcionada 8

2. Evolución del bienestar en la adolescencia entre 2006 y 2022 10
2.1. Qué mide el KIDSCREEN-10 y cómo interpretarlo 10
2.2. Evolución del bienestar percibido a lo largo del periodo comprendido entre 2006 y 2022 10
2.3. Qué aspectos del bienestar han cambiado 12

3. El papel del estigma en la salud mental adolescente 15
3.1. Qué son las creencias estigmatizantes y cómo se miden 15
3.2. El estigma y el reconocimiento de los problemas de salud mental 17
3.3. El estigma y la percepción sobre los factores protectores de la salud mental 18
3.4. El estigma y la percepción de los factores de riesgo sobre la salud mental 20
3.5. El estigma y la búsqueda de ayuda 23

4. Recomendaciones para la acción 27



Cómo se ha elaborado este informe

Este informe combina distintas fuentes de información para aproximarse a la salud mental adolescente desde perspectivas complementarias. Por una parte, analiza datos cuantitativos procedentes de la 4ª edición del Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia de UNICEF España y del Estudio HBSC en España. Estos datos permiten describir la evolución del bienestar y analizar cómo determinadas creencias sobre la salud mental se relacionan con el reconocimiento de los problemas, la percepción de factores protectores y de riesgo y la búsqueda de ayuda.

Esta información se complementa con un estudio cualitativo realizado mediante **grupos de discusión con adolescentes, grupos de discusión con madres y padres y entrevistas semiestructuradas a profesionales con experiencia y conocimiento especializado en salud mental adolescente**. Estas voces permiten conocer cómo se interpretan y experimentan algunos de los fenómenos analizados y aportan elementos para orientar las recomendaciones. Para preservar el anonimato, las intervenciones se identifican mediante códigos: **A** corresponde a adolescentes, **F** a familiares y **E** a personas expertas entrevistadas.



1 Cómo entender la salud mental adolescente

1.1. Por qué hablar de salud mental adolescente ahora

La salud mental en la adolescencia se ha convertido en una preocupación social y política creciente, por el aumento de las dificultades emocionales y de conducta detectadas en los últimos años y por el descenso del bienestar percibido en una parte importante de las y los adolescentes. Aunque esta mayor visibilidad favorece que problemas antes silenciados puedan abordarse, también conlleva el riesgo de generar alarmismo o simplificaciones.

El Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia dedicado a la salud mental (Ramos et al., 2024) ofreció una primera fotografía de esta situación. Alrededor de 4 de cada 10 adolescentes (41,1%) declararon haber tenido o creer haber tenido un problema de salud mental en el último año; de ellos, más de 1 de cada 3 (el 36,9%) no habló con nadie de lo que le ocurría y más de la mitad (51,4%) no pidió ayuda. Estas cifras apuntan a un doble problema: el malestar que existe y las barreras que dificultan expresarlo y buscar apoyo.

El presente informe parte de esa fotografía y ajusta el foco. Frente a la franja de 12 a 18 años de la cuarta edición del Barómetro de UNICEF España, el análisis se centra aquí en el alumnado de Educación Secundaria Obligatoria[1], lo que permite además comparar la evolución del bienestar con los datos del estudio HBSC[2] de 2006 a 2022.

Entre las y los adolescentes de 12 a 16 años, casi 2 de cada 10 adolescentes (18,8%) afirman con seguridad haber tenido un problema de salud mental en el último año, de los que casi 4 de cada 10 (39,6%) no se lo contaron a nadie y más de la mitad (53,0%) no pidieron ayuda, lo que evidencia la necesidad de prestar atención tanto al malestar existente como a las barreras que dificultan su expresión y la búsqueda de apoyo.

Las entrevistas a personas expertas apuntan también a un cambio en la capacidad para reconocer y nombrar estos problemas. Algunas señalan que las y los adolescentes disponen hoy de un vocabulario sobre salud mental mucho más presente en su vida cotidiana y que experiencias que anteriormente podían permanecer normalizadas o sin identificar se reconocen ahora con mayor facilidad.

> *"Nunca ha habido tanto conocimiento. [...] Los adolescentes saben lo que es la depresión, saben lo que es la ansiedad, etiquetan muchas veces lo que están experimentando. Eso no lo hacían hace 20 años." [E03]*

1. Se trata de información obtenida de 3.813 respuestas en la pregunta específica sobre haber tenido un problema (Ramos et al., 2024). Además, aquí el 18,8% son quienes responden «sí» con seguridad, mientras que el 41,1% de la edición anterior del Barómetro se incluía también a quienes respondieron «no lo sé».

2. El Estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) es un proyecto auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el que participan más de 50 países occidentales y evalúa cada cuatro años indicadores de salud, estilos de vida y contextos de desarrollo, siendo coordinado en España por un equipo de investigación de la Universidad de Sevilla (www.hbsc.es).

La mayor presencia de la salud mental en la conversación pública tampoco es interpretada por las y los adolescentes de una única manera. En los grupos de discusión realizados para el presente estudio, algunas y algunos adolescentes participantes relacionan el momento actual con una mayor legitimidad para reconocer, nombrar y comunicar problemas que anteriormente podían permanecer ocultos. Una participante lo expresaba así:

> *"Hay muchos entornos donde se decía que, si tenías un problema que no era dolor físico, no existía. Yo creo que cuanto más mayor eres, más complicado es, porque ahora somos los jóvenes quienes escuchamos que es importante hablar de salud mental, pedir ayuda y comunicarlo. Pero antes eso ni siquiera existía. Por eso también muchos adultos, abuelos o personas mayores suelen decir que ahora se exagera todo, porque son cosas que no se han dado antes. Pero siempre han estado, solo que no se han comunicado." [A2P03]*

Esta intervención ilustra una de las interpretaciones presentes entre las y los propios adolescentes: una mayor visibilidad de los problemas de salud mental puede coexistir con la percepción de que actualmente "se exagera" aquello que antes permanecía menos expresado.

1.2. Bienestar, malestar y trastorno: tres palabras que no significan lo mismo

Buena parte de la confusión pública sobre la salud mental en la adolescencia procede de emplear como sinónimos tres términos que designan realidades distintas y que exigen respuestas distintas.

El **bienestar** es una dimensión positiva y continua: no es la ausencia de problemas, sino la valoración que una persona hace de cómo transcurre su vida, en sus aspectos físicos y psicológicos, en sus relaciones personales y sociales y en las actividades que realiza. El bienestar puede empeorar sin que aparezca ningún síntoma clasificable. Como se mostrará en el capítulo 2, los datos analizados en este informe muestran, de hecho, que el bienestar percibido se mantuvo relativamente estable entre 2006 y 2018 y descendió de forma marcada en 2022.

El **malestar** es una respuesta esperable y a menudo adaptativa ante dificultades reales de la vida diaria: la tristeza tras una pérdida, la ansiedad ante un examen, el desánimo tras un conflicto con las amistades. Es transitorio, proporcionado a lo que lo provoca y no requiere, por sí solo, intervención especializada.

El **trastorno**, sin embargo, es una categoría clínica. Su identificación exige valorar un patrón de síntomas de determinada intensidad, duración e interferencia en la vida cotidiana, tarea que corresponde a profesionales cualificados de la salud mental, como Psicología o Psiquiatría.



Esta distinción aparece también de forma recurrente en las entrevistas a personas expertas, que señalan como uno de los retos principales diferenciar las respuestas y adaptaciones esperables durante el desarrollo adolescente de aquellos problemas que, por sus características, requieren una valoración y atención especializada.

> *"Ese entorno debe también ser capaz de detectar cuándo [...] esa situación que estamos llamando como normal adaptación se convierte en algo que estaría dentro de lo que es la franja patológica." [E01]*

Esta idea de interferencia en la vida diaria aparece también de forma espontánea en los grupos de discusión realizados a adolescentes, cuando hemos preguntado dónde situar la diferencia entre una mala racha y un problema que debería preocupar:

> *"Pues yo creo que es cuando su malestar mental ya interfiere con sus actividades del día a día, cuando no puede hacer vida normal." [A2P06]*

Esta intervención muestra cómo algunos o algunas adolescentes utilizan la duración, la intensidad o, en este caso, la interferencia en la vida cotidiana para valorar que una situación puede requerir mayor atención.

Estas tres realidades se relacionan, pero no forman una escalera por la que se ascienda de manera inevitable. Un chico, una chica, puede tener un nivel bajo de bienestar sin llegar a presentar un malestar clínicamente relevante; un malestar intenso y legítimo sin llegar a padecer trastorno alguno; y también puede sufrir un trastorno que, adecuadamente tratado, le permite llevar una vida que él o ella misma puede valorar con un nivel de bienestar aceptable. Si estos tres términos se confunden, se acaba cayendo en dos errores graves: tratar cualquier malestar como si fuera una enfermedad o quitarle importancia a problemas que presentan personas que requieren de una atención especializada.

En la práctica, establecer esa frontera no siempre resulta sencillo, tampoco para las familias. Una participante del grupo de familias describía precisamente la dificultad de distinguir los cambios habituales de la adolescencia de una situación que pudiera requerir mayor atención:

> *"Claro, porque es como una actitud continua, ¿no? Por lo menos la mía, en la adolescencia, siempre está así: para arriba, para abajo. Entonces, darte cuenta de si de verdad hay un problema más serio o psicológico no sé si es sencillo." [F2P01]*

Distinguir bienestar, malestar y trastorno no consiste, por tanto, únicamente en disponer de tres definiciones diferentes. Más allá de esto, hacer esta distinción implica ser capaz de valorar la persistencia, la intensidad y las consecuencias de lo que está ocurriendo sin minimizar una situación que requiere ayuda, pero también sin convertir automáticamente cualquier dificultad propia del desarrollo en una categoría clínica.

Estas distinciones son importantes también para comprender cómo las y los adolescentes interpretan sus propias experiencias y cuándo consideran necesario buscar apoyo. Como se analizará más adelante, las creencias estigmatizantes pueden condicionar ese reconocimiento y el recorrido hacia la búsqueda de ayuda.

1.3. Ni invisibilizar ni patologizar: una respuesta proporcionada

Durante décadas, el malestar adolescente se resolvió públicamente por la vía del tabú o la invisibilización: *"cosas de la edad, ya se le pasará, no hay que darle importancia (...)"*. Esa respuesta dejó sin atención a una parte considerable de quienes sí necesitaban apoyo y contribuyó a instalar la idea de que hablar de lo que uno siente es un signo de debilidad. Sus efectos siguen siendo visibles: en los datos del del 4º Barómetro de opinión de infancia, en su edición sobre sald mental, la barrera más citada por quienes no pidieron ayuda no fue, en contra de lo que se podría pensar, la falta de recursos ni el desconocimiento de dónde acudir, sino el no querer que otras personas supieran lo que les ocurría, incluidos sus propios padres y madres.

En los grupos de discusión aparece igualmente el temor a las consecuencias de hacerlo público:

> *"Porque tiene miedo de que le critiquen, de que digan que está loco o cosas así, y se lo queda callado [...]. Viene siendo lo mismo, porque a lo mejor la reacción de tu familia es juzgarte" [A1P04]*

El problema, sin embargo, no se resuelve simplemente desplazándose al extremo contrario. La creciente disponibilidad de vocabulario clínico (en redes sociales, en los medios y en la conversación entre iguales) puede favorecer que experiencias ordinarias del desarrollo se nombren con categorías diagnósticas, que el malestar esperable se interprete como patología y que, ante cualquier dificultad, se recurra de forma automática a un servicio especializado.

Esta doble cautela aparece también en las entrevistas a personas expertas. Una de ellas señalaba que una mayor atención a la salud mental debe permitir detectar antes los problemas que requieren intervención sin convertir automáticamente en patológicas experiencias que forman parte del desarrollo:

> *"Por un lado, estamos sobrediagnosticando cosas que son normales, pero, al mismo tiempo, estamos sin detectar cosas patológicas que están presentes." [E01]*

Esta tendencia a interpretar y responder al malestar cotidiano en términos clínicos no solo puede contribuir a saturar unos recursos escasos, sino que además puede debilitar la confianza del chico o la chica en su capacidad para afrontar dificultades y restar protagonismo a los apoyos cotidianos —la familia, las amistades y el centro educativo—, que los propios adolescentes identifican como factores protectores de su bienestar. La cuestión fundamental no consiste, por tanto, en decidir entre "aguantar" o "ir al psicólogo", sino en disponer de respuestas oportunas para situaciones diferentes.

LA CUESTIÓN DE FONDO

Ni todo malestar es un trastorno, ni todo trastorno se pasa solo con el tiempo. La cuestión no es elegir entre restarle importancia o tratarlo todo como una enfermedad, sino dar a cada situación la respuesta que le corresponde: acompañamiento en el día a día —familia, amistades, centro educativo— para el malestar propio de la edad, atención temprana cuando ese malestar se prolonga o desborda a quien lo vive, y ayuda profesional accesible y sin estigma cuando hace falta.

Esta necesidad de combinar apoyo cercano y ayuda especializada, en lugar de presentarlos como alternativas excluyentes, aparece también en las conversaciones entre adolescentes. Ante la situación hipotética de que una amistad les contara que estaba atravesando un problema, dos adolescentes de los grupos de discusión planteaban respuestas complementarias:

> *"Yo, lo primero, consolaría un poco, ver cómo está la cosa [...] porque creo que lo que esa persona está buscando en ese momento es alguien que la reconforte y que la pueda escuchar." [A2P05]*

> *"Yo creo que hay que dar apoyo emocional, pero cuando hay cosas un poco graves es necesario acudir a un profesional. [...] Puedes hablar con esa persona y darle todo el apoyo que quieras, pero también es muy bueno acudir a un psicólogo para que te ayude." [A2P02]*

El diálogo recoge una distinción relevante: escuchar y acompañar forman parte de la respuesta, pero no sustituyen a la atención profesional cuando esta resulta necesaria. Del mismo modo, recurrir a un profesional no convierte en irrelevantes los apoyos cotidianos que rodean al adolescente.

Formulado así, el problema deja de ser exclusivamente sanitario y se convierte en un problema social. La escuela, la familia, el barrio y las políticas que regulan las condiciones de vida de la infancia tienen que intervenir antes, como factores protectores, y con más y mayor alcance que cualquier dispositivo asistencial.

Los capítulos siguientes aportan información que puede orientar la actuación en estos ámbitos: cómo ha evolucionado el bienestar declarado por las y los adolescentes en las últimas décadas y cómo las creencias estigmatizantes se relacionan con el reconocimiento del malestar, la percepción de aquello que protege o perjudica la salud mental y el recorrido hacia la búsqueda de ayuda.



2 Evolución del bienestar en la adolescencia entre 2006 y 2022

Cómo ha cambiado la percepción del estado de ánimo, relaciones, tiempo libre y experiencia escolar, según lo declarado por adolescentes.

INFORMACIÓN DE PARTIDA

Origen de los datos: cuestionario KIDSCREEN-10 (10 ítems) procedente del estudio HBSC *(Health Behaviour in School-aged Children)*.
Fecha de recogida: 2006, 2010, 2014, 2018 y 2022.
Indicadores: bienestar percibido físico, emocional y social.
Información autorreportada por: 14.000 adolescentes de todas las comunidades y ciudades autónomas, distribuidos de forma homogénea por edición (2006, 2010, 2014, 2018 y 2022), según género y curso académico (de 1º a 4º de la ESO).

2.1. Qué mide el KIDSCREEN-10[3] y cómo interpretarlo

Este capítulo analiza la evolución del bienestar percibido, a nivel físico, emocional y social, en una selección aleatoria de 14.000 adolescentes de 1º a 4º de la ESO —2.800 por edición—. Esta información se obtiene a partir del índice KIDSCREEN-10 incluido en el estudio internacional Health Behaviour in School-aged Children en España, en sus ediciones de 2006, 2010, 2014, 2018 y 2022 (Moreno et al., 2025).

El KIDSCREEN-10 ofrece un único índice global compuesto por diez ítems referidos a la "última semana", cada uno de ellos valorado en una escala de cinco puntos. Se presenta primero la puntuación media global y su evolución, después la distribución en tres grupos según el nivel de bienestar (bajo, medio y alto) y, finalmente, el detalle ítem por ítem, con su desglose por género y capacidad adquisitiva familiar en la edición más reciente.

2.2. Evolución del bienestar percibido a lo largo del periodo comprendido entre 2006 y 2022

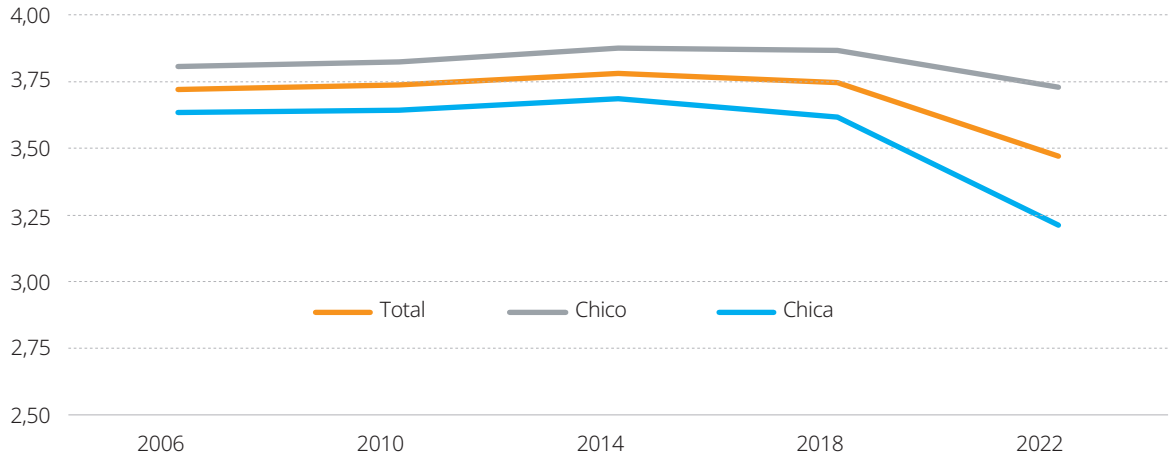
La puntuación media del KIDSCREEN-10 se mantuvo notablemente estable entre 2006 y 2018, oscilando entre 3,72 y 3,78 puntos en una escala de 1 a 5. En la edición de 2022, sin embargo, la media cae a 3,47 puntos, un descenso de poco más de un cuarto de punto que no tiene precedente en las ediciones anteriores del estudio y que coincide con el periodo posterior a la pandemia de COVID-19. La magnitud del descenso resulta especialmente llamativa si se considera que en las cuatro ediciones previas, que abarcan doce años, la diferencia entre la puntuación más alta y la más baja fue de apenas seis centésimas.

3. El KIDSCREEN-10 es un índice de bienestar, o también llamado calidad de vida relacionada con la salud. Integra experiencias de la última semana sobre energía, estado de ánimo, autonomía, relaciones y experiencia escolar (Ravens-Sieberer et al., 2010). La puntuación que se presenta en este capítulo es la media descriptiva de los diez ítems: se suman las respuestas y se divide entre el número de ítems, de modo que el resultado conserva el recorrido original de 1 a 5 puntos.

Por género, en las cinco ediciones los chicos puntúan más alto que las chicas. La diferencia, relativamente estable hasta 2018 (en torno a 0,15–0,25 puntos), se amplía en 2022 hasta más del doble: una distancia de 0,52 puntos. Conviene subrayar que el descenso global de 2022 no fue homogéneo: la puntuación de los chicos baja 0,14 puntos respecto a 2018, mientras que la de las chicas cae 0,41. Buena parte del deterioro global procede, por tanto, de ellas. Ver gráfico 2.1.

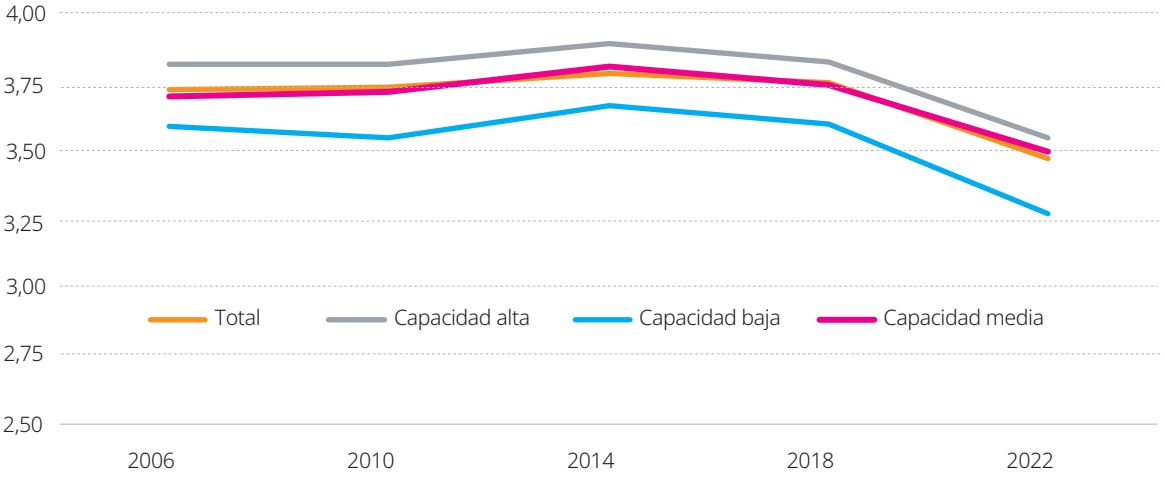
El nivel socioeconómico de la familia también se relaciona claramente con el bienestar. En 2022, el alumnado de familias con menos recursos declara un bienestar más bajo (3,26) que quienes viven en hogares de nivel medio (3,49) o alto (3,54). Además, la caída respecto a la edición anterior es especialmente visible entre el alumnado con menos recursos, lo que apunta a una relación entre situación económica familiar y bienestar percibido. Ver gráfico 2.2.

GRÁFICO 2.1.
Evolución de la puntuación media KIDSCREEN-10, por género (2006–2022)



Fuente: HBSC España 2006–2022 · índice KIDSCREEN-10 · alumnado de 1º a 4º de la ESO.

GRÁFICO 2.2.
Evolución de la puntuación media KIDSCREEN-10, por capacidad adquisitiva familiar (2006–2022)



Fuente: HBSC España 2006, 2010, 2014, 2018 y 2022 · alumnado de 1º a 4º de la ESO. Capacidad adquisitiva familiar medida con la Family Affluence Scale.

Estos resultados muestran que el descenso global del bienestar en 2022 no afecta de la misma manera a todas las y los adolescentes. Las diferencias por género y por posición económica familiar aconsejan evitar una lectura homogénea del deterioro y prestar especial atención a los grupos que declaran niveles de bienestar más bajos.

Las entrevistas a personas expertas insisten igualmente en la importancia de considerar las condiciones sociales y económicas al interpretar la salud mental adolescente. *"Yo siempre creo que los determinantes sociales en salud son clave para entender cualquier proceso de este tipo."* [E02] Los datos presentados aquí no permiten establecer qué mecanismos explican las diferencias observadas, pero sí muestran que el descenso del bienestar y sus niveles en 2022 no se distribuyen de manera homogénea según la situación económica familiar.

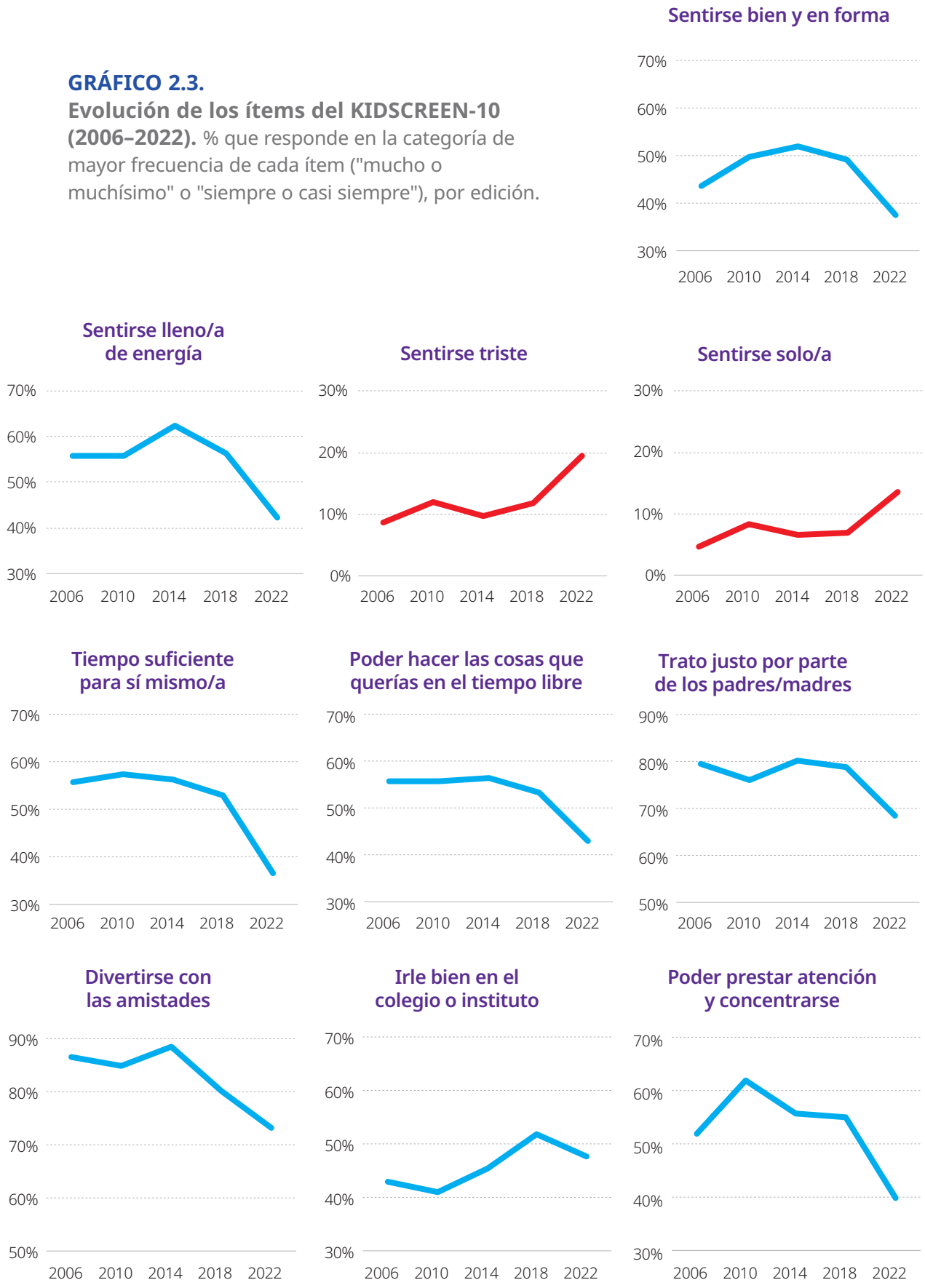
2.3. Qué aspectos del bienestar han cambiado

La puntuación global del KIDSCREEN-10 resume diez experiencias diferentes. Analizarlas por separado permite comprender mejor qué hay detrás del descenso observado en 2022.

Cada uno de los diez ítems que componen el índice global de bienestar pregunta por la frecuencia de una experiencia concreta durante la última semana. Ocho ítems están formulados en sentido positivo —a mayor frecuencia, mejor bienestar— y dos en sentido negativo —sentirse triste y sentirse solo o sola—, en los que una mayor frecuencia indica peor bienestar. Ver gráfico 2.3, en página siguiente.



GRÁFICO 2.3.
Evolución de los ítems del KIDSCREEN-10 (2006–2022). % que responde en la categoría de mayor frecuencia de cada ítem ("mucho o muchísimo" o "siempre o casi siempre"), por edición.



Fuente: HBSC España 2006, 2010, 2014, 2018 y 2022 · alumnado de 1º a 4º de la ESO. Los ítems "sentirse triste" y "sentirse solo/a" son de sentido inverso: un valor más alto indica peor bienestar.

Entre 2018 y 2022 se observa un empeoramiento en los diez indicadores analizados. Algunos cambios son especialmente pronunciados. La proporción de adolescentes que declara disponer con mucha frecuencia de tiempo suficiente para sí mismos o mismas disminuye del 52,9% al 36,7%, mientras que quienes indican poder prestar atención y concentrarse con la máxima frecuencia pasan del 55,0% al 40,1%.

Al mismo tiempo aumentan dos experiencias directamente vinculadas al estado emocional. La proporción que declara sentirse sola o solo con mayor frecuencia pasa del 7,0% en 2018 al 13,6% en 2022, y la de quienes manifiestan sentirse tristes aumenta del 11,9% al 19,5%.

En conjunto, lo que más empeora no es la percepción del bienestar en abstracto, sino la de los recursos cotidianos concretos que afectan a dicha percepción, tales como el tiempo libre y la capacidad de concentrarse. También aumentan la sensación de soledad y tristeza, que, aun partiendo de valores bajos, casi se duplican.

¿Una "generación de cristal"?

El descenso del bienestar observado en 2022 se produce en un contexto social en el que circulan discursos que describen a las generaciones más jóvenes como especialmente sensibles o emocionalmente frágiles, sintetizados con frecuencia en la expresión "generación de cristal". Los datos de bienestar presentados en este capítulo no permiten confirmar ni refutar una etiqueta de este tipo. Es decir, mostrar un peor bienestar declarado no equivale a demostrar una menor fortaleza o capacidad para afrontar las dificultades.

Cuando esta expresión se planteó explícitamente en los grupos de discusión, las respuestas adolescentes tampoco fueron unánimes. Algunos testimonios reflejaban apoyo a la idea de la mayor sensibilidad o dependencia de las generaciones actuales en comparación con las anteriores; otros, en cambio, cuestionaban que una mayor sensibilidad, la expresión del malestar o la atención prestada a la propia salud debieran interpretarse como signos de debilidad. Una de las intervenciones en el grupo de adolescentes resignificaba la expresión precisamente en esa dirección:

> *"Estoy de acuerdo con que se nos llame 'generación de cristal', pero solo si es en el sentido de que podemos ver dentro de nosotros, tener empatía y entender a la gente."* [A3P07]

La cita no niega las diferencias generacionales, sino que cuestiona su interpretación. Las características que desde fuera pueden calificarse como fragilidad pueden ser entendidas por algunos o algunas adolescentes como una mayor capacidad de introspección, empatía o reconocimiento emocional.

Desde las familias aparece también una lectura que invita a ser prudentes al comparar generaciones:

> *"Me parece un poco injusto que se les llame 'generación de cristal', porque igual a nosotros también nos hubiera venido fenomenal rompernos y, por las circunstancias que teníamos alrededor, nos hicimos una roca. [...] Yo creo que ellos también valen, también son fuertes y también se esfuerzan."* [F3P03]

Ambas intervenciones aportan un matiz importante a los datos cuantitativos, evidenciando que un descenso del bienestar declarado no debe confundirse automáticamente con una pérdida de resiliencia o fortaleza generacional. Parte de las diferencias entre generaciones puede relacionarse también con las distintas formas de reconocer, expresar y conversar sobre el malestar.

3 El papel del estigma en la salud mental adolescente

Cómo las creencias estigmatizantes se relacionan con el reconocimiento de los problemas de salud mental, la percepción de qué protege o perjudica el bienestar y la búsqueda de ayuda.

INFORMACIÓN DE PARTIDA

Origen de los datos: 4ª edición del Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia de UNICEF España · módulo especial de salud mental.
Fecha de recogida: 2024.
Indicadores: estigma hacia los problemas de salud mental, experiencia declarada, factores que los propios adolescentes identifican como protectores o de riesgo para su bienestar y búsqueda de ayuda.
Información autorreportada por: 3.472 adolescentes[4] de todas las comunidades y ciudades autónomas, distribuidos de forma homogénea por género y curso académico (de 1º a 4º de la ESO).

3.1. Qué son las creencias estigmatizantes y cómo se miden

A lo largo de este capítulo, la actitud hacia los problemas de salud mental se resume en una sola medida: el nivel de creencias estigmatizantes hacia las personas que los tienen. Las creencias estigmatizantes se refieren a ideas negativas, de desconfianza o deseo de distanciarse respecto a las personas que padecen problemas de salud mental. En este informe se analiza el estigma mediante una escala que evalúa, mediante varias preguntas, hasta qué punto las y los adolescentes mantienen ideas de rechazo o distanciamiento: por ejemplo, si evitarían establecer amistad con alguien que tiene un problema de salud mental, si piensan que quienes los tienen se comportan peor que el resto de las y los alumnos de la clase, o cómo valorarían que se abriera un centro de salud mental en la calle en la que viven. A partir de las respuestas a esas preguntas, se utiliza una clasificación en uno de tres niveles: menor estigma, estigma medio y mayor estigma.

Los grupos de discusión ayudan a concretar qué puede significar ese distanciamiento en situaciones cotidianas. Un adolescente participante de los grupos de discusión explicaba que determinadas expectativas sobre cómo será relacionarse con alguien con un problema de salud mental pueden favorecer el rechazo:

> *"Hay gente que, entre comillas, evita a esas personas porque están como tristes, siempre están mal. Entonces piensan: 'si estoy con él, voy a estar yo también triste, me voy a sentir mal. No quiero'. [...] Hay enfermedades dentro de la salud mental que sí generan un poco de rechazo."* [A2P01]

4. Se han excluido 341 del total de 3.813 adolescentes por no haber respondido a las preguntas relativas al estigma en la salud mental.

Las entrevistas a personas expertas añaden un matiz a esta idea: el estigma no siempre adopta la forma de un rechazo abierto o explícitamente hostil. También puede aparecer mediante respuestas de lástima, paternalismo o deseo de mantener cierta distancia social. Una de las personas entrevistadas, a partir de su experiencia investigadora con adolescentes, lo explicaba así:

> *"No [es] tan claro como decir: 'me das miedo', sino 'me das pena': esa visión un poco paternalista de ayuda excesiva, de lástima, de segregación. [...] En nuestras escalas de distancia social [...] enseguida te decían que [era] mejor que este alumno estuviera en una clase especial."* [E09]

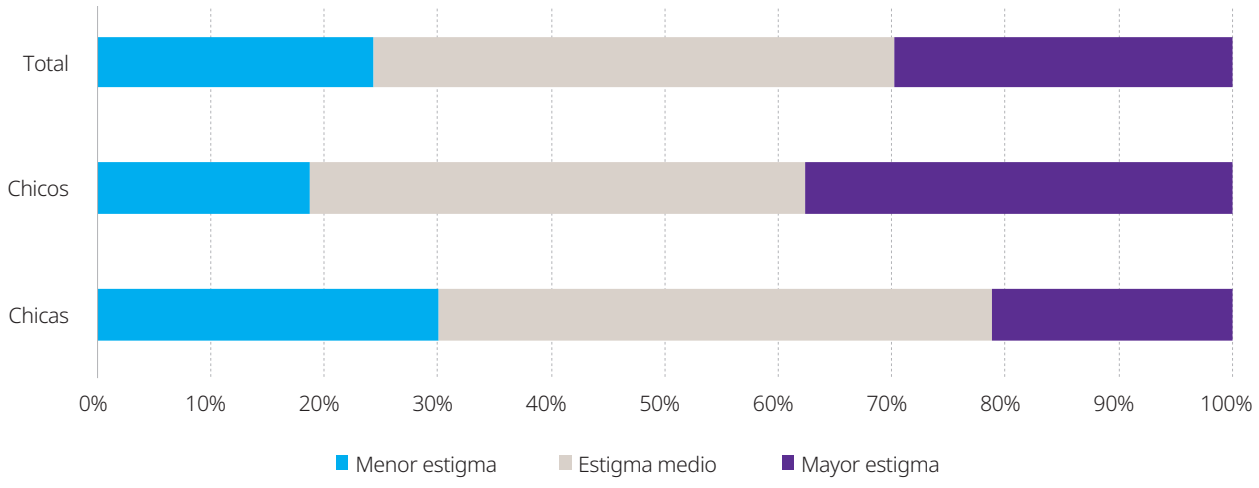
Los testimonios permiten concretar qué puede significar el estigma en situaciones cotidianas. Puede adoptar la forma de evitación o rechazo, como describe el participante adolescente, pero también expresarse mediante actitudes aparentemente más benevolentes (como la lástima o el paternalismo) que mantienen cierta distancia respecto a la persona con un problema de salud mental.

También las entrevistas y los grupos de discusión pusieron el foco en cómo las actitudes no tienen por qué ser iguales ante todos los problemas de salud mental. La medida empleada en este informe resume una disposición general hacia el estigma, pero las respuestas cualitativas sugieren que el grado y la forma del rechazo pueden depender también del problema que la persona tenga en mente.

En el conjunto de la muestra, cerca de 1 de cada 4 (el 24,3%) se sitúa en el nivel de menor estigma; casi la mitad (46,0%) en el intermedio; y cerca de 3 de cada 10 (el 29,7%) en el de mayor estigma. La diferencia por género es clara: los chicos se concentran más en el nivel de mayor estigma (37,6% frente al 21,2% de las chicas), mientras que ellas tienen más presencia en el de menor estigma (30,1% frente al 18,8% de ellos). No se observan diferencias relevantes según el nivel socioeconómico de la familia. Ver gráfico 3.1.

Definido este eje, el resto del capítulo se centra en mostrar cómo cambian las respuestas de las y los adolescentes a medida que aumenta el nivel de creencias estigmatizantes.

GRÁFICO 3.1.
Distribución de las creencias estigmatizantes, en total y por género.
% de adolescentes en cada nivel de creencias estigmatizantes



Fuente: elaboración propia a partir de la 4ª edición del Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia de UNICEF España - módulo especial de salud mental (adolescentes de 1º a 4º de la ESO).

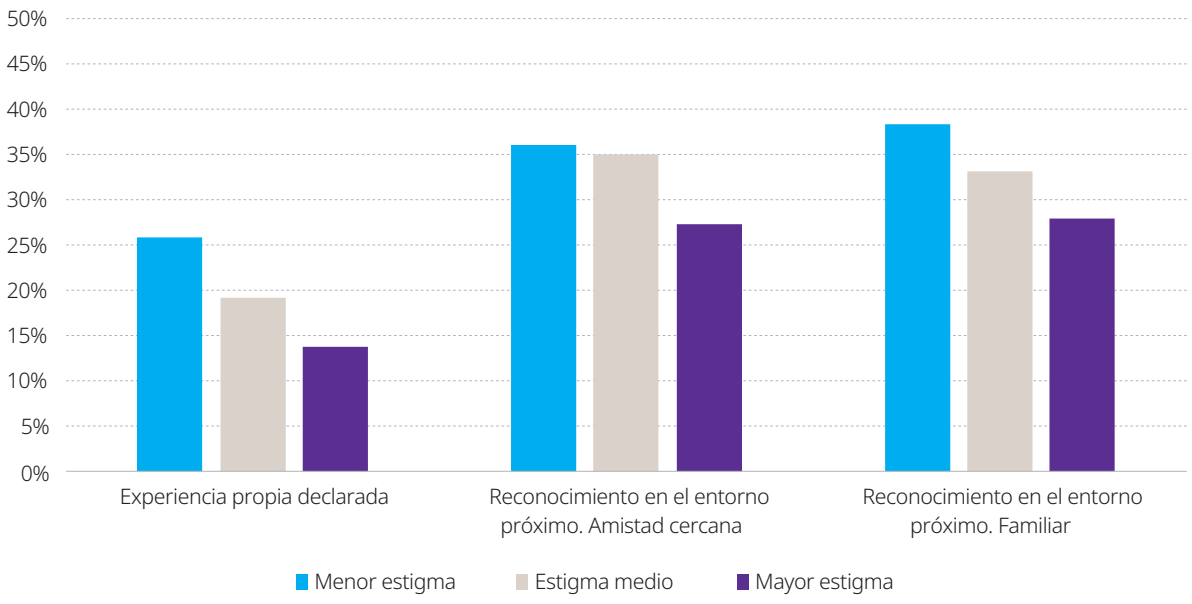
3.2. El estigma y el reconocimiento de los problemas de salud mental

La 4ª edición del Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia de UNICEF España - módulo especial de salud mental ("La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes"), ya mostró que el 41,1% de las y los adolescentes declara haber tenido o cree haber tenido un problema de salud mental en el último año (Ramos et al., 2024). En la submuestra de 1º a 4º de la ESO analizada en este informe, el 18,8% responde que sí ha tendo un problema de salud mental y un 19,7% no sabe si lo ha tenido o no. Sobre ese punto de partida, interesa ahora analizar cómo se relaciona ese reconocimiento con el nivel de estigma.

La experiencia declarada de un problema propio disminuye a medida que aumenta el estigma: del 25,8% en el grupo de menor estigma al 19,1% en el intermedio y el 13,6% en el de mayor estigma. Esta asociación admite, al menos, dos interpretaciones compatibles: vivir realmente un problema puede reducir las creencias estigmatizantes, pero un mayor estigma también puede dificultar que el malestar se reconozca o se declare. Ambas explicaciones son plausibles.

La misma relación aparece cuando se pregunta por el entorno cercano. Las y los adolescentes que poseen un menor estigma identifican con más frecuencia problemas de salud mental tanto en familiares como en amistades. En el caso de la familia, el porcentaje desciende del 38,2% en el grupo de menor estigma al 27,9% en el de mayor; entre las amistades cercanas, del 35,9% al 27,1%. La proporción de quienes responden «no lo sé» sobre la existencia de problemas de salud mental en familiares o amistades apenas varía entre los distintos niveles de estigma. Esto sugiere que la menor frecuencia de respuestas afirmativas entre quienes presentan mayor estigma no responde a una mayor incertidumbre, sino a una menor identificación o declaración de estos problemas en el entorno cercano. Ver gráfico 3.2.

GRÁFICO 3.2.
Experiencia propia y reconocimiento en el entorno según el nivel de creencias estigmatizantes. % que responde «sí» a haber tenido un problema propio o a reconocerlo en un familiar o amistad cercana



Fuente: elaboración propia a partir de la 4ª edición del Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia de UNICEF 2024 · módulo especial de salud mental (alumnado de 1º a 4º de la ESO).

Los grupos de discusión recogen precisamente las dos direcciones que resultan plausibles a partir de los datos cuantitativos. Algunos y algunas adolescentes relacionan una mayor normalización con una mayor facilidad para identificar los problemas:

> *"Yo creo que ha disminuido el estigma. Antes se les tachaba de locos incluso por tener ansiedad y demás. Y ahora hay ciertas enfermedades y patologías que se han normalizado y se han entendido más como sociedad; al menos, se acepta más que existen."* [A3P08]

> *"Ahora es más fácil que una persona detecte que tiene un problema o que alguien de su entorno puede tenerlo."* [A3P04]

Las entrevistas a personas expertas añaden otro elemento a esta relación entre normalización y reconocimiento. En concreto, señalan que una mayor disponibilidad de vocabulario sobre salud mental puede facilitar que determinadas experiencias se nombren y reconozcan. Sin embargo, conocer términos como ansiedad o depresión no implica necesariamente comprender con precisión su significado o identificar correctamente cuándo existe un problema de salud mental.

Desde las familias aparece también la interpretación inversa, es decir, que la experiencia o el contacto cercano puedan contribuir a disminuir el estigma:

> *"Yo creo que, una vez que quizá han pasado por algún tipo de problema de salud mental, para ellos es más fácil y lo ven más normalizado. Pero si no han tenido ese contacto, no."* [F3P03]

Ambas interpretaciones son compatibles con la asociación observada. Una mayor normalización y disponibilidad de vocabulario puede facilitar el reconocimiento, mientras que la experiencia personal o el contacto cercano con los problemas de salud mental también puede contribuir a modificar las creencias estigmatizantes. Los datos transversales no permiten establecer cuál de estos procesos precede al otro ni si ambos se retroalimentan.

3.3. El estigma y la percepción sobre los factores protectores de la salud mental

Como recoge la 4ª edición del Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia de UNICEF España - módulo especial de salud mental, las relaciones familiares, el apoyo de las personas cercanas, hacer actividades que hacen sentir bien y dormir adecuadamente figuran entre los factores más reconocidos como protectores de la salud mental (Ramos et al., 2024, gráficos 23 y 24). Sobre ese punto de partida, el análisis muestra que la percepción varía según el nivel de estigma de las y los adolescentes.

Las mayores diferencias aparecen en los factores relacionales y emocionales. El 70,5% del grupo de menor estigma considera que el apoyo de las personas cercanas protege «muchísimo» la salud mental, frente al 49,2% del grupo de mayor estigma. Hablar con personas conocidas sobre las preocupaciones y los sentimientos pasa del 46,0% al 28,8%, y la buena relación con padres y madres, del 70,8% al 54,9%.

También existen diferencias en otros factores, de forma que quienes tienen más estigma reconocen menos el valor de disfrutar de las aficiones, de sentirse bien en el centro educativo y de descansar. Este último punto no es una cuestión menor: el sueño es uno de los pilares del bienestar adolescente, y en este sentido es también importante señalar aquí que quienes tienen más estigma lo valoran menos positivamente.

Las entrevistas a personas expertas añaden un matiz importante a estos resultados: los contextos relacionales no actúan automáticamente como factores protectores. La familia, las amistades o el centro educativo pueden constituir fuentes de apoyo, pero su efecto depende de la calidad de las relaciones y de las respuestas que encuentre la o el adolescente en ellas. Como señalaba una de las expertas entrevistadas:

> *"Esas relaciones y esos contextos pueden actuar como factores de riesgo, pero, a la vez, como fuente de apoyo, porque una familia puede proteger y ayudar a desarrollar resiliencia frente a la victimización en el colegio, y viceversa."* [E03]

Las intervenciones cualitativas permiten precisar qué entienden las y los adolescentes por apoyo cercano. No se trata simplemente de reaccionar ante el malestar, sino de cómo se produce esa respuesta. Una participante diferenciaba entre sentir pena por una persona y ofrecer un apoyo que esta pueda experimentar realmente como ayuda:

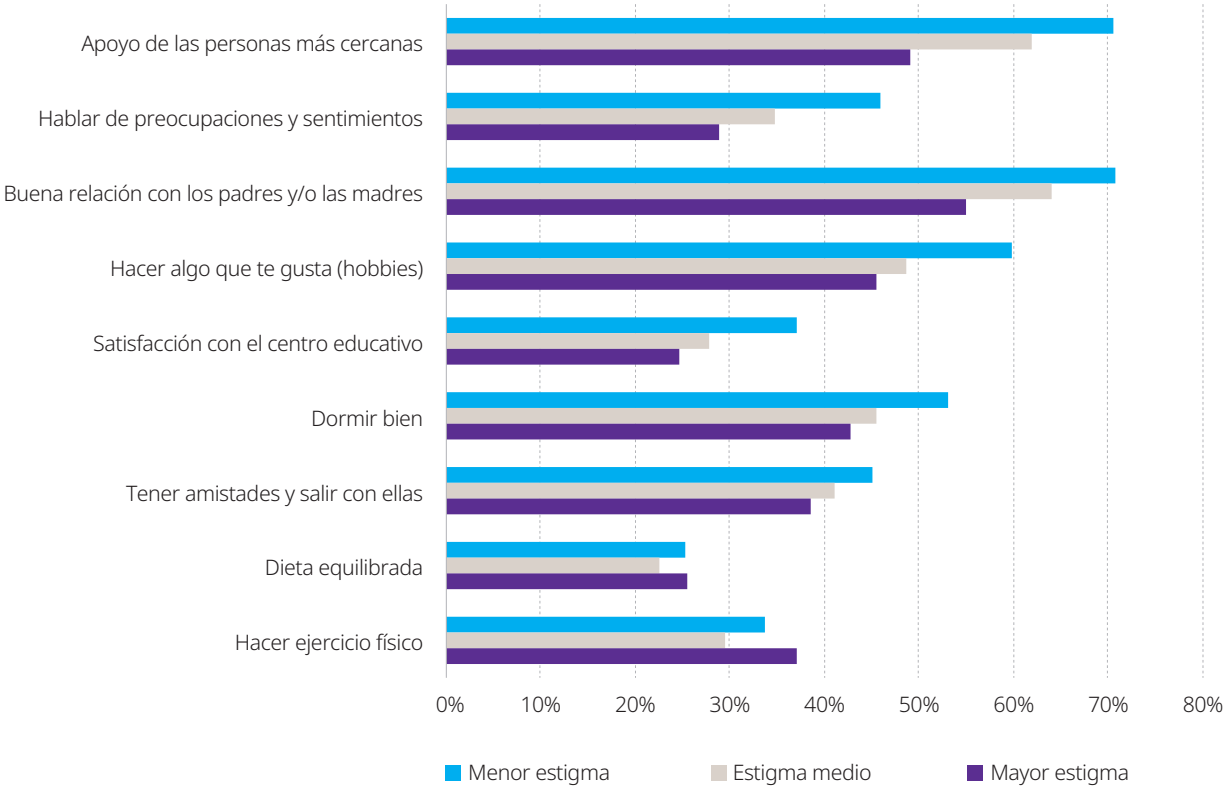
> *"No es una ayuda real, es pena, es que te cargan a su espalda, y eso no es lo que buscas. Buscas que te escuchen, que te entiendan, que estén ahí. [...] Yo creo que la pena es, sobre todo, eso. Porque, al final, a todos nos da pena, pero es la forma en la que reaccionas ante ella."* [A3P05]

Este testimonio ayuda a dotar de contenido a conceptos como «apoyo» o «comunicación», y enfatiza cómo sentirse escuchado, comprendido y acompañado no equivale simplemente a que otras personas reaccionen ante el problema.

El patrón es mucho menos claro cuando se trata de los factores protectores estrictamente físicos. La valoración del ejercicio y de la dieta equilibrada es muy similar entre los diferentes niveles de estigma. En otras palabras, las y los adolescentes con mayor estigma reconocen menos la importancia del apoyo emocional, las relaciones cercanas y la comunicación para cuidar la salud mental. En cambio, la valoración de hábitos como la actividad física o la alimentación saludable apenas varía entre los distintos niveles de estigma. Ver gráfico 3.3. en página siguiente.

El estigma no se relaciona solo con la forma de mirar a las personas con problemas de salud mental, sino también con la manera de entender qué protege el propio bienestar. La diferencia se concentra en los factores relacionales (apoyo cercano, comunicación emocional, familia, centro educativo) y desaparece en los factores físicos como el ejercicio físico y la dieta, pero no en el sueño.

GRÁFICO 3.3.
Factores protectores según el nivel de creencias estigmatizantes. % que considera que cada factor protege "muchísimo" la salud mental · ordenados por la diferencia entre estigma bajo y alto



Fuente: elaboración propia a partir de la 4ª edición del Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia de UNICEF España - módulo especial de salud mental (adolescentes de 1º a 4º de la ESO). El gráfico recoge únicamente la categoría de respuesta "muchísimo".

3.4. El estigma y la percepción de los factores de riesgo sobre la salud mental

En la anterior edición del barómetro dedicada a la salud mental se identifica el acoso y el ciberacoso, los problemas familiares, la baja autoestima y el consumo de alcohol u otras drogas entre los factores que las y los adolescentes consideran más perjudiciales para la salud mental (Ramos et al., 2024, gráficos 25 a 30).

El análisis según el nivel de estigma muestra que quienes presentan mayores creencias estigmatizantes tienden a reconocer con menor frecuencia el impacto de determinadas experiencias. Esta pauta aparece especialmente en situaciones que implican vulnerabilidad personal, social o emocional, como el acoso, la baja autoestima, los problemas familiares o la presión por la imagen corporal.

En los grupos de discusión de adolescentes, la presión por ajustarse a determinados estándares aparece vinculada a la comparación con otras personas y no se limita al aspecto físico. Un participante reúne en una misma reflexión las expectativas relativas al rendimiento, el comportamiento y la apariencia:

> *"Menos comparación. Que los estereotipos se relajen un poco más, porque en ellos entran las notas, cómo tienes que comportarte, cómo tiene que ser tu aspecto, todo. Que eso se relaje, que tú seas como quieras y que cada uno sea diferente. [...] Que los estereotipos desaparezcan, que no haya tantos complejos."* [A4P01]

Las entrevistas a personas expertas señalan igualmente el entorno digital como un contexto relevante para comprender algunas de las presiones que experimentan las y los adolescentes. Una de las personas entrevistadas destacaba su relación con la construcción de la autoestima, la identidad y la imagen corporal:

> *"Tenemos muchas problemáticas relacionadas con la construcción de la autoestima, de la identidad, de la imagen corporal."* [E06]

Esta perspectiva amplía el contexto en el que pueden producirse las preocupaciones por la imagen corporal, pero no explica por sí misma las diferencias observadas entre los niveles de estigma.

La mayor diferencia cuantitativa se observa en el acoso y el ciberacoso: el 73,3% del grupo de menor estigma considera que afectan «muchísimo» a la salud mental, frente al 53,3% del grupo de mayor estigma.

El impacto acumulativo que puede tener el acoso aparece también en los testimonios de adolescentes:

> *"Con lo que ya cargas del problema, más lo que cargas de los estudios y, si por ejemplo también le añades que sufres bullying, eso ya es un peso que no te puedes quitar de encima y te afecta cada vez más."* [A1P04]

Esto ilustra la percepción del acoso como una carga añadida a otras dificultades, pero no debe interpretarse como explicación de las diferencias entre los grupos de estigma.

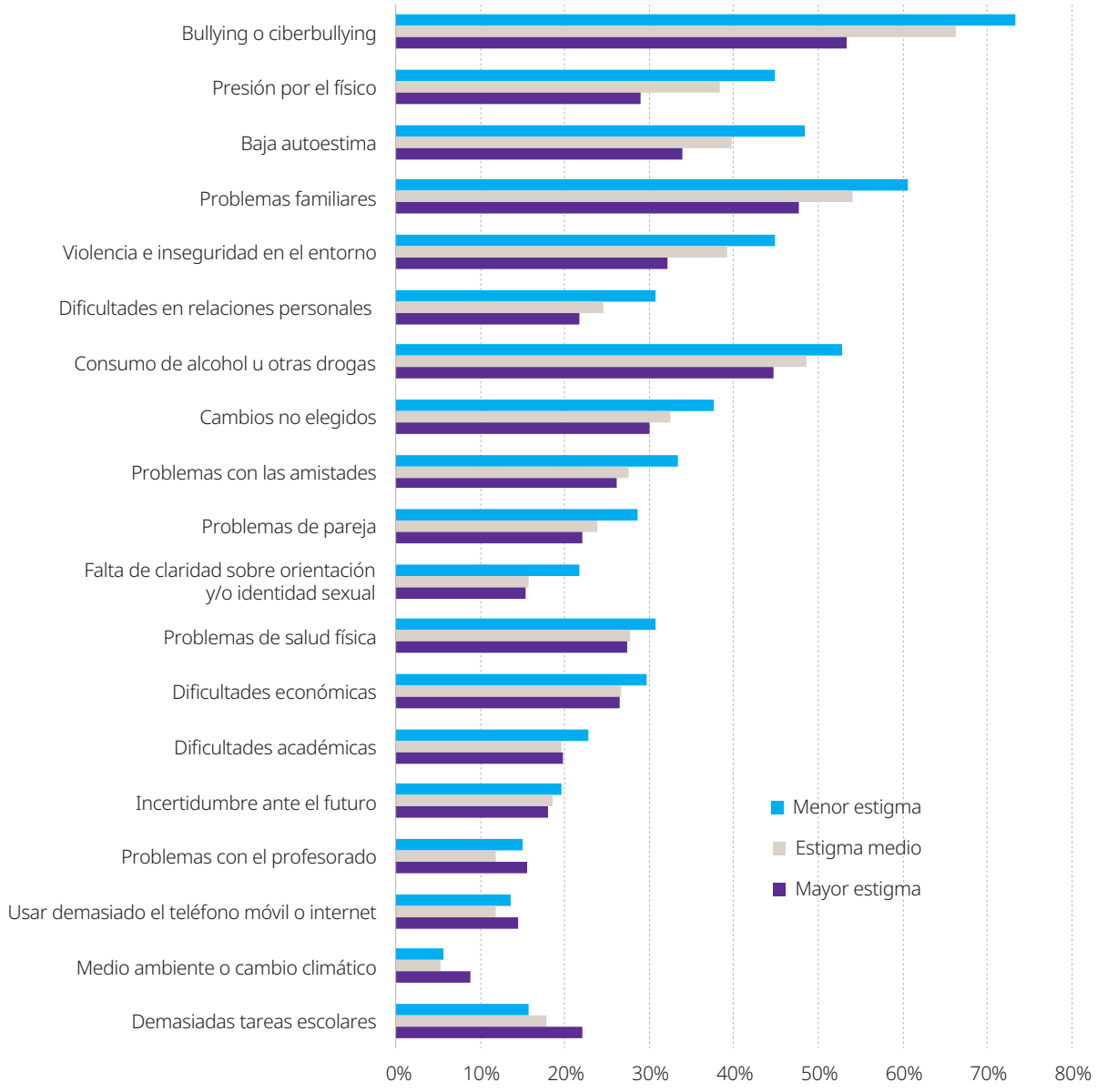
La asociación observada tampoco aparece en todos los factores de riesgo. En las tareas escolares, por ejemplo, la pauta se invierte ligeramente, mostrando que quienes presentan mayor estigma las consideran perjudiciales con algo más de frecuencia. En el uso excesivo del móvil o en los problemas medioambientales las diferencias entre grupos son pequeñas.



El estigma no parece estar asociado, por tanto, a una menor percepción del riesgo en general, sino especialmente a una menor valoración del impacto de experiencias que implican vulnerabilidad interpersonal o emocional, como el acoso, la presión por el físico, la baja autoestima, los problemas familiares o la inseguridad del entorno. Ver gráfico 3.4.

A mayor nivel de creencias estigmatizantes, menor es la valoración del impacto que pueden tener experiencias como el acoso, la presión por la imagen corporal, la baja autoestima, los problemas familiares o la inseguridad del entorno. Esta pauta no aparece en todos los factores: en el caso de las tareas escolares, por ejemplo, quienes muestran mayor estigma las consideran perjudiciales con algo más de frecuencia.

GRÁFICO 3.4.
Factores perjudiciales según el nivel de creencias estigmatizantes. % que considera que cada factor afecta "muchísimo" a la salud mental · ordenados por la diferencia entre estigma bajo y alto.



Fuente: elaboración propia a partir de la 4ª edición del Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia de UNICEF España - módulo especial de salud mental (adolescentes de 1º a 4º de la ESO). El gráfico recoge únicamente la categoría de respuesta "muchísimo".

3.5. El estigma y la búsqueda de ayuda

Como recoge la 4ª edición del Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia de UNICEF España - módulo especial de salud mental, buena parte del malestar no llega a traducirse en petición de ayuda: entre quienes habían tenido o creían haber tenido un problema, más de 1 de cada 3 (36,9%) no habló con nadie de lo que le ocurría y más de la mitad (51,4%) no pidió ayuda. El informe publicado describe además las fuentes utilizadas y las barreras —la privacidad, la espera, la falta de confianza o no saber a quién acudir— (Ramos et al., 2024, gráficos 5 a 7).

Sobre esa fotografía, este informe ajusta el foco al alumnado de ESO. En las y los adolescentes de 12 a 16 años, el 47% de quienes reconocen con seguridad haber tenido un problema afirma haber pedido ayuda (es decir, algo más de la mitad no lo hizo).

La petición efectiva de ayuda es más alta en el grupo de menor estigma (57%) que en el intermedio (40,7%) o el de mayor estigma (45,4%). El grupo de menor estigma se sitúa claramente por encima; entre los otros dos, la diferencia es pequeña y no permite ordenarlos con seguridad. La señal clara, por tanto, es que un menor estigma se asocia a una mayor petición de ayuda.

Las entrevistas a personas expertas sugieren que entre reconocer un problema y llegar a pedir ayuda puede existir además una dificultad práctica: saber a quién dirigirse y cómo iniciar ese recorrido [E03]. A ello se añade, en algunos casos, la preocupación por la privacidad dentro del propio centro educativo y por las consecuencias de hacer visible el problema. Una de las personas entrevistadas lo explicaba así:

> *"Ellos ven que no hay privacidad en el centro: en el centro todo se sabe, todo se conoce, se van a enterar de que tengo este problema y, en muchas ocasiones, no piden la ayuda que a lo mejor podían pedir."* [E05]

Esta reflexión permite ampliar la interpretación de las barreras a la búsqueda de ayuda: no todas dependen del rechazo o del miedo al estigma. Incluso cuando el adolescente reconoce que necesita apoyo, puede encontrar dificultades para identificar a quién acudir, cómo hacerlo o qué ocurrirá después.

Los grupos de discusión permiten comprender algunas de las barreras que las y los propios adolescentes imaginan o reconocen alrededor del hecho de comunicar un problema. Entre sus testimonios aparece de forma recurrente el miedo a que la revelación cambie la forma en que otras personas les perciben:

> *"Miedo a ser juzgado, a ser diferente al resto, a que tus amigos te dejen de lado, a que ya no quieran salir contigo, a que seas como el bicho raro."* [A4P01]

También llama la atención la distancia entre lo que las y los adolescentes dicen que harían y lo que hacen. La intención hipotética de pedir ayuda entre quienes no declaran haber tenido un problema es muy parecida en los tres niveles de estigma —en torno al 80%—. Entre quienes sí declaran haber tenido un problema, en cambio, la petición efectiva de ayuda es claramente menor. El grupo de menor estigma presenta la frecuencia más alta (57%), frente al 40,7% del grupo de estigma medio y el 45,4% del de mayor estigma.

De esta forma, la distancia entre la intención hipotética y la petición declarada es menor en el grupo de menor estigma (25,1 puntos) que en los grupos de estigma medio (42,3 puntos) y alto (33,9 puntos). Estas diferencias deben interpretarse con cautela, ya que comparan la conducta declarada y la intención hipotética de grupos distintos de adolescentes. Además, no se observa un gradiente lineal entre los niveles medio y alto de estigma, por lo que los datos disponibles no permiten atribuir una explicación a esa diferencia.

Sin embargo, las diferencias no se limitan a la probabilidad de pedir ayuda, también aparecen en el tipo de recurso al que se accede. El uso de las amistades se mantiene elevado en todos los niveles de estigma y varía poco (74,6%, 75,7% y 67,3%).

Una adolescente expresaba de forma muy clara una posible ventaja percibida de recurrir a alguien de la misma edad:

> *"Yo creo que me podría sentir juzgada si se lo cuento a un adulto antes que a una persona de mi misma edad."* [A4P04]

Las entrevistas expertas introducen aquí un matiz complementario. Aunque las amistades pueden constituir una primera fuente de apoyo especialmente cercana, durante la adolescencia el acceso a determinados recursos depende con frecuencia de la intervención de personas adultas. La familia y el centro educativo pueden desempeñar, por tanto, un papel importante como puente entre la expresión inicial del malestar y el acceso a una ayuda más especializada.

> *"A un adolescente, encontrar un recurso de forma directa, le resulta complicado. Tiene que ser con apoyo de adultos. Ese apoyo sería de dos tipos: el familiar [...] y [...] el de un centro educativo que se interese por estos temas y pueda tener cierto apoyo a la hora de encontrar recursos de este tipo."* [E02]

La cita refleja una percepción general y no permite concluir que las amistades sean siempre el recurso más adecuado, pero ayuda a comprender por qué la cercanía generacional y la expectativa de ser comprendido pueden influir en la elección de la fuente de apoyo.

La pauta es más clara cuando se analiza el recurso a profesionales de la Psicología. Entre quienes pidieron ayuda, acudió a este recurso el 69,0% del grupo de menor estigma, frente al 55,5% del grupo intermedio y el 51,8% del de mayor estigma. A diferencia de lo que ocurre con las amistades, aquí sí se observa un descenso progresivo a medida que aumenta el nivel de estigma.

Los grupos de discusión con adolescentes muestran que el propio acto de acudir a profesionales de la Psicología puede convertirse en objeto de estigmatización:

> *"Yo creo que habría que intentar eliminar las palabras tabúes, como 'psicólogo', porque cuando escuchas 'psicólogo' es como si te dijeras a ti mismo: 'Estoy loco, yo no puedo ir a un psicólogo porque, si no, me van a tachar de lunático'. Entonces, yo creo que habría que venderlo más como una persona que te puede ayudar o una persona en la que puedes confiar."* [A2P07]

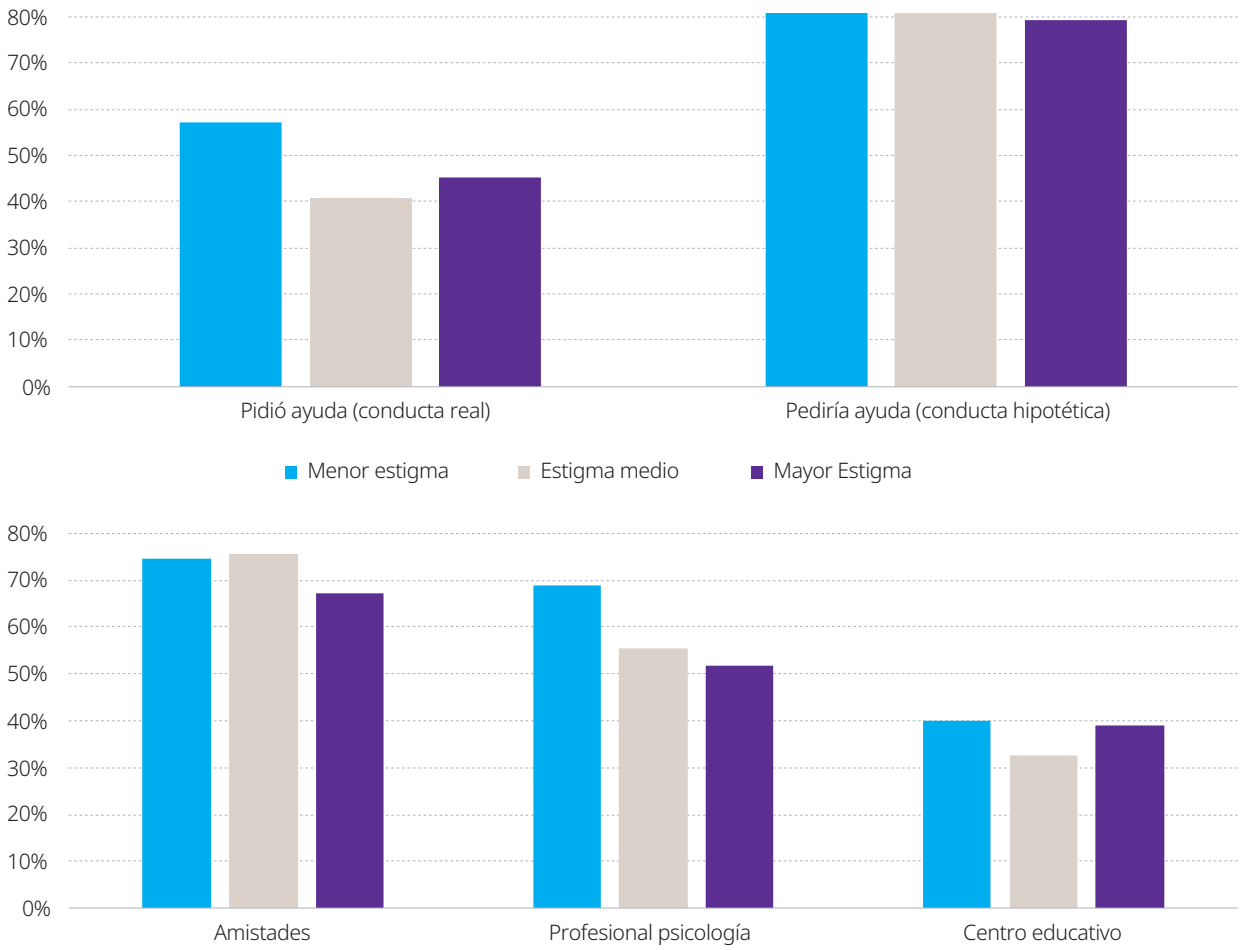
Se trata de una opinión general que muestra un mecanismo percibido por las y los propios adolescentes. En concreto, el temor no se dirige únicamente a tener un problema, sino también a lo que los demás puedan inferir del hecho de buscar ayuda profesional.

Desde las familias aparece, al mismo tiempo, la posibilidad de que esa barrera se reduzca cuando acudir a profesionales de la Psicología pasa a formar parte de un repertorio normalizado de ayuda. Una misma persona señalaba primero que «muchas veces, está bastante estigmatizado el hecho de llevar al psicólogo a los críos» y describía después una experiencia familiar diferente:

> *"Y, desde entonces, él cuando ve que algo le supera o algo tal, tiene tanta confianza con nosotros para decirnos que quiere ir al psicólogo."* [F2P05]

Este contraste permite mostrar que el recurso profesional no tiene por qué permanecer ligado al estigma y que la confianza familiar puede facilitar que pedir atención psicológica se convierta en una opción expresable. Ver gráfico 3.5.

GRÁFICO 3.5.
Búsqueda de ayuda y recursos utilizados según el nivel de creencias estigmatizantes.
Panel A: conducta declarada entre quienes indican haber tenido un problema e intención hipotética entre quienes no lo declaran. Panel B: fuentes utilizadas entre quienes pidieron ayuda.



Fuente: elaboración propia a partir de la 4ª edición del Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia de UNICEF España - módulo especial de salud mental (adolescentes de 1º a 4º de la ESO que declaran haber pedido ayuda).

En conjunto, un mayor nivel de creencias estigmatizantes aparece asociado con un reconocimiento más limitado de los problemas de salud mental y de los apoyos relacionales, con una menor identificación de determinadas experiencias perjudiciales y con un menor recurso declarado a la ayuda profesional[5]. El estigma no se refleja únicamente en la forma de valorar a otras personas, también se relaciona con la manera de interpretar el malestar y con el recorrido hacia el apoyo.

El mensaje conjunto de los capítulos 2 y 3 es, por tanto, doble. Por una parte, el bienestar declarado por las y los adolescentes ha empeorado en la edición más reciente analizada y ese deterioro no se distribuye de forma homogénea. Por otra, cuando aparece el malestar, no siempre se reconoce, se comunica o se traduce en una búsqueda de apoyo, y el estigma se relaciona con varias etapas de ese recorrido. Las recomendaciones que siguen parten de ambas constataciones.



5. Los resultados son descriptivos y proceden de un diseño transversal. Las asociaciones no permiten establecer relaciones causales ni determinar si el estigma precede a la experiencia, al reconocimiento o a la búsqueda de ayuda, o si esas experiencias modifican las creencias.

4 Recomendaciones para la acción

Los resultados de este informe apuntan a dos necesidades complementarias. Por una parte, proteger y promover el bienestar antes de que el malestar se intensifique, actuando sobre las condiciones cotidianas en las que viven y se desarrollan las y los adolescentes. Por otra, facilitar que, cuando aparece un problema, pueda reconocerse, comunicarse y recibir una respuesta adecuada sin que el estigma se convierta en una barrera.

4.1. Administraciones públicas: situar la salud mental adolescente en el centro de las políticas de infancia

- Asegurar que la atención primaria y los servicios especializados de salud mental cuenten con suficientes profesionales para atender a las y los adolescentes a tiempo y de forma adecuada.
- Coordinar educación, sanidad, servicios sociales, juventud y protección a la infancia bajo unos mismos objetivos: promover el bienestar, prevenir la aparición o agravamiento de los problemas de salud mental y facilitar el acceso a la ayuda cuando sea necesaria.
- Actuar también sobre las condiciones materiales y sociales que sostienen el bienestar: una vivienda estable, entornos seguros, apoyo en los cuidados y posibilidades reales de descanso, ocio y participación.
- Comprobar, para cada medida, si llega efectivamente a las y los adolescentes en situaciones de mayor vulnerabilidad —incluidas las familias con menos recursos y quienes ya acumulan más dificultades— y no únicamente a quienes parten de mejores condiciones para acceder a los recursos. Una medida universal puede producir resultados desiguales si las barreras de acceso son diferentes.
- Incorporar la participación de las y los adolescentes en el diseño, desarrollo y evaluación de las políticas y recursos que les afectan. Escuchar sus experiencias permite detectar necesidades y barreras que pueden pasar inadvertidas cuando las respuestas se diseñan exclusivamente desde una perspectiva adulta.

La participación de las y los adolescentes aparece como una condición importante para que las políticas respondan a sus experiencias y necesidades reales. En los grupos de discusión, una participante cuestionaba que las decisiones sobre adolescencia se construyan únicamente desde la mirada adulta:

> *"Me parece que los políticos cuando hablan de los adolescentes hablan como si fuésemos niños, no tienen de verdad en cuenta nuestra opinión, ellos hablan sobre lo que creen que nos pasa y sobre lo que creen que nosotros sentimos y pensamos y no nos hacen de verdad caso, entonces habría que cambiar el enfoque y escuchar la perspectiva de un adolescente para luego hablar sobre el adolescente."* [A2P05]

Las entrevistas a personas expertas refuerzan esta idea, pero la sitúan además dentro de una respuesta que debe coordinar los distintos sistemas que intervienen en la vida adolescente. Una de las expertas entrevistadas lo expresaba de forma especialmente clara:

> *"No podemos trabajar, por un lado, educación; por otro, sanidad; y, por otro, el ámbito social [...]. Hay que crear programas coordinados, cohesionados [...] y en los que también participen los jóvenes."* [E07]

Ambas perspectivas apuntan en una misma dirección: coordinar recursos no consiste únicamente en conectar administraciones y profesionales, sino también en incorporar a las y los adolescentes en el diseño y desarrollo de las respuestas que les afectan. Su participación no sustituye al conocimiento técnico ni a la evaluación de las políticas, pero puede ayudar a identificar necesidades, barreras de acceso y formas de comunicación que pasan inadvertidas cuando las medidas se diseñan exclusivamente desde una perspectiva adulta.

4.2. Sistema educativo: hacer del centro un lugar donde sea fácil pedir ayuda

- Asegurar la figura del coordinador o coordinadora de bienestar prevista en la Ley Orgánica de Protección integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (BOE, 2021), con competencias reales para la prevención y la detección temprana del malestar emocional y con la formación, el tiempo y los recursos necesarios para ejercerlas.

- Convertir la buena convivencia y la prevención del acoso en una prioridad constante del centro, desde un enfoque preventivo y de detección temprana y no únicamente mediante la intervención cuando el incidente ya se ha producido.

- Ofrecer formación al profesorado y a los equipos de orientación para reconocer señales de alerta y proporcionar una primera respuesta adecuada. El objetivo no es convertir al profesorado en profesionales de la salud mental, sino facilitar que sepa escuchar, detectar situaciones que requieren atención y activar los recursos correspondientes.

- Explicar al alumnado de forma sencilla y visible dónde, cómo y con quién puede pedir ayuda, qué puede esperar después de hacerlo y qué límites tiene la confidencialidad.

- Asegurar que las figuras de orientación, bienestar y apoyo sean realmente accesibles. Su existencia formal resulta insuficiente si una misma persona acumula funciones, atiende a demasiado alumnado o carece de tiempo y espacios para construir una relación de confianza.

Los grupos de discusión muestran con claridad la distancia que puede existir entre disponer formalmente de una figura de apoyo y que esta sea realmente accesible. Una adolescente describía así la situación de su centro:

> *"Ella es profesora de Valores, orientadora, coordinadora de bienestar, jefa del departamento de orientación... Entonces, la puedo pillar de milagro un minuto [...]. Es una sola persona [...] para todos los cursos, desde primero de la ESO hasta segundo de bachillerato [...]. Y mucho menos si le vas a contar un problema. [...] Por mucho que esté escrito que ella es la coordinadora de bienestar."* [A3P10]

Desde las familias aparece un matiz complementario: la disposición personal del profesorado o de los profesionales del centro no basta cuando faltan tiempo, formación o recursos para responder adecuadamente:

> *"A nivel humano, tú puedes topar con personas que, a nivel humano, lo den todo, pero no están dotados muchas veces de los recursos necesarios para poder ofrecer esa ayuda al niño."* [F3P03]

Las entrevistas a personas expertas refuerzan esta idea, pero introducen además una cautela importante: hacer del centro educativo un lugar capaz de detectar, escuchar y facilitar ayuda no significa trasladar al profesorado funciones clínicas. Dos de las personas entrevistadas lo resumían así:

"La escuela debe detectar dificultades, pero no debe etiquetarlas." [E08]

> *"Tampoco debemos atribuir al entorno educativo funciones sanitarias. [...] Creo que es clave establecer bien esos límites y esos roles."* [E01]

La cuestión no es, por tanto, convertir al profesorado en profesionales de la salud mental, sino dotarlo de condiciones para reconocer señales de alerta, proporcionar una primera respuesta y conectar al alumnado con los recursos adecuados cuando sea necesario.

Al mismo tiempo, las actuaciones preventivas no deberían reducirse a iniciativas aisladas. Otra persona experta advertía del riesgo de acudir a los centros únicamente para "darle una charla, sin que exista una continuidad", y cuestionaba las "charlas esporádicas" que no forman parte de una actuación sostenida [E02].

4.3. Sistema sanitario: llegar antes de que el malestar se convierta en una crisis

- Reforzar la prevención y la detección temprana mediante dispositivos capaces de conectar el entorno escolar, los servicios sociales, la atención primaria y la salud mental infanto-juvenil.
- Hacer más claros los itinerarios de acceso: qué situaciones pueden abordarse desde atención primaria, cuándo es necesaria la intervención especializada y qué recursos comunitarios están disponibles.
- Reducir los tiempos de espera para que el malestar pueda atenderse cuando todavía resulta abordable, sin que sea necesario esperar a que la situación se agrave para recibir una respuesta.
- Garantizar una formación específica en salud mental infanto-juvenil e incrementar la disponibilidad de profesionales especializados en este ámbito.
- Cuidar la confidencialidad dentro de los límites establecidos legalmente. Desde el comienzo del proceso, el adolescente debe saber qué información puede mantenerse confidencial, en qué situaciones debe compartirse, con quién y por qué.
- Reducir las desigualdades territoriales y económicas en el acceso a la atención psicológica, de manera que recibir ayuda adecuada no dependa del municipio en el que se viva ni de la capacidad económica de la familia.

La accesibilidad a la atención aparece como una preocupación compartida desde distintas perspectivas. En los grupos de discusión, una adolescente señalaba de forma explícita las desigualdades territoriales en la disponibilidad de recursos:

> *"A mí [...] me parece muy injusto la diferencia territorial. Es decir, no tenemos todos los mismos recursos por vivir en una cierta zona o en un municipio en concreto [...]. En mi municipio tenemos un recurso que es un psicólogo gratis, al que tú puedes pedir cita, con toda la confidencialidad del mundo [...]. Y [...] me parece una pena de que no todo el mundo pueda tener acceso a eso."* [A3P09]

Esta preocupación aparece también en las entrevistas a personas expertas. Desde la experiencia asistencial, una de ellas situaba precisamente entre los principales retos la "equidad en la accesibilidad", señalando que las posibilidades de llegar a dispositivos especializados pueden variar considerablemente según el lugar de residencia [E01].

Pero que un recurso sea accesible no depende únicamente de dónde esté disponible. Desde las familias, el tiempo de respuesta aparece como otra barrera importante, especialmente cuando la alternativa inmediata pasa por recurrir a la atención privada:

> *"Lo necesito ahora. A mí, dentro de un año... no va a estar así. Entonces vas al privado."* [F2P05]

Las entrevistas a personas expertas en salud mental adolescente refuerzan esta importancia del momento en el que se ofrece la ayuda. Una de las personas entrevistadas defendía la necesidad de disponer de sistemas capaces de "aprovechar el momento oportuno" en el que el adolescente reconoce que necesita apoyo, porque "la necesita ahora que no sabe cómo salir del atolladero" [E04].

A ello se suma la continuidad entre los distintos recursos. El acceso puede interrumpirse si el paso de un profesional o servicio a otro se limita a una derivación administrativa. Uno de los expertos entrevistados lo formulaba de una manera especialmente gráfica:

> *"Derivar es enviar a la deriva. Usted no puede derivar, tiene que conectar [...] y ya veremos cómo la confianza que hemos construido se traspasa a otro profesional."* [E04]

4.4. Familias y comunidad: escuchar, acompañar y dar espacio para crecer

- Ofrecer a las familias herramientas para escuchar y reconocer el malestar sin restarle importancia, pero también sin convertir cada dificultad cotidiana en una alarma clínica. Acompañar bien implica encontrar ese equilibrio.

- Favorecer una comunicación en la que los adolescentes puedan expresar que algo les ocurre incluso cuando todavía no saben identificarlo o explicarlo con precisión.

- Cuestionar en el entorno familiar las ideas estigmatizantes sobre los problemas de salud mental y sobre el hecho de pedir ayuda profesional.

- Proteger el descanso, el tiempo personal, las relaciones y el ocio sin objetivos productivos. No deben entenderse únicamente como recompensas después de cumplir otras obligaciones, sino como elementos que forman parte del bienestar.

- Ofrecer a padres, madres, familias y otras personas cuidadoras información clara sobre qué señales requieren atención, cómo proporcionar una primera respuesta y dónde acudir cuando necesitan apoyo adicional.

- Reforzar el apoyo a las familias con mayores dificultades socioeconómicas, que pueden afrontar simultáneamente más factores de riesgo y mayores barreras para acceder a recursos.

Escuchar aparece como una condición básica del acompañamiento, pero no únicamente en el ámbito familiar. Cuando se preguntó a las y los adolescentes qué deberían hacer los adultos para ayudar de verdad, una respuesta fue especialmente directa:

> *"Tener una predisposición a escucharlos y atenderlos, y no tender a minimizar sus problemas [...]. Eso en parte de todos los adultos, no solo de padres, hablo, en plan, en general."* [A2P06]

Desde las propias familias aparece, a su vez, el reconocimiento de que escuchar y responder adecuadamente también requiere aprendizaje:

> *"Yo creo que también la educación de los padres vendría súper bien, porque no nacimos aprendidos. Nos tocó ir aprendiendo en la marcha con problemas, con dificultades."* [F2P03]

Las entrevistas a personas expertas añaden que este acompañamiento depende también de las actitudes y de la alfabetización en salud mental de las propias familias. Un experto remarcaba en su entrevista que "lo vital es el apoyo familiar, incluso el estigma o la alfabetización en salud mental que tengan sus padres" [E02].

Pero este papel de acompañamiento no debería recaer únicamente sobre madres y padres. Desde una perspectiva más comunitaria, otra de las personas expertas lo expresaba de una forma especialmente gráfica:

> *"Todo adolescente tiene derecho a encontrarse en algún momento con algún adulto al cual le importe su vida."* [E04]

4.5. Participar y comunicar para reducir el estigma: hablar mejor para que pedir ayuda sea más fácil

- Utilizar un lenguaje preciso que permita diferenciar entre bienestar, malestar, síntomas y trastornos de salud mental. Normalizar la conversación no requiere convertir toda dificultad en una categoría clínica.

- Compartir experiencias y testimonios de manera segura y respetuosa, evitando tanto el sensacionalismo como la banalización y sin presentar el sufrimiento o un diagnóstico como una característica que define por completo a una persona.

- Dirigir especialmente las actuaciones de sensibilización hacia los grupos en los que persisten más creencias estigmatizantes.

- Reducir también el estigma asociado al propio hecho de pedir ayuda y, en particular, de acudir a profesionales de la Psicología o la Psiquiatría.

- No limitar los mensajes institucionales a recomendar que se hable o se pida ayuda. Las y los adolescentes necesitan saber qué ocurrirá después: a quién pueden acudir, qué respuesta recibirán, qué recursos pueden activarse y cómo se tratará la información que compartan.

Hablar de salud mental y animar a pedir ayuda puede contribuir a reducir el estigma, pero el mensaje pierde fuerza si no va acompañado de información concreta sobre qué hacer después. Esta necesidad aparece con claridad en los grupos de discusión. Una adolescente cuestionaba precisamente los mensajes que invitan a hablar cuando no explican qué respuesta puede esperar quien da ese paso:

> *"Siempre se dice 'ok, puedes comentar que estás mal', pero ¿qué va a pasar luego? Porque si no me dices que luego de que haga eso va a suceder esto [...] como una solución real, entonces ¿qué me queda? [...] Si tienes un problema o te sientes de X manera, saber específicamente qué hacer, qué soluciones pueden haber reales... Yo creo que sería más fácil comentarlo [...]. Pero, ¿de qué me sirve comentarlo si no hay como tal nada?"* [A2P02]

Las entrevistas a personas expertas añaden una dimensión complementaria: la alfabetización en salud mental no consiste únicamente en reconocer un problema o saber que es posible pedir ayuda, sino también en saber dónde localizar información fiable y recursos adecuados. Una experta entrevistada para este estudio lo resumía de forma especialmente directa:

> *"Saber dónde buscar. Es que el problema es que no saben dónde buscar. [...] Lo primero que hay que educar es sobre dónde buscar bien."* [E07]

Comunicar mejor implica, por tanto, no limitarse a transmitir que pedir ayuda es positivo, sino ofrecer referencias claras y accesibles sobre dónde encontrar información fiable, qué recursos existen, a quién acudir y qué puede ocurrir después de comunicar un problema.

Los testimonios de otros adolescentes pueden desempeñar también un papel relevante cuando se utilizan de forma responsable. Una de las personas expertas proponía incorporar "relatos o vídeos de otros adolescentes" que cuenten con sus propias palabras "cómo recibieron ayuda", incluidas las dificultades que encontraron inicialmente [E03]. Este tipo de relatos puede hacer visible no solo el problema, sino también el proceso de reconocerlo, comunicarlo y acceder a apoyo, facilitando que otros chicos y chicas puedan identificarse con experiencias cercanas.

Al mismo tiempo, las entrevistas expertas advierten de que una mayor presencia pública de la salud mental no reduce necesariamente el estigma por sí sola. Los medios, las redes sociales y las personas con visibilidad pública también contribuyen a construir la manera en que se interpretan estos problemas. Como señalaba un experto, "el periodismo no solo transmitía conocimiento, sino que condicionaba el pensamiento sobre una materia" [E02]. De ahí la importancia de cuidar el lenguaje, contextualizar los testimonios y evitar mensajes sensacionalistas, simplificadores o que identifiquen a la persona exclusivamente con su problema de salud mental.

unicef

para cada infancia

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030

POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL