

Cuadernos
de la Fundació **73**
Víctor Grífols i Lucas

Salud mental y sociedad: ¿una nueva pandemia?

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

20/01/2026

Salud mental y sociedad: ¿una nueva pandemia?

73

Cuadernos
de la Fundació **73**
Víctor Grífols i Lucas

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Salud mental y sociedad: ¿una nueva pandemia?

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Salud mental y sociedad: ¿una nueva pandemia? Nº 73 (2026)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-09-81758-0 Depósito Legal: B 2895-2026

Cuadernos
de la Fundació 73
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Presentación

Josep Ramos 7

Salud mental y sociedad: el malestar emocional de nuestro tiempo

Xavier Trabado 13

El estigma asociado a las personas con un problema de salud mental

Introducción

Josep Ramos 30

Cambiar la mirada, cambiar vidas

Albert Piquer 33

Estigma y depresión en primera persona

Victòria Cid 39

El suicidio en nuestra sociedad

Introducción

Josep Vilajoana 48

Desmitificando falsas creencias para una prevención eficaz

Cecília Borràs 51

Autolesiones y conducta suicida como expresión del malestar en la adolescencia actual

Anna Sintes 64

Relación de autores 84

Títulos publicados 86

PRESENTACIÓN

La salud mental es un componente fundamental de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha definido como «un estado de bienestar que se apoya en la conciencia de las propias capacidades, lo que incluye tolerar las tensiones normales de la vida, tener una ocupación productiva y fructífera, así como una relación solidaria con los demás y con la comunidad».

Las dificultades del vivir, que incluyen tanto las situaciones conflictivas del contexto social y relacional de la persona como el estado de sus propias capacidades y emociones, pueden provocar malestar junto con algunos déficits en su funcionamiento cotidiano y convertirse en «problemas de salud mental». Esto puede incluir síntomas como ansiedad, insomnio, irritabilidad o baja autoestima. Cuando, por diferentes motivos, la respuesta de la persona se hace más significativa, afectando ya al conjunto de la vida o a áreas específicas de la conducta y representa limitaciones cualitativas para la relación con los demás o la vida cotidiana, podemos hablar ya de «trastornos mentales».

En la Región Europea de la OMS, el número de personas con trastornos mentales (incluidos los trastornos del desarrollo y del comportamiento en niños y adolescentes) ascendía a más de 125 millones en 2019, lo que equivalía al 13% de la población. Además, estos trastornos causan el 15% de todos los años vividos con cualquier discapacidad (WHO Regional Office for Europe, 2022). En ese mismo año se perdieron 119.000 vidas en toda la Región por suicidio, una cifra que incluye a un número cada vez mayor de jóvenes (WHO, 2019).

Ya desde principios de siglo, algunos estudios epidemiológicos calificaban a los trastornos mentales como «el mayor desafío de la Europa del siglo XXI» (Wittchen *et al.*, 2011). En la Unión Europea, el coste que representan los problemas de salud mental supone un gasto anual del 4% del PIB (el 4,2% en España), sumando costes directos e indirectos (OECD/EU 2018). Por eso, el desarrollo y la mejora de la salud mental de la población es un objetivo que importa, no solo a las ciencias de la salud y a la sociología, sino también a la economía y

la política, como lo demuestra el interés actual de muchos países por promover estrategias de promoción de la salud mental, de prevención y de mejora de la atención a las personas que sufren trastornos mentales o adicciones.

Las previsiones respecto a la frecuencia de dichos trastornos, según todos los estudios, son claramente pesimistas: los problemas de salud mental tienden a aumentar. De hecho, en términos epidemiológicos, las desigualdades socioeconómicas son la principal causa de las desigualdades en salud (Marmot y Wilkinson, 2003), más que las condiciones biológicas con las que se nace o los estilos de vida. Y la salud mental es especialmente sensible a nuestra relación con los cambios y con el entorno. Los factores de riesgo para una mala salud mental conocidos están relacionados con la pobreza, con bajos niveles de ingresos, una deficiente educación, altos niveles de deudas, paro, inseguridad laboral¹ y circunstancias individuales como mala nutrición prenatal, abuso en la infancia y tener progenitores con trastorno mental (WHO for Europe, 2011). Tal y como demostraron la recesión económica posterior a la crisis financiera de 2008 y la reciente pandemia de COVID-19, la salud mental también puede verse afectada por fuertes cambios económicos o por crisis masivas de salud pública y por las medidas adoptadas para contener los brotes pandémicos. Un fenómeno especialmente preocupante de este tipo de crisis es el incremento de las tasas de suicidio, que durante el periodo posterior a la recesión económica citada impactó especialmente en la franja de hombres de más de cuarenta años en situación de desempleo crónico (Milner, 2013). Los estudios que se han realizado al respecto² demuestran que, más que el impacto psicológico que produce la experiencia vital de estar en el paro, los factores desencadenantes principales han sido la falta de cobertura salarial y de políticas activas de empleo.

Otro factor de fuerte incidencia en el incremento de los problemas de salud mental se relaciona con el carácter cíclico de la evolución económica, lo que hace que las crisis sean un fenómeno recurrente. La crisis económica tiene efectos sobre la salud mental y los efectos sobre la salud mental empeoran las crisis económicas. También las consecuencias del cambio climático pueden tener un grave impacto en la salud mental y ya se están haciendo visibles en todo el mundo. Los desastres o los fenómenos naturales extremos afectan a las infraestructuras comunitarias, a la provisión de alimentos y a la disponibi-

lidad de servicios, generando inseguridad y conflictos entre los pueblos y los individuos, y además lo hacen en forma desigual, aumentando la inequidad en el conjunto del planeta (Clayton *et al.*, 2017).

Desde la Fundació Víctor Grífols i Lucas hemos querido dedicar un espacio para pensar sobre la salud mental en nuestro entorno desde un punto de vista ciudadano, lo que significa enfocar el fenómeno desde la percepción del conjunto de sus actores, pero también desde un plano arraigado a la realidad de las personas –todas– que vivimos en la comunidad. Tras la conferencia general sobre la cuestión titulada «Salud mental y sociedad: el malestar emocional en nuestro tiempo», hemos diseñado dos mesas redondas dedicadas respectivamente a «El estigma asociado a las personas con un problema de salud mental» y a «El suicidio en nuestra sociedad», con participantes que han vivido y viven en primera persona estas situaciones. Además de contar con sus aportaciones, pretendemos sobre todo estimular el diálogo y el intercambio entre ponentes y público a lo largo de toda la Jornada.

Nuestra intención declarada es expresar claramente que la salud mental nos importa a todos –y no solo a los que hoy sufren los problemas y a sus familias– y que todos podemos aportar alguna cosa de valor para mejorar el futuro.

Josep Ramos

Médico psiquiatra. Vocal del Comité de Bioética y del Comité de Ética y Servicios Sociales de Catalunya

Notas

1. Según la última Encuesta Europea de Salud en España (EESE) del año 2020 (Instituto Nacional de Estadística, 2020), la prevalencia de depresión era tres veces más frecuente entre quienes se encontraban en situación de desempleo (7,62%) que entre los que tenían trabajo (2,47%) y alcanzaba el 23,71% entre las personas con incapacidad laboral.
2. Sobre el impacto de las crisis económicas en la salud mental, pueden consultarse M. Gili, M. Roca, S. Basu, M. McKee, D. Stuckler, «The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care cen-

tres, 2006 and 2010», *European Journal of Public Health*, Vol. 23, No. 1, 2012, pp. 103-108. También World Health Organization Regional Office for Europe. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011, así como D. Stuckler, S. Basu, M. Suhrcke, A. Coutts, M. McKee, «The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis», *Lancet* 374, 2009, pp. 315-323, y también el citado Milner (2013).

Bibliografía

Clayton S, Manning CM, Krygsman K, Speiser M. Mental Health and Our Changing Climate: Impacts, Implications, and Guidance. Washington, D.C.: American Psychological Association and ecoAmerica; 2017.

Marmot M, Wilkinson R, editores. Social determinants of health: The solid facts. Copenhagen: World Health Organization; 2003.

Milner A. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(1):e51333.

Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD/EU). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. París/ Bruselas: OECD Publishing; 2018. Disponible en: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(9):655-79.

World Health Organization. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. En: The Global Health Observatory [Internet]. Ginebra: WHO; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>

Salud mental y sociedad: el malestar emocional de nuestro tiempo

Xavier Trabado

*Presidente de la Taula d'Entitats del Tercer Sector Social
de Catalunya*

1. Introducción

El malestar emocional se ha consolidado como un fenómeno definitorio de nuestro tiempo. Ya no es posible abordarlo como una mera suma de patologías individuales, sino que debe entenderse como un síntoma colectivo, un reflejo de las fracturas y tensiones de nuestra sociedad. Este malestar difuso, que se manifiesta en un aumento de la ansiedad, la depresión y la sensación de falta de propósito, no ha surgido en el vacío. Se ha visto intensificado y acelerado por crisis sucesivas, especialmente la crisis financiera de 2008 y la posterior pandemia de COVID-19, que han erosionado los cimientos de la seguridad económica y social.

En este texto se argumentará que, si bien la salud mental es el componente más crítico para el bienestar humano, los sistemas públicos actuales fallan en su abordaje. Este fracaso se debe a que persisten en tratar el malestar como un problema puramente clínico, ignorando sus raíces profundas en los determinantes sociales (pobreza, precariedad laboral, crisis de la vivienda). Estos sistemas operan, además, de forma fragmentada y con una financiación crónicamente insuficiente.

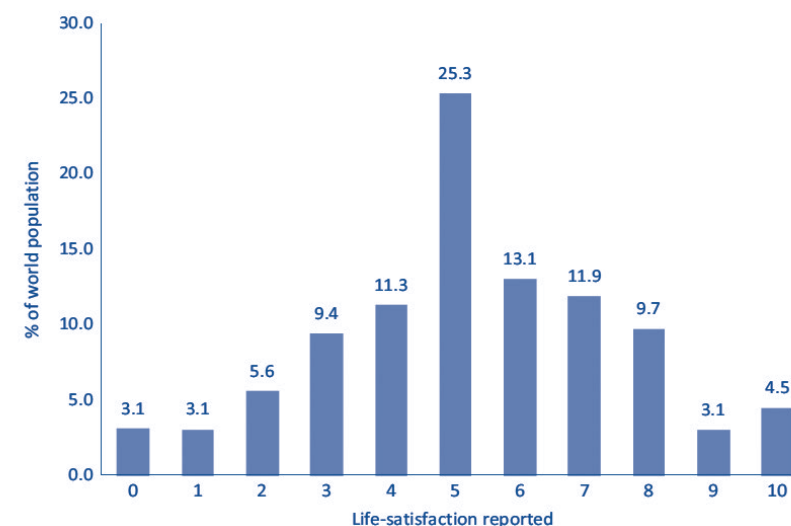
La solución, por tanto, no reside en la redacción de nuevas estrategias –de las que ya existen numerosas– sino en la voluntad política y la capacidad de gestión para ejecutar de forma integral aquellas que ya conocemos. Este análisis se articula desde la perspectiva de la acción en la sociedad civil y la lucha por los derechos de las personas afectadas y sus familias.

2. ¿Es importante la salud mental para el bienestar?

Tradicionalmente, como sociedad, hemos asumido que el Producto Interior Bruto (PIB) era el principal indicador de bienestar. Sin embargo, en las últimas décadas ha surgido un movimiento global que busca indicadores alternativos, más allá del PIB, que midan realmente la calidad de vida de la ciudadanía.

En esta búsqueda, la evidencia científica reciente ha ofrecido resultados disruptivos. Un libro de referencia en este campo, *Wellbeing*,¹ analiza los datos del *Gallup World Poll* (gráfico 1), que pregunta a ciudadanos de todo el mundo por su nivel de bienestar de 0 a 10. La distribución muestra una gran diversidad: la mayoría se sitúa en un 5, pero con colas significativas de sufrimiento en los niveles inferiores.

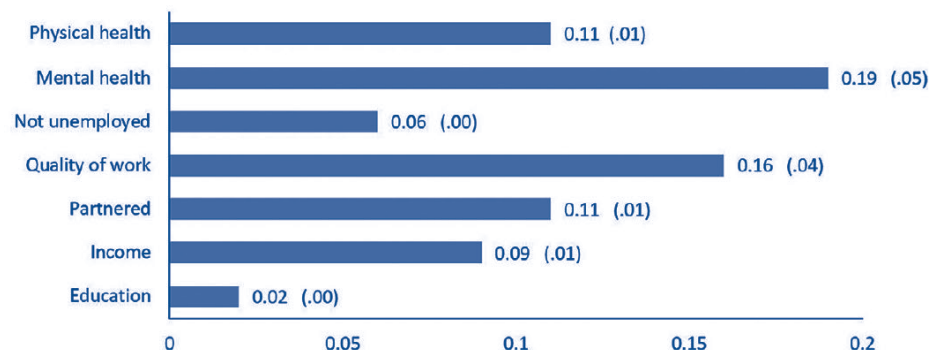
Gráfico 1. Distribución de la satisfacción vital (mundial)
(adaptado de Helliwell *et al.*, 2018^a)²



La investigación sobre los factores que explican esta sensación de bienestar ofrece un hallazgo claro: el principal predictor de la satisfacción vital de una persona no es su cuenta corriente, sino su estado de salud mental.

Un análisis detallado sobre los factores que explican la variación de la satisfacción vital en la población adulta (gráfico 2) muestra que el coeficiente de correlación de la salud mental (0,19) es el más elevado. Su impacto es significativamente mayor que el de tener pareja (0,11), la salud física (0,11) o tener un empleo (0,06). El dato más revelador es que la influencia de la salud mental es más del doble que la de los ingresos (0,09).

Gráfico 2. Determinantes de la satisfacción vital (Reino Unido)
(adaptado de A. E. Clark *et al.*, 2018)³



Esta evidencia obliga a un replanteamiento radical de las prioridades políticas. Si el objetivo es mejorar el bienestar, la estrategia debe pivotar desde el crecimiento económico hacia una inversión prioritaria en la salud mental.

Al mismo tiempo, la carga de enfermedad atribuible a los problemas de salud mental no deja de crecer. Un informe de The Lancet Commission⁴ reveló una paradoja: a medida que el índice sociodemográfico (SDI) de un país aumenta (es decir, en los países más ricos), también lo hace la carga de enfermedad (medida en Años de Vida Ajustados por Discapacidad o DALYs) de los trastornos mentales. Esto contradice la creencia de que el «progreso» socioeconómico resuelve automáticamente estos problemas; de hecho, nuestros modelos de desarrollo parecen exacerbarlos.

3. ¿Qué es la salud mental? La definición de la OMS

Para abordar este desafío, es fundamental superar la concepción reduccionista de la salud mental como la mera «ausencia de enfermedad». La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define de una forma mucho más amplia, funcional y, sobre todo, positiva: «La salud mental es un estado de

bienestar mental que permite a las personas hacer frente al estrés de la vida, desarrollar sus habilidades, aprender bien y trabajar bien, y contribuir a su comunidad».⁵

Esta definición implica que la salud mental es un pilar del «desarrollo personal, comunitario y socioeconómico».⁶ Y concluye con una afirmación taxativa: «La salud mental es un derecho humano básico».

Esta declaración no es retórica. Si es un derecho humano básico, la inacción del Estado o la provisión de un sistema inadecuado no es un simple descuido de gestión; es un fracaso en la garantía de un derecho fundamental.

Además, esta visión positiva implica que la presencia de una problemática de salud mental no es incompatible con el desarrollo de una vida plenamente satisfactoria, siempre que se cuente con los apoyos adecuados, de forma análoga a otras condiciones crónicas de salud.

4. Una breve historia: de la desinstitucionalización al malestar

Para entender la situación actual, es preciso analizar su contexto histórico. En el abordaje de la salud mental en España, venimos de una Era del Encierro (principios del siglo xx hasta los años setenta), dominada por el modelo asilar. Las personas con problemáticas de salud mental eran apartadas de la sociedad y encerradas en manicomios, edificios que solían estar alejados de las poblaciones.

La Revolución Comunitaria (años ochenta-noventa) supuso un cambio de paradigma. Surgió un movimiento que postulaba que estas personas no debían estar encerradas, sino que debían ser atendidas desde la comunidad. Este movimiento fue impulsado por profesionales, por el movimiento asociativo y por hitos como el Plan de Reforma Psiquiátrica de la Diputación de Barcelona (1981) y la Ley General de Sanidad de 1986, impulsada por Ernest Lluch, que incorporó la salud mental al sistema público de salud, del que hasta entonces estaba excluida.

En ese proceso de desinstitucionalización, las personas salieron de los manicomios y retornaron con sus familiares. Sin embargo, no se implementaron los mecanismos de soporte adecuados. Como respuesta a esa falta de recursos, las familias se organizaron, dando lugar al nacimiento del movimiento asociativo moderno, luchando por los derechos de sus familiares y los suyos propios.

Sin embargo, aquel modelo comunitario se diseñó para el gran problema clínico de la época: la psicosis y el trastorno mental grave. El desafío actual es diferente. El malestar del siglo XXI, catalizado por la crisis de 2008 y la pandemia, no es un problema de desinstitucionalización, sino un problema de precariedad a escala poblacional. El sistema de salud mental, diseñado para gestionar el primer desafío (clínico y acotado), se ve hoy completamente desbordado por el segundo (social y masivo).

5. La complejidad del abordaje

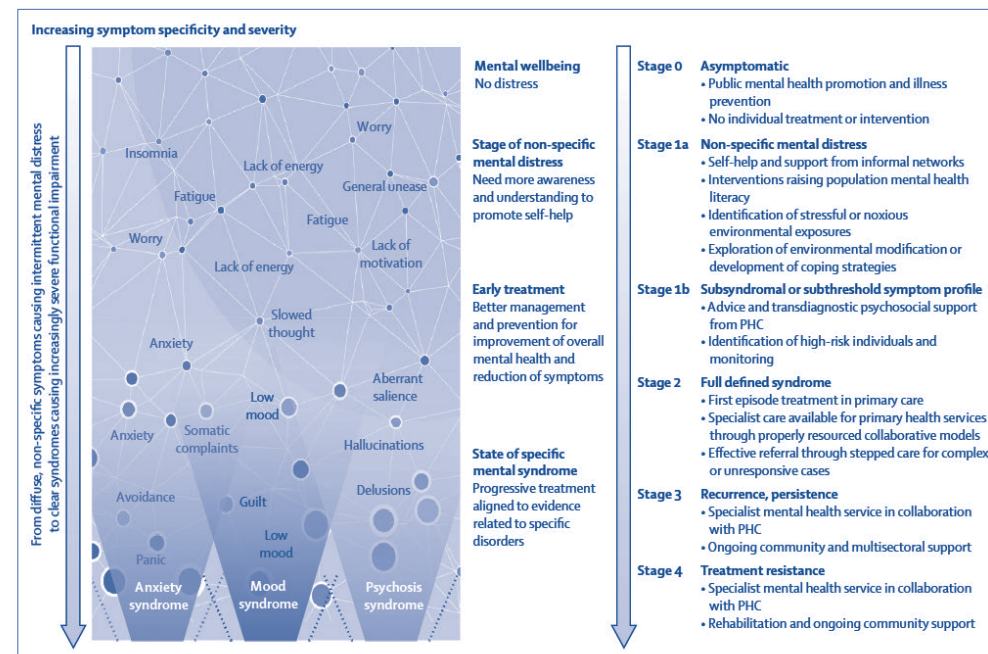
El abordaje de la salud mental presenta una complejidad particular. A diferencia de otras áreas de la salud física donde los protocolos de intervención están más estandarizados –como en una fractura de cadera–, en la salud mental el conocimiento no es tan exhaustivo, lo que dificulta las intervenciones.

Para responder eficazmente al malestar generalizado, el sistema debe adoptar un modelo escalonado y proporcional, como el propuesto por McGorry y van Os.⁷ Este modelo de estadios clínicos (gráfico 3) es clave.

El malestar emocional que afecta a gran parte de la población (preocupación, insomnio, fatiga) se corresponde con el Estadio 1a (Malestar mental no específico) y el Estadio 1b (Perfil de síntomas subumbral).

El modelo prescribe para esta etapa (Estadio 1) intervenciones de baja intensidad: autoayuda (*self-help*), apoyo de redes informales y, fundamentalmente, una respuesta desde la Atención Primaria de Salud (APS). Sin embargo, nuestro sistema público está centrado casi exclusivamente en los Estadios 2, 3 y 4 (síndrome definido, recurrencia, resistencia), que requieren atención especializada.

Gráfico 3. Modelo de Estadios de los trastornos mentales
(adaptado de McGorry *et al.* y McGorry y van Os)⁸



Existe, por tanto, un desajuste estructural fundamental entre la demanda masiva de la población (Estadio 1) y la oferta del sistema (Estadios 2-4).

Este desajuste se perpetúa por lo que la OCDE denomina el «sesgo de visibilidad e inmediatez». Los gestores políticos responden a la crisis visible (las urgencias psiquiátricas, las listas de espera especializadas, correspondientes al Estadio 4) e ignoran la intervención en el Estadio 1, que es menos visible pero mucho más efectiva.

El coste de este fracaso preventivo es inmenso. La OCDE estima que la mala salud mental cuesta a las economías hasta un 4% del PIB anualmente. Este 4% representa, en gran medida, el coste de la *no intervención* a tiempo.

6. Dimensiones y estresores: cuando la sociedad enferma

El «malestar» del Estadio 1 no surge espontáneamente; es una respuesta humana lógica a un entorno social y económico adverso. Los determinantes sociales de la salud son la principal causa de este malestar generalizado. Los datos de los determinantes sociales en Cataluña son una evidencia irrefutable de este contexto adverso:

- El 24,7% de la población (casi 2 millones de personas) está en riesgo de pobreza o exclusión social.
- El 8,9% sufre privación material y social severa. Esta cifra casi triplica la de 2009 (3,1%), demostrando una cronificación de la pobreza.
- Ha sido necesario definir el concepto de «pobreza laboral». Tener trabajo ya no es garantía de bienestar: más del 12% de las personas con empleo viven en situación de pobreza.
- El 40% de los hogares deben realizar un sobreesfuerzo económico (destinar más del 30-40% de sus ingresos) para pagar la vivienda.
- El dato más alarmante es que casi el 35% de los niños y adolescentes en Cataluña (aproximadamente 425.000 menores) vive en riesgo de pobreza.

Este último dato no es solo una estadística de vulnerabilidad presente; representa una hipoteca sobre la salud mental futura de la sociedad. Estos 425.000 menores son la población de riesgo que, si no se actúa sobre el determinante (la pobreza), alimentará los Estadios 2, 3 y 4 del modelo en las próximas décadas.

La comisión de The Lancet⁹ explica el mecanismo causal exacto (tabla 1). Demuestra que para prevenir los «Resultados» (depresión, ansiedad), el sistema debe aplicar «Intervenciones» (transferencias de efectivo, reducción de la desigualdad, mejora de la vivienda) que actúen sobre el «Dominio Económico» (inseguridad de ingresos, deuda, vivienda).

Tabla 1. Determinantes sociales de los trastornos mentales (adaptado de The Lancet Commission on global mental health and sustainable development)⁹

Dominio	Factores clave	Vías hipotetizadas (riesgo y protección)	Resultados (trastorno mental)	Intervenciones potenciales
Económico	Inseguridad de ingresos, deuda, activos, seguridad alimentaria, empleo, vivienda, desigualdad.	Causalidad social: inseguridad, estrés, impotencia, bajo estatus social, peor salud física, comparación social.	Depresión, ansiedad, abuso de sustancias, psicosis, suicidio, demencia.	Transferencias de efectivo (Alta eficacia), reducciones en la desigualdad de ingresos (Mod.), mejora del empleo (Alta).
Vecindario	Características estructurales, seguridad, exposición a la violencia, urbanidad, cohesión social.	Inseguridad, exposición a la violencia, desempoderamiento, migración urbana.	Depresión, ansiedad, abuso de sustancias, psicosis, trastornos externalizantes.	Mejora de la vivienda (Mod.), vecindarios seguros (Alta).
Social y cultural	Educación, cohesión social, capital social, cultura, clase social.	Reserva cognitiva, autoeficacia, habilidades sociales, apoyo social, confianza, crianza, acoso, discriminación.	Depresión, ansiedad, demencia, psicosis, trastornos internalizantes.	Mejora de la educación (Alta), fortalecimiento del capital social (Mod.), mejora del apoyo social (Alta).
Eventos ambientales	Desastres naturales, conflictos armados, desplazamiento, desastres climáticos.	Trauma (episódico y continuo), estrés severo, adversidad, inseguridad, pérdida de apoyo.	TEPT, depresión, ansiedad, suicidio, trastornos infantiles.	Reducción de la violencia (Alta), respuesta temprana a eventos (Alta).
Demográfico	Género y sexo, edad, etnicidad.	Exposición diferencial a la adversidad, normas sociales, discriminación, ventanas de desarrollo sensibles.	Depresión, ansiedad, abuso de sustancias, psicosis, trastornos del desarrollo.	Reducción de la violencia de género (Alta), maltrato infantil (Alta) y discriminación (Alta).

Relevant SDGs*	Key factors	Hypothesised pathways (risk and protective factors)	Mental disorder outcomes	Potential interventions†
Demographic domain	SDG 5: gender equality	Gender and sex, age, ethnicity	Depression, anxiety, substance abuse, psychosis, child and adolescent behavioural and developmental disorders, and dementia	Reduction of gender-based violence (H), child maltreatment (H), and racial discrimination and xenophobia (H)
Economic domain	SDG 1: no poverty; SDG 2: zero hunger; SDG 8: decent work and economic growth; SDG 9: industry, innovation and infrastructure; SDG 10: reduced inequalities	Income security, debt, assets, food security, employment, housing, income inequality, macroeconomic recessions, and subjective financial strain	Social causation: insecurity, stress, helplessness, external locus of control, low social status, worse physical health status, social comparison, undernutrition, antisocial coping behaviours, and entrapment linked to suicide; social drift: increased health-care expenditure, disability, and stigma	Cash transfers or basic income grants (H), reductions in income inequality (M), and improved employment (H)
Neighbourhood domain	SDG 6: clean water and sanitation; SDG 7: affordable and clean energy; SDG 11: sustainable cities and communities; SDG 12: responsible consumption and production	Structural characteristics of neighbourhoods including infrastructure, safety, aggregate socioeconomic deprivation, built environment, leisure opportunities, urbanicity, crime, community violence, and social cohesion	Urban migration, dopamine dysregulation, insecurity, exposure to violence, and disempowerment	Improved housing (M), safe neighbourhoods (H)
Environmental events domain	SDG 13: climate action; SDG 16: peace, justice, and strong institutions	Natural hazards, industrial disasters, armed conflict, displacement, and disasters triggered by ecosystem hazards due to climate change or increased population	PTSD, depression, anxiety, suicide, and childhood internalising and externalising disorders	Reductions in violence (H), early response to environmental events (H), and action on protecting vulnerable ecosystems (H)
Social and cultural domain	SDG 4: quality education	Education, social cohesion, social capital, culture, and social class	Depression, anxiety, dementia, psychosis, and child and adolescent internalising disorders	Improved education (H), strengthened social capital (M), and improving social support and networks for older adults (H)

SDG=sustainable development goal. PTSD=post-traumatic stress disorder. *SDG 3 is not listed in this table because the focus of this Review is on the SDGs that address the upstream social determinants of mental disorders. †The strength of the effect of potential interventions is rated as low (L), moderate (M), or high (H).

Table: Social determinants of mental disorders, hypothesised pathways, related outcomes, and potential interventions

7. Los retos del sistema público catalán

El sistema público catalán, a pesar de sus fortalezas, presenta debilidades estructurales profundas que impiden aplicar las soluciones identificadas. El diagnóstico se basa en dos problemas crónicos:

1. **Fragmentación:** existe una inmensa dificultad de coordinación entre servicios de diferentes departamentos (Salud, Derechos Sociales, Educación, Trabajo, Justicia). Los departamentos funcionan como silos bastante aislados. Si un niño tiene un problema en la escuela, se necesita una coordinación fluida entre el sistema escolar, el de salud (si requiere atención) y el de derechos sociales (si la familia es vulnerable). Esta coordinación no se da con la intensidad y frecuencia que sería necesaria.
2. **Infrafinanciación:** el problema no es solo la falta de coordinación; es que los departamentos que gestionan las *causas* del malestar (Derechos Sociales, Trabajo, Vivienda) son precisamente los que sufren una falta histórica de inversión.

Esta dinámica genera una situación perversa: el Departamento de Salud, con un presupuesto comparativamente mayor, se ve obligado a gestionar clínicamente los *síntomas* (ansiedad, depresión) de un problema cuyo *origen* es social (desahucio, precariedad laboral). Es una estrategia ineficiente y destinada al fracaso, ya que medicaliza el sufrimiento social sin resolver su causa.

A esto se suman otras paradojas:

- **La larga estancia:** siguen existiendo 1.700 camas de larga estancia, un modelo de reclusión que consume la mayor parte de los recursos económicos del Departamento de Salud que no se logran trasladar a la atención primaria y comunitaria.
- **La oportunidad perdida de Girona:** Girona es un territorio reconocido como una mejor práctica a nivel europeo en atención comunitaria, con el mismo sistema público y las mismas leyes que el resto de Cataluña. Sin embargo, no se ha logrado trasladar este sistema más comunitario al resto del territorio.

- **La ausencia de salud pública:** la salud mental aún no ha entrado en la agenda de la Salud Pública, como sí lo han hecho el tabaquismo o la obesidad.
- **La paradoja de la investigación:** existe un modelo de investigación muy potente, pero que genera un impacto limitado en la práctica del conjunto del sistema. Se valora la excelencia biomédica, pero no la implementación en los sistemas de atención y soporte.

8. El papel imprescindible de la sociedad civil

Ante este vacío de la Administración, ha sido el movimiento asociativo de familiares y personas con experiencia en salud mental, junto a algunos proveedores y profesionales de tradición comunitaria, quienes históricamente han intentado cubrir las brechas del sistema. La sociedad civil organizada ha asumido roles que el sistema público desatendía.

Uno de los ámbitos de actuación de esta sociedad civil ha sido el de la incidencia política. Los distintos agentes de la sociedad civil han unido esfuerzos, no siempre con éxito, en su rol activo como grupo de presión para influir en las políticas públicas e incrementar los presupuestos en el ámbito de la salud mental. Entre las prioridades que se ha intentado impulsar se encuentran la necesidad de incrementar la coordinación entre departamentos, el desarrollo de servicios más allá del ámbito sanitario como son los servicios de vivienda, espacios de vida comunitarios o el empleo, entre otros.

Un ejemplo ilustrativo de la iniciativa impulsada por la sociedad civil es el proyecto Obertament de lucha contra el estigma en salud mental. El lema de una de las primeras campañas que se lanzaron desde Obertament fue «Se busca famoso». En aquel momento, no había ninguna figura pública que hablara de su salud mental, y se identificó esta visibilidad como un elemento crucial para la normalización. Hoy, esta situación ha mejorado significativamente y vemos en los medios a personas como Aitana, Andrés Iniesta o Joaquín Sabina hablando de sus problemáticas, aunque todavía queda camino por recorrer.

9. Conclusión: la brecha entre la ambición y la realidad

El análisis de las últimas décadas demuestra un cambio claro e irreversible: la salud mental está, por fin, en la agenda de la sociedad y los gobiernos. El lenguaje de la política ha evolucionado con éxito; se ha transitado de un enfoque clínico y estrecho a una visión holística y ambiciosa que habla de bienestar y derechos humanos. Esto representa un gran éxito.

Sin embargo, persiste una gran brecha entre esta loable ambición y la realidad vivida por millones de personas, brecha que se define por dos fracasos persistentes:

1. Un financiamiento crónicamente inadecuado.
2. Unos sistemas que permanecen obstinadamente fragmentados.

El futuro de la Salud Pública no será determinado por la novedad del próximo documento de estrategia. Existen numerosos planes estratégicos y pactos nacionales; el reto no es la falta de estrategia. El futuro pasa por tener la voluntad política y la capacidad de gestión e implantación.

Se necesita una Administración Pública con mayor capacidad para gestionar el bien común. En el ámbito de la salud mental, el diagnóstico es claro: **se sabe hacia dónde avanzar, pero faltan las capacidades de gestión pública –presupuesto incluido– para implementar los cambios necesarios y dar pasos significativos.**

Notas

1. Layard R, De Neve JE. Wellbeing: Science and Policy. Cambridge: Cambridge University Press; 2023.
2. Helliwell JF, Huang H, Wang S. International Migration and World Happiness. En: Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, editores. World Happiness Report 2018. Nueva York: Sustainable Development Solutions Network; 2018. p. 13-44.

3. Clark AE, Flèche S, Layard R, Powdthavee N, Ward G. The Origins of Happiness: The Science of Wellbeing over the Life Course. Princeton: Princeton University Press; 2018.
4. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 2018 Oct 27;392(10157):1553-1598.
5. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 29 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
6. Ibid. 5.
7. McGorry P, van Os J. Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. Lancet. 2013 Jan 26;381(9863):343-345.
8. Ibid. 7.
9. Ibid. 4.

**El estigma asociado a las
personas con un problema
de salud mental**

Introducción

Josep Ramos

Médico psiquiatra. Vocal del Comité de Bioética y del Comité de Ética y Servicios Sociales de Catalunya

No hay duda de que las personas con problemas de salud mental o discapacidad intelectual están aún hoy sometidas a una fuerte discriminación en todo el mundo, diversa en función del grado de desarrollo democrático y social del país. A pesar de los avances realizados en muchos países, los prejuicios, la violencia, la exclusión social y la segregación, los abusos en los tratamientos o los atentados a su capacidad de decidir, son frecuentes. El «Informe sobre el estado de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales» que emite anualmente la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA¹ suele ser un buen diagnóstico del estado de la cuestión en nuestro país.

En nuestro entorno, la atención a la salud mental y también la importancia que a ella le concede la opinión pública han mejorado ostensiblemente, pero sus limitaciones e insuficiencias son también cada vez más evidentes. Aunque parezca que hoy ya puede hablarse libremente y sin prejuicios de la salud mental, la realidad es que el estigma asociado a sufrir un trastorno mental y la discriminación que provoca todavía están muy presentes en muchos ámbitos de la vida social.

El estigma es la atribución de cualidades negativas o despectivas hacia un grupo de personas por el hecho de tener un trastorno mental o una condición de salud como la discapacidad intelectual o el autismo. Se señala al «diferente» a base de prejuicios, desinformación y falsas informaciones.

La mayor parte de las personas que sufren problemas de cierta gravedad, tienden a su ocultación para evitar el estigma que producen. El auto estigma es un sentimiento de vergüenza o de culpa producido por el temor a denotar la «marca» del trastorno mental y el rechazo que produciría en los otros. El estigma se asocia con miedo y repudio hacia las personas que sufren alguna condición psiquiátrica, dificulta la demanda de ayuda y com-

porta la pérdida de oportunidades laborales, educacionales, económicas y, frecuentemente, la privación de la atención sanitaria y social necesarias. Se trata de un marco psicosocial extraordinariamente tóxico, ya que aumenta el aislamiento de la persona, empeora los síntomas y acelera el proceso hacia la discapacidad.

Existe una cierta gradación de la tolerancia social de las enfermedades mentales, aceptándose mejor los problemas más frecuentes como la depresión o la ansiedad, y menos los trastornos más graves asociados al imaginario secular de la locura –como la esquizofrenia o el trastorno bipolar– o al prejuicio de su capacidad de «contagio», como es el caso del consumo de drogas ilegales.

La estigmatización de las personas con un trastorno mental afecta también a los profesionales, a los propios servicios de atención social, a los servicios de salud y a los recursos comunitarios que con frecuencia se muestran poco dispuestos a introducir mínimas adaptaciones para incluir a las personas más afectadas. Según la asociación Obertament² en un estudio realizado en 2016 por Spora Sinergies y la Universitat Autònoma de Barcelona,³ el 80% de las personas con un trastorno mental habían sufrido discriminación en algún ámbito de la vida, y hasta el 55% de manera bastante o muy frecuentemente. En el ámbito laboral, donde la tasa de paro entre las personas con un trastorno mental es de más del 60%, el estigma es especialmente grave, pero también se da en las escuelas (19%) y hasta en los hospitales (26%) y en los servicios de salud mental (40%).

El proyecto Quality Rights⁴ de la OMS está enfocado a ayudar a los países para conseguir la mejora del respeto a los derechos humanos en los servicios de salud mental. Considera que, para ello, los países deben ratificar la Convención de Nueva York y adecuar la legislación para garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas afectadas, implantar estrategias que ayuden a cambiar actitudes y mejorar la sensibilización de la sociedad, optimizar las prácticas relativas a los tratamientos involuntarios, facilitar la participación de los pacientes en la planificación, orientar los servicios a la comunidad e incrementar los recursos para la salud mental.

Los gobiernos tienen la obligación de promover los derechos de las personas con trastornos mentales y velar por su cumplimiento, de acuerdo con las dis-

posiciones internacionales más relevantes, muchas de ellas de carácter formalmente obligatorio.

Para eliminar las barreras psicológicas y sociales que obstaculizan el tratamiento y la integración social de estas personas, es necesaria la implicación de afectados, familiares y personas referentes de la comunidad. El papel de los medios de comunicación es esencial.

Por otra parte, la cada vez mayor participación pública de las personas que han pasado por la experiencia del trastorno mental, conscientes de sus derechos, reclaman con justicia una actitud más radical de respeto a sus derechos como ciudadanos. Y piden cambios legislativos, nuevas regulaciones y, sobre todo, cambios en las prácticas institucionales y profesionales.

Notas

1. La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (antigua FEAFES) es una entidad sin ánimo de lucro y que integra a 19 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales, que reúnen a más de 47.000 socios en todo el territorio estatal. Su misión es mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, defender sus derechos y representar al movimiento asociativo. [<https://consaludmental.org>]
2. Obertament (<https://www.obertament.org>) tiene como objetivo luchar contra el estigma y la discriminación que las personas que conviven con un problema de salud mental todavía sufren en las diferentes esferas de su vida, haciendo que, a través del activismo y sus testimonios en primera persona, se conviertan en protagonistas del cambio en la sociedad.
3. L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya 2016. Disponible en: <https://www.obertament.org/wp-content/uploads/2023/01/Estigma-a-Catalunya-2016.pdf>
4. OMS, WHO Quality Rights initiative – improving quality, promoting human rights, [<http://www.who.int>]. Se puede descargar la guía en esa misma página.

Cambiar la mirada, cambiar vidas

Albert Piquer

Activista en 1.ª Persona en Salud Mental

La salud mental no es un tema menor: es un pilar básico del bienestar individual y, al mismo tiempo, un motor clave del progreso social, cultural y económico. Es por ello por lo que los temblores de las crisis –ya sean económicas, sanitarias, climáticas o sociales– se sienten con intensidad en la mente de las personas. Aunque podría parecer que ahora hablamos más abiertamente y sin prejuicios de salud mental, la cruda realidad es diferente: el estigma y la discriminación hacia los que sufrimos un trastorno mental siguen presentes en muchos ámbitos de la vida.

El sufrimiento emocional y el estigma en salud mental no entienden de edades. Afectan a todas las generaciones y, al mismo tiempo, se vive y se calla de manera diferente según el momento vital de cada persona. El malestar que provoca un problema de salud mental a menudo se acompaña de la incompreensión de la gente que nos rodea: se trata de un ruido mental y emocional que muchos experimentamos pero que pocas veces compartimos.

Este silencio no es neutro, tiene consecuencias y un gran impacto: aísla, amplifica el vacío. Y cuando hablamos de estigma no hablamos solo de miradas o comentarios, sino de vidas. De personas que se esconden, de jóvenes que no logran explicar cómo se sienten, de adultos que hacen ver que todo va bien mientras se hunden por dentro. El estigma es un muro que separa, aparta y condena.

Un estudio realizado por la Universitat Autònoma de Barcelona y Obertament en el año 2016, bajo el título «El estigma y la discriminación en salud mental»¹ pone cifras a lo que muchas personas viven en silencio. Según los datos recogidos, el 80,1% de las personas con un problema de salud mental ha sufrido discriminación y más de la mitad (54,9%) asegura que esta experiencia es frecuente.

Además, el 88,8% ha dejado de hacer alguna actividad fundamental (por ejemplo, trabajo, estudio, deporte o socialización) por miedo a ser discrimi-

nadas y han adoptado como estrategia de afrontamiento del estigma la ocultación de su situación y estado, revelando su realidad solo selectivamente, en función del contexto y el nivel de riesgo percibido. La fotografía es contundente: el estigma no es una percepción subjetiva, sino una realidad estructural que atraviesa y que nos afecta la vida cotidiana a muchísimas personas.

Las manifestaciones de esta discriminación son múltiples y se hacen visibles en todos los ámbitos. En las escuelas, niños y adolescentes pueden ser etiquetados o rechazados por sus compañeros. En el mercado laboral, muchas personas encuentran obstáculos tanto para acceder a un trabajo como para mantenerlo. En el entorno familiar y social, la incompreensión y el rechazo marcan relaciones que deberían ser espacios de apoyo. En el acceso a la vivienda, persisten casos de rechazo o discriminación directa. E incluso en los servicios públicos, como la salud, los servicios sociales, la justicia o el ocio, todavía se pueden vulnerar sin repercusión alguna los derechos más fundamentales de las personas que conviven con un diagnóstico.

Las consecuencias y repercusiones de todas estas situaciones son profundas. El miedo al juicio social retrasa la búsqueda de ayuda, agravando los síntomas, cronificando los trastornos e incrementando el riesgo de suicidio. El autoestigma erosiona la autoestima y dificulta la recuperación, limitando proyectos de vida y relaciones significativas. A todo ello se añaden barreras estructurales que dificultan el acceso a la educación, al trabajo, a la vivienda o a los servicios básicos, aumentando el riesgo de exclusión. El impacto llega también al terreno más crudo: según la Organización Mundial de la Salud, las personas con trastorno mental tienen una esperanza de vida hasta veinte años menor que el resto de la población.

Los estereotipos en salud mental forman parte de nuestro imaginario colectivo. Asociamos, aún demasiado a menudo, enfermedad mental con peligrosidad, violencia, inestabilidad o incapacidad. Pero la realidad es que las personas con problemas de salud mental tienen más riesgo de sufrir violencia que de causarla y siguen disponiendo de un talento innato que les define como personas.

La sociedad tiene miedo de escuchar, de acercarse, de confiar. Así es como nace el estigma: en las historias que nos explican y que no cuestionamos. Es el

juicio externo, el rechazo, el miedo del «qué dirán». Pero el daño no viene solo de fuera: también de dentro, cuando interiorizamos el rechazo y nos lo creemos. Es el autoestigma, que nos hace pequeños, nos roba confianza y nos condena al silencio, eliminando el derecho a soñar.

Por sí mismo, tener un problema de salud mental ya es extremadamente duro: es como subir escaleras con peso, con cansancio y con miedo. Pero cuando añades el estigma, arrastras una roca inmensa. Es un sobrepeso invisible pero real: la mirada de la desconfianza, el silencio incómodo, el miedo de perder el trabajo si lo explicas, la obligación de esconderte para no ser señalado. Así, la recuperación se hace más difícil, más lenta y solitaria. Además, hay que tener muy presente que el estigma puede matar. De manera literal –el suicidio a menudo es resultado de un dolor y sufrimiento no atendido ni legitimado– y también figurada, cuando quien lo sufre deja de estar presente en la sociedad.

A pesar del dolor, también hay fuerza y esperanza. La resiliencia, la posibilidad de renacer incluso en entornos muy adversos, es un símbolo de recuperación y belleza en medio de la adversidad. La transformación del autoestigma empieza cuando pasamos del «no puedo» al «sí puedo», cuando recuperamos la confianza y volvemos a creer en nosotros. Con apoyo y cuidado, nos reconstruimos. La recuperación no es nunca solo individual: es colectiva. La lucha contra el estigma es responsabilidad compartida y la fuerza nace en la alianza, en la creación de vínculos y comunidad.

Estamos ante una emergencia como país. No podemos cuestionarnos si hay que actuar o no. El estigma silencia, excluye y condena cada día. Luchar contra el estigma no debe ser una cuestión de intenciones, sino una prioridad política, social e institucional. Como sociedad, no solo hacemos daño a quien sufre, sino a nosotros mismos: dejamos escapar voces, ideas, oportunidades y talento. Cuando una sociedad margina, también se empobrece. Por ello, luchar contra el estigma no es solo una cuestión ética o de derechos humanos, sino de justicia y de inteligencia colectiva.

En los últimos años, se ha iniciado un proceso de transformación profunda en la manera de entender los cuidados y la salud mental. La «Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad (2024-2030)»² marca un punto de inflexión. El documento, impulsado por el Ministerio de Derechos

Sociales, apuesta por una desinstitucionalización progresiva: dejar atrás los modelos basados en centros cerrados y avanzar hacia formas de vida en comunidad, con apoyos personalizados y entornos inclusivos.

Pero este cambio de modelo no será posible si no cambia también la mirada social. El estigma sigue siendo una de las barreras más resistentes para que las personas con un problema de salud mental puedan vivir, trabajar y participar plenamente en la sociedad. No basta con reformar estructuras: hay que transformar mentalidades. Mientras persistan los prejuicios que asocian el sufrimiento psíquico con debilidad o peligro, la inclusión seguirá siendo un ideal incompleto. La estrategia es clara: el derecho a vivir en comunidad no se limita a disponer de recursos, sino a garantizar la aceptación social y el reconocimiento pleno de cada persona. Y eso solo puede lograrse si combatimos el estigma desde todos los frentes. Luchar contra la discriminación es también cumplir con la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que sitúa la participación, la igualdad y la dignidad en el centro de las políticas públicas. Por eso, eliminar el estigma no es solo un gesto individual o una cuestión ética sino que se trata de una responsabilidad institucional vital.

Exige liderazgo, formación, campañas sostenidas y políticas que promuevan la convivencia y la escucha. La transformación cultural que será solo real y efectiva si la acompañamos de una transformación social profunda, donde el respeto, la empatía y la comunidad sustituyan al miedo, el silencio y la exclusión.

En la actualidad, las redes sociales se han convertido en uno de los principales escenarios donde se construyen imaginarios sobre la salud mental. En ellas conviven dos caras opuestas: por un lado, la propagación acelerada de rumores, prejuicios y simplificaciones; por otro, la oportunidad de generar comunidad, visibilidad y apoyo mutuo. Campañas digitales impulsadas por entidades y testimonios en primera persona han demostrado que es posible cambiar la narrativa y ofrecer mensajes que informen y acompañen en lugar de estigmatizar. La cuestión no es tanto si estamos presentes, sino cómo utilizamos estos canales para promover miradas más justas.

Y es que el vocabulario con el que hablamos de salud mental tiene un peso enorme en la percepción colectiva. Expresiones utilizadas a la ligera en con-

versaciones diarias continúan reforzando estereotipos antiguos e injustos. El lenguaje no solo refleja la realidad: también la modela. Por ello, tomar conciencia de lo que decimos y optar por palabras más respetuosas y precisas puede ser un paso clave para desactivar prejuicios. Modificar el uso del lenguaje no es un detalle menor, sino una manera práctica e inmediata de empezar a reducir el estigma.

Hoy en día todavía predomina un relato que gira en torno al diagnóstico y la patología, pero hay que abrir paso a una nueva manera de explicar la salud mental: poner de relieve la diversidad, las capacidades y los derechos de las personas. Esta transformación narrativa significa hablar menos de etiquetas y más de proyectos vitales, menos de limitaciones y más de posibilidades. Situar a las personas en el centro y no el diagnóstico es una estrategia imprescindible para reducir el estigma y promover una sociedad que reconozca la salud mental como una dimensión natural de la vida.

La sociedad ha aprendido a mirar la salud mental con unas gafas distorsionadas. A menudo no vemos a la persona, sino la etiqueta. No vemos dolor, sino debilidad. No vemos sufrimiento, sino peligro. Por eso, para luchar contra el estigma, hay que cambiar actitudes, conductas y discursos. Y no basta con grandes campañas. La lucha contra el estigma se realiza cada día y en todas partes: en las escuelas, en el trabajo, en el transporte público, en casa y en las redes sociales. Se hace con gestos pequeños, con respeto, con empatía y con presencia. Porque el estigma hace daño. Pero cuando compartimos una conversación, una palabra o una mirada sin miedo, empieza la recuperación. Y las cosas pequeñas, cuando se hacen cada día, pueden cambiar el mundo.

Y estos pequeños cambios, se están atreviendo a colarse en la agenda política y sanitaria. El nuevo «Plan de acción de salud mental 2025-2027»³ impulsado por el Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, consolida la idea de que no puede haber salud sin derechos, ni recuperación sin dignidad. Entre sus prioridades figura la creación de un modelo de atención más humano, más participativo y profundamente comprometido con la erradicación del estigma. La premisa es clara: no es posible cuidar bien si se discrimina. Por eso, apuesta por una atención basada en los derechos humanos, que reduzca las prácticas coercitivas y promueva la autonomía y la participación

activa de las personas con experiencia propia. Ya no es cuestión solo de tratar síntomas, sino de acompañar historias de vida, de ofrecer apoyo sin juicio y de construir servicios que reconozcan la voz y el valor de quienes han sido silenciados. En conjunto, este nuevo marco de acción convierte la lucha contra el estigma en una responsabilidad compartida entre las instituciones, los servicios y la ciudadanía.

Una política pública que no solo busca mejorar la atención, sino transformar la cultura del cuidado y la manera en que entendemos la salud mental como parte inseparable de la vida y de los derechos humanos.

Cada mirada que cambia es una vida que renace. Cuando dejamos de ver etiquetas y empezamos a reconocer personas, abrimos puertas que antes eran muros. Traemos las sombras de la vergüenza y las transformamos en espacios de diálogo, en comunidades que escuchan, en oportunidades de cuidado y entendimiento. Romper el estigma no solo alivia una herida invisible: enciende una esperanza. Cuando desde la sociedad dejamos de juzgar y empezamos a acompañar, allí donde había silencio aparece la voz; donde había aislamiento, vínculo; donde había desconfianza, esperanza. Cambiar la mirada hacia la salud mental no solo reduce el estigma sino que construye puentes firmes hacia la dignidad, la recuperación y la vida plena que todas las personas merecen. Cambiar la mirada cambia vidas.

Notas

1. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estigma-salud-mental-2016>
2. <https://www.dsca.gob.es/es/publicacion/estrategia-estatal-nuevo-modelo-cuidados-comunidad-proceso-desinstitucionalizacion-2024>
3. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/planesEstrategias/home.htm>

Estigma y depresión en primera persona

Victòria Cid

*Deportista de élite y autora del libro **Simplement jo: la meua victòria contra la depressió***

Mi aportación en este cuaderno es simplemente mi experiencia personal con la depresión. Desde el 2020 hasta el 2023, yo me describía así: «Me llamo Victòria Cid, soy deportista de alto nivel, estudiante de Biotecnología y tengo depresión».

¿Por qué me describía así?

Cuando me diagnosticaron depresión no sabía realmente nada de cómo abordar un problema de salud mental. Me encontraba en tierra de nadie, no sabía cómo actuar, qué hacer, cuáles eran los protocolos a seguir con este tipo de enfermedad. Lo único que tenía claro era que no tenía ganas de vivir, me costaba levantarme por las mañanas, tenía ataques de ansiedad solo por quedar con mis amigos o por estar paseando al perro sola, etc. El psiquiatra solo me escuchaba, me dio la herramienta de escribir todo lo que se me pasaba por la cabeza, pero era mi opción y voluntad ir y seguir las directrices del psicólogo.

Ahí empecé a entender que no hay pautas a seguir en el mundo de las enfermedades mentales. Todo es voluntad y fuerza propia de creer en los medicamentos que te están dando y de realizar las actividades que el profesional de salud mental te pueda prescribir.

A parte de sentirme perdida en el camino de «curación», también «disfruté» de la gran soledad que viven las personas con problemas de salud mental. Vivimos en un mundo en que está en auge el tema de la salud mental, pero al final nadie entiende realmente cómo repercute en la vida de la persona que lo está sufriendo y en su entorno tanto familiar como profesional.

Después de darme cuenta de todo lo que implicaba tener depresión, nació en mí la necesidad de hacer entender mejor a la sociedad lo que es sufrir un problema de salud mental. Por eso, vi que debía añadir en mi descripción la coletilla de «tengo depresión».

¿Qué vi en la sociedad para añadir esta coletilla?

Últimamente vemos mucho en las redes sociales personas influyentes que hablan más sobre salud mental. Antes de que me diagnosticaran la depresión alguna vez miré algún vídeo de algún *influencer* explicando que tenía depresión o cualquier tipo de problema de salud mental y mi pensamiento era de satisfacción por poder vivir en una sociedad donde se aceptara hablar abiertamente sobre ello y que, además, la mayoría de la gente lo apoyara y lo respetara. Cuando empecé a experimentarlo personalmente vi el problema real: esta aparente aceptación es simplemente superficial, de una minoría. La gente realmente no entiende lo que significa tener un problema de salud mental, lo que comporta y lo que influye en tu vida. Todo empieza porque una persona con depresión no muestra, aparentemente, ningún signo físico en el que se pueda ver de primeras que no está bien. Siempre pongo el ejemplo de que cuando alguien se rompe un pie tú ves que tiene un impedimento, sin embargo, no ves que una persona con depresión igual tampoco puede andar porque su cabeza se lo impide. Entonces, como es muy difícil percibir si alguien padece un problema de salud mental, personalmente creí conveniente la necesidad de comunicarlo.

¿Por qué la necesidad de comunicarlo?

Hay una gran desinformación en la sociedad sobre el tema de salud mental. Pensé que si los que tenemos problemas hablamos de él con naturalidad, ya le estamos quitando el estigma que tiene y, aún más, el miedo de pensar «qué dirán de mí».

Cuando era deportista de alto nivel, me tuve que retirar durante un tiempo para poder curarme de la depresión. Me hicieron ciertas entrevistas en canales de televisión, periódicos, etc. «Una deportista profesional se retira por un problema de salud mental» era el titular típico. Lo que no sabía yo era que cuanto más contaba mi historia, más me ayudaba a mí misma a aceptarlo y tirar adelante. Entonces, comunicarlo es tanto un bien para los demás como para uno mismo.

Más adelante, empecé a dar charlas en colegios y allí vi aún más necesario poder comunicar que se tiene un problema de salud mental. A partir de ahí, creció en mí la necesidad de contar mi experiencia con la depresión para contrarrestar la desinformación que existe en la sociedad, entre los adolescentes; de hacerles ver que no pasa nada por ir al psicólogo, por decir que se padece depresión o ansiedad, y de insistir en la importancia de comunicarlo. De ahí que empezara a escribir lo que hoy ya es una realidad, mi libro: *Simplement jo, la meua victòria contra la depressió*.

Estigma en el mundo de la salud mental

En el mundo de las enfermedades mentales existen muchos estigmas que yo misma tenía, y gracias a la depresión he podido deshacerme de ellos entendiendo que ningún tipo de enfermedad debe estar atada a ellos.

El más sonado y antiguo, a mi entender, es el de que «ir al psiquiatra es de locos» o que «cualquier enfermedad relacionada con la salud mental es igual a locura». Desgraciadamente, hoy en día son frases que la gente tiene en la boca. Sobre todo, los adolescentes. Quedo abrumada cuando voy a dar charlas a los colegios o institutos y al preguntarles qué les parece la figura del psicólogo me dicen «es de locos». Aunque lo peor es cuando les hablo del psiquiatra. La relación de ideas que hacen las personas es: psicólogo/psiquiatra significa ir a los manicomios de las películas. No obstante, lo más preocupante es cuando les preguntas por qué lo creen y su respuesta es que se lo han escuchado a sus padres. Estos niños/niñas ya crecen con una carencia a nivel de soporte emocional. Cuando tengan algún problema emocional y pidan ayuda a sus padres, no la van a encontrar y, consecuentemente, no tendrán

opción de ir a un profesional. Por esta razón, siempre manifiesto la necesidad de introducir en el sistema educativo clases de educación emocional para que reconozcan los estigmas que tienen, lo que les permitiría desarrollar sus pensamientos tanto negativos como positivos, aprender a identificarlos y actuar sobre ellos. Incluso estaría bien que se pudiera recurrir a psicólogos/as en los colegios e institutos sin tener que pasar por los padres.

Otro de los grandes estigmas es el tema de la medicación, de los antidepresivos y ansiolíticos entre muchos otros. En la sociedad son vistos como drogas que solo enmascaran la situación. A mí siempre me gusta explicar el ejemplo de la persona diabética: todo el mundo tiene a alguien próximo que padece diabetes y no se cuestiona nunca si tiene que tomar o no la insulina. La sociedad lo ha normalizado y no vemos raro que en cierto momento nuestro conocido se pinche la medicación. En cambio, las personas que debemos tomar antidepresivos o ansiolíticos, debidamente prescritos por los profesionales, siempre notamos miradas que nos juzgan. Yo creo que este estigma se debe, por un lado, a la falta de conocimiento del funcionamiento de este tipo de medicamentos y, por otro lado, a que la sociedad hace un uso indebido de ellos.

En el caso de los antidepresivos, recupero el ejemplo de la diabetes: una persona diabética tiene una deficiencia de insulina, por tanto, necesita inyectarse la que el cuerpo no genera por sí mismo. En cuanto a los problemas de salud mental, hay una pequeña parte que se producen porque nuestras neuronas no generan o retransmiten los neurotransmisores, como la serotonina, suficientes para mantener un estado mental en equilibrio, por ejemplo. Por lo tanto, son estos antidepresivos los que compensan esta deficiencia de serotonina. Evidentemente, los trastornos mentales no se producen únicamente por factores biológicos, también influyen mucho los factores sociales y el entorno de la persona.

Con referencia a los ansiolíticos, es verdad que te aportan esta bajada de nerviosismo, de angustia. Pero yo siempre digo que recetados por un profesional y con un uso adecuado ayudan a superar o a poder enfrentarse al problema de salud mental, por lo menos así ha sido mi experiencia.

En mi caso tuve la suerte de que mi familia y mis amigos siempre me apoyaron y nunca me juzgaron. Esto, junto con la medicación y la terapia con la psicóloga y la psiquiatra, me ayudó a romper los estigmas que yo misma tenía sobre los problemas de salud mental y poder superar la depresión.

Estigma de los problemas de salud mental en el deporte

Como comentaba al inicio, fui deportista de alto nivel de remo olímpico durante ocho años. Hoy en día, los deportistas profesionales son considerados como superhéroes, personas a las que no se les permite que se lesionen ni que fallen. Y si hablamos de claudicar por un problema de salud mental sale a la luz el mítico estigma de «débil». Por lo menos, este era el mío años antes de padecer la depresión. Recuerdo una conversación con mi entrenador, donde yo le expresaba mi miedo a estar pasando por una depresión simplemente porque me sentía muy cansada, sin ánimo de entrenar y me ahogaba al dar cuatro pasos. Solo estaba pasando por una infección vírica que me daba estos síntomas.

Antes de pasar por la depresión, me daba pánico tener que dejar el deporte por un problema de salud mental, mi cabeza lo entendía como una debilidad. Cuando me la diagnosticaron sentí que caía a lo más hondo de un pozo oscuro.

Los deportistas son, o eran, considerados máquinas. Cuando tuve la depresión, los entrenadores lo entendieron, incluso me rebajaban la intensidad de los entrenamientos para poder afrontarlos. Pero cuando se acercaba la competición, ya no eran tan permisivos. ¿Debían serlo? En el mundo de la competición no te dan ventaja por estar pasando por un problema de salud mental. Entonces, simplemente me medicaba para poder aguantar los entrenamientos. Con el estigma de ser menos que las demás solo por pasar por una depresión, me encontré en una situación que era insostenible y, finalmente, tuve que retirarme después de sufrir un ataque de pánico en un campeonato de Europa.

A parte de ser deportista, también era estudiante de Biotecnología. Tenía que combinar los entrenamientos con los estudios y la depresión. En el mundo académico tampoco está contemplada la salud mental. Por el estigma de ser infravalorada o tratada como exagerada, yo no comuniqué nunca a la universidad por lo que estaba pasando. Fue un error. A causa de los medicamentos, no podía estar mucho tiempo concentrada y esto se notaba en los exámenes. En una revisión de examen, un profesor me preguntó por qué no lo había dicho, se podía haber hecho un examen de diferente formato. A partir de ahí empecé a entender que los estigmas solo nos hacen la vida más difícil y simplemente mencionar «estoy pasando por una depresión» con normalidad puede facilitarte la vida.

Mi libro, una herramienta para romper estigmas

A partir de mi retirada en el deporte de alto nivel, mi caso hizo un «boom» en los medios de comunicación y empecé a hacer entrevistas. Contar mi historia me ayudaba a quitarme todos los estigmas y entender mi situación. Incluso tuvo un poder curativo.

Anteriormente he comentado mi preocupación por saber lo que piensan los adolescentes y niños sobre la salud mental.

Entonces, para ayudar a la sociedad a entender un poquito más la salud mental y sobre todo a quitar estigmas sobre ir al psicólogo/psiquiatra o sobre la medicación, empecé a escribir un libro, un libro donde comparto, con total honestidad, los pensamientos y vivencias más duros que experimenté durante mi lucha contra la depresión. Con el objetivo de contribuir a una mejor comprensión de los trastornos de salud mental, conté en él cómo diferentes aspectos de la vida –como el deporte profesional, las relaciones personales o el amor– pueden verse afectados e incluso ser desencadenantes de la enfermedad. No es un libro de autoayuda, simplemente pretendo que se tome como un ejemplo, y que si alguien lo lee y se siente identificado/a, pueda pedir ayuda a quien sea.

En la jornada a la que fui invitada por la Fundació Víctor Grífols i Lucas, que reproduce esta publicación, se habló mucho del Tercer Sector, una gran cantidad de asociaciones y fundaciones que están trabajando para dar un servicio a todas aquellas personas con problemas de salud mental que no se pueden permitir ir a un psicólogo o incluso que puedan solucionarlos sin pasar por servicios primarios. Yo en mi libro no me referí al Tercer Sector porque, sinceramente, no tenía conocimiento de ello. Es por eso que hago un llamamiento para que se den a conocer mejor todas las opciones que se ofrecen desde este Tercer Sector y para poder llegar a los colegios e institutos de modo que los jóvenes sepan las diferentes oportunidades que tienen.

En definitiva, queda mucho por hacer en el sector de la salud mental. Vivimos en un país donde no se le da la importancia suficiente, donde los casos de cualquier trastorno mental aumentan cada día y los suicidios también. En mi opinión, hace falta un buen plan de acción, una mejor gestión e inversión para poder llevar a cabo todo lo planeado. Incluso una mejor coordinación entre las áreas de educación y sanidad sería ideal para poder hacer mayor hincapié en los problemas de salud mental que se dan entre los jóvenes.

Siempre pienso: «Si no hay una sociedad con una buena salud mental, nunca existirá una buena sociedad que pueda dar lo mejor de sí e impulsar un país. La salud mental es el motor de toda persona».



El suicidio en nuestra sociedad

Introducción

Josep Vilajoana

Presidente de la Fundació Congrés Català de Salut Mental

La OMS, en el año 2004, señala el suicidio como un problema de salud pública muy grave y que se puede prevenir. Con esta declaración, la conducta suicida pasa a tener el estatus de epidemia. En este sentido, los investigadores han identificado diferentes variables predictivas o factores de riesgo: enfermedades mentales, abuso de sustancias, intentos anteriores, historial familiar, historial de abusos sexuales y tendencias impulsivas o agresivas. Sin embargo, concluyen que la mayoría de las personas que cumplen con este perfil no acabarán suicidándose.

No obstante, es importante observar su clasificación. El «Plan de prevención del suicidio de Cataluña 2021-2025» enumera diferentes factores, de forma diferenciada, ordenada y razonada.

Factores sistémicos (sistema de salud) y sociales: barreras para acceder a la atención sanitaria, acceso a medios que pueden utilizarse para cometer el suicidio, notificación inapropiada por parte de los medios de comunicación, estigma asociado a las conductas de búsqueda de ayuda, idealización romántica.

Factores comunitarios: desastres, guerras y conflictos, estrés por desplazamientos y aculturación, discriminación, traumas o abusos.

Factores relacionales: sentimiento de aislamiento, soledad y falta de apoyo social, conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas.

Factores individuales: intentos de suicidio anteriores, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol y otras drogas, pérdida de empleo o financiera, desesperanza, rasgos de personalidad, dolor crónico, enfermedades físicas o discapacidad, antecedentes familiares de suicidio, factores genéticos y biológicos.

Si nos aproximamos al hecho desde la historia, en Occidente, autores como George Minois o Ramón Andrés coinciden en considerar cinco categorías que han modulado esta cuestión a lo largo de los años: las creencias, las religiones, los valores, la política y la economía. Es decir, que la sociedad valora de forma diferente esta cuestión en función de dichas categorías. Tenemos como ejemplo las políticas restrictivas en cuanto a los entierros, las cláusulas excluyentes en los seguros, etc.

La transformación de la muerte voluntaria en suicidio, marcada por el cristianismo en sus inicios, determina una migración ideológica importante. La palabra *suicidio* aparece en España a finales del siglo XVIII y el diccionario de la Real Academia Española no la reconoce hasta principios del siglo XIX.

Por primera vez aparece el dilema: ¿tratamiento caso a caso o estandarizado? En la actualidad, ante la posibilidad del suicidio «asistido» ha vuelto el debate sobre la vivencia insoportable de seguir con la vida por causa de una enfermedad incurable, un dolor incontrolable o una depresión profunda, crónica y resistente. Este, hoy, aquí, no es el debate, no es la preocupación que nos interroga.

Más allá de la cuestión filosófica sobre los derechos de las personas a decidir sobre su vida y su muerte hay que considerar dos variables importantes: el género (o el sexo) y la edad. Los datos son preocupantes. Los motivos y los métodos para pasar a la acción suicida difieren entre hombres y mujeres. Y eso influye en el número de intentos de unos y de otros.

Respecto a la edad, hay que desterrar el mito de la demanda de atención «infantilizada», especialmente en población joven o muy joven, o la idealización romántica de manera generalizada.

En la actualidad, parece indiscutible que el fenómeno social del suicidio guarda relación con la salud mental, considerada en sentido amplio, es decir, teniendo en cuenta todos los factores que intervienen. Si bien la pandemia de COVID-19 sirve muy a menudo para explicar diversos malestares se demuestra que entre cinco y diez años antes de su aparición los datos del malestar en la población general ya eran preocupantes.

El «Plan de prevención del suicidio de Cataluña 2021-2025» es muy significativo en este sentido. Su capítulo sobre la epidemiología del suicidio ilustra la situación y aporta datos sorprendentes sobre la incidencia en determinados colectivos, como por ejemplo en los profesionales de la salud. Además, su enfoque intersectorial es precisamente la clave si hablamos de prevención. Lo que no podemos psicológicamente escuchar lo obturamos.

Especialmente en población joven muy a menudo no prestamos atención a expresiones de tristeza o manifestaciones de «querer acabar». Hay que hacer un esfuerzo para conectar con el discurso del otro. Y es en esta dirección que Cecília Borràs, psicóloga, directora de la asociación Després del Suïcidi – Associació de Supervivents (DSAS), y Anna Sintès, psicóloga clínica de infancia y adolescencia del Servei de Psiquiatria i Psicologia de l'Hospital Sant Joan de Déu, presentan a continuación sus ponencias.

Desmitificando falsas creencias para una prevención eficaz

Cecília Borràs

Psicóloga, directora de la asociación Després del Suïcidi – Associació de Supervivents (DSAS)

Introducción: el espejo roto de nuestra época

Cuando Benedict Carey escribió en *The New York Times*¹ que «el aumento del suicidio se convierte en un espejo oscuro de la sociedad estadounidense moderna», no hacía sino reflejar una realidad que me parece que trasciende fronteras y culturas. Ese espejo, fragmentado por la desesperación de tantas almas, nos devuelve una imagen que duele: la de una sociedad que, paradójicamente, en plena era de la hiperconexión digital, vive niveles de desconexión humana que jamás habíamos visto.

En España, los datos nos golpean sin piedad. Durante la pandemia de COVID-19, el Codi Risc Suïcidi documentó un significativo incremento de tentativas de suicidio del 195% en las chicas adolescentes.² Y no, no son solo números en una estadística. Son gritos silenciosos de una generación que lucha desesperadamente por encontrar sentido en un mundo que se ha vuelto extraño, hostil, ajeno a sus necesidades más profundas.

Pero hay algo paradójico en todo esto: cuanto más urgente se vuelve hablar del suicidio, parece que más nos refugiamos en mitos y falsas creencias que no solo bloquean la prevención, sino que hacen sufrir aún más a quienes necesitan nuestra comprensión. Como si ante la magnitud del problema prefiriéramos las explicaciones fáciles antes que mirar de frente la complejidad real.

Los mitos como refugio: cuando la negación se vuelve cómplice

Reflexionando sobre mi experiencia personal y las conversaciones que he mantenido con otras personas que han vivido la experiencia o son incluso profesionales de la salud, me resulta evidente que los mitos sobre el suicidio no son simples errores. Son algo más profundo. Mecanismos de defensa colectivos que nos permiten mantener distancia de un fenómeno que nos confronta con nuestra propia vulnerabilidad y finitud.

El primer mito que encuentro una y otra vez es esa creencia de que «hablar del suicidio puede provocarlo». Esta idea, tan arraigada en el tabú que rodea a la muerte voluntaria, funciona como una barrera invisible. Impide que familias, educadores y profesionales aborden las señales de alarma. Es una creencia que, irónicamente, nos tranquiliza: si no hablamos de ello, quizás no exista realmente.

Sin embargo, la evidencia científica, y la propia OMS, nos demuestra justo lo contrario. Hablar del suicidio de manera adecuada no solo no lo provoca, sino que constituye una herramienta fundamental de prevención. Cuando preguntamos directamente a una persona si ha pensado en hacerse daño, no estamos plantando una semilla destructiva, estamos validando su sufrimiento y abriendo una puerta hacia la esperanza.

Otro mito igualmente dañino es ver el suicidio como algo puramente impulsivo, imposible de predecir. Esta creencia genera una sensación de impotencia terrible que paraliza nuestros esfuerzos. Nos decimos: «Si no se puede predecir, ¿cómo se puede prevenir?».

Sin embargo, la realidad es más compleja. Y más esperanzadora, la verdad.

La mayoría de los suicidios siguen un proceso que incluye señales identificables. Edwin Shneidman³ nos enseñó que el suicidio generalmente responde a un «dolor psicológico insostenible» (*Psychache*) que se desarrolla progresivamente. Aprender a reconocer esas señales –cambios en el comportamiento, verbalizaciones sobre la muerte, aislamiento social– nos permite intervenciones que pueden salvar vidas.

Quizás el mito más cruel es el que asegura: «Quien realmente quiere suicidarse no lo dice». Esta falsedad lleva a ignorar las comunicaciones sobre intenciones suicidas, condenando al silencio a quienes más necesitan ser escuchados. La investigación nos muestra que aproximadamente el 80% de las personas que se suicidan han comunicado de alguna manera sus intenciones. A veces directamente: «No quiero seguir viviendo». Otras indirectamente: «Pronto no tendréis que preocuparos por mí». O mediante conductas como regalar objetos queridos, hacer despedidas inesperadas.

La minimización de las tentativas como «simples llamadas de atención» es otro mito profundamente dañino. Esta perspectiva no solo es errónea, puede tener consecuencias fatales. Las tentativas representan el principal factor de riesgo para futuros suicidios. Indican un sufrimiento real que requiere intervención profesional inmediata.

Finalmente, está el mito que asocia el suicidio con la enfermedad mental. Aunque contiene elementos de verdad, puede llevarnos a simplificaciones peligrosas. Sí, los trastornos mentales, especialmente la depresión mayor, son un factor de riesgo significativo. Pero no todas las personas que se suicidan tienen una enfermedad mental diagnosticable. Existen factores sociales, económicos, relacionales y existenciales que pueden precipitar conductas suicidas, reconociendo así la multicausalidad del fenómeno.

El continuum suicida: navegando por aguas turbulentas

Una de las reflexiones más importantes que emergieron durante mi ponencia fue esta: necesitamos entender el suicidio no como un evento aislado, sino como parte de un proceso dinámico: el «continuum suicida». Esta forma de verlo nos aleja de aproximaciones binarias (suicida/no suicida) hacia una comprensión más matizada que facilita intervenciones diferenciadas, según el momento y la gravedad de la situación.

En el nivel inicial encontramos la ideación suicida pasiva. Esos pensamientos vagos sobre la muerte que se manifiestan como un deseo de «no despertar» o

la sensación de que «la vida no vale la pena». Preocupantes, sí, pero sin planes específicos. Se pueden abordar explorando el malestar subyacente y fortaleciendo factores protectores.

La progresión hacia la ideación suicida marca un punto de inflexión. Aquí aparecen pensamientos específicos sobre métodos, planificación rudimentaria, mayor frecuencia e intensidad. Esta fase requiere una evaluación profesional urgente y medidas de seguridad, porque indica que la persona ha comenzado a contemplar activamente la muerte como solución.

La planificación suicida representa un nivel crítico. Cuando alguien desarrolla un plan detallado, obtiene acceso a medios letales, hace preparativos concretos como escribir cartas de despedida... estamos ante una emergencia. La sensación de determinación puede ser abrumadora, y la ventana para intervenir se estrecha peligrosamente.

Las tentativas de suicidio, independientemente de su resultado, constituyen actos autolesivos que requieren invariablemente una evaluación médica y psicológica completa. Estas tentativas representan el mayor factor de riesgo para futuros intentos y necesitan un seguimiento especializado a largo plazo.

La muerte por suicidio genera un impacto traumático en los supervivientes que precisa intervenciones de postvención para prevenir tanto el contagio como las complicaciones en el duelo. Cada muerte por suicidio nos confronta con las limitaciones de nuestros sistemas de prevención. Nos obliga a reflexionar sobre oportunidades perdidas.

Las cifras como ventanas al alma colectiva

Los números que emergen de la investigación epidemiológica no son abstracciones. Son ventanas que nos permiten asomarnos al alma colectiva de nuestra sociedad. Comprender cómo los cambios sociales se traducen para demasiadas personas en sufrimiento individual.

La pandemia de COVID-19 actuó como un revelador químico que hizo visibles vulnerabilidades que ya existían en nuestra estructura social. Fue la manifestación de fracturas preexistentes que la crisis sanitaria simplemente amplificó.

Cuando analizo estos datos, no puedo evitar reflexionar sobre lo que significan en términos humanos. Cada punto porcentual representa familias destruidas, comunidades conmocionadas, futuros truncados. El incremento del 25% en adolescentes *versus* el 16,5% en adultos nos habla de una generación especialmente vulnerable, atrapada entre la búsqueda de identidad propia de su edad y un mundo que parece cada vez más incierto.

El informe EU Kids Online de 2018⁴ ya nos ofrecía una perspectiva inquietante sobre la realidad digital en la que crecían nuestros jóvenes. Cuando descubrimos que el 45% de las niñas de entre catorce y diecisiete años han visto contenidos sobre formas de hacerse daño, o que el 33% ha estado expuesta a diferentes formas de suicidarse... no podemos sino preguntarnos qué tipo de ecosistema informativo hemos creado.

Estos datos revelan cómo la era digital ha transformado no solo las formas de comunicación, sino también los mecanismos de transmisión de ideas y comportamientos potencialmente dañinos. La facilidad con la que contenidos relacionados con la autolesión y el suicidio circulan por las redes sociales requiere que repensemos nuestras estrategias preventivas.

El fenómeno del «suicidio por contagio», documentado desde *Las penas del joven Werther* de Goethe en 1774, ha encontrado en las plataformas digitales un vehículo sin precedentes. Este efecto opera a través de múltiples mecanismos: desde la transmisión social directa hasta la normalización percibida del comportamiento suicida. Cuando los jóvenes están expuestos repetidamente a narrativas que presentan el suicidio como respuesta comprensible o incluso heroica a problemas vitales, internalizan gradualmente esta opción como parte de su repertorio de respuestas disponibles.

El laberinto de la libertad: reflexiones sobre autonomía y protección

Una de las cuestiones que me plantearon durante el turno de preguntas fue sobre la aparente coacción que puede suponer la prevención del suicidio en personas que lo han planteado como acto de libertad. Esta cuestión me llevó a

reflexionar sobre el suicidio lúcido, el que se da en ausencia de una patología psiquiátrica o situación de desbordamiento emocional. Es premeditado, se lleva a cabo conservando el juicio y, en realidad, su porcentaje es minoritario.

¿Podemos considerar la prevención del suicidio como coacción? Esta pregunta cuestiona nuestras concepciones de la libertad, la autonomía y la responsabilidad social. No admite respuestas simples. Requiere navegar cuidadosamente entre principios aparentemente contradictorios.

Es que el abordaje de la prevención no debería encaminarse tanto a que las personas eviten la muerte voluntaria, como a que elijan voluntariamente vivir. Considerando sobre todo que no existe suicidio en general, sino suicidas en particular.

Desde una perspectiva filosófica puramente abstracta, algunos podrían argumentar que el suicidio representa un ejercicio legítimo de autodeterminación individual. Esta visión se fundamenta en la creencia de que cada persona tiene el derecho fundamental a controlar su propio destino, incluyendo el momento y forma de su muerte. Pero cuando abandonamos las abstracciones filosóficas y nos adentramos en la realidad del fenómeno suicida, encontramos un panorama considerablemente más complejo.

Mi experiencia coincide plenamente con la observación de la doctora Carmen Tejedor: «Yo nunca he encontrado libertad en el suicida: siempre eran víctimas de un estado anímico alterado que no les permitía decidir libremente». La evidencia sugiere consistentemente que la mayoría de los suicidios se producen en estados de sufrimiento psicológico que comprometen significativamente la capacidad de decisión autónoma.

Este compromiso de la autonomía no es teórico. Cuando una persona se encuentra atrapada en el «dolor psicológico insoportable», su campo perceptual se estrecha dramáticamente. Desarrollan «visión de túnel», donde la muerte aparece como la única solución posible a problemas que, desde fuera, podrían tener múltiples abordajes alternativos.

La prevención del suicidio, lejos de constituir una coacción ilegítima, puede entenderse como un ejercicio ético fundamental que busca restaurar las condiciones necesarias para una decisión verdaderamente autónoma. Cuando

intervenimos para prevenir un suicidio, no estamos negando la autonomía de la persona, estamos protegiendo su capacidad de ejercer esa autonomía en condiciones de mayor competencia mental y con acceso a información más completa sobre alternativas disponibles.

Esta perspectiva se refuerza cuando consideramos la naturaleza irreversible de las decisiones suicidas. A diferencia de otras decisiones autónomas que pueden rectificarse posteriormente, el suicidio elimina toda posibilidad de reconsideración futura. Esta irreversibilidad justifica una protección temporal que permita a la persona atravesar la crisis aguda y recobrar una perspectiva más amplia sobre sus opciones vitales.

Los supervivientes de tentativas de suicidio describen este estado con claridad reveladora. Muchos explican que en realidad «querían una vida diferente», no necesariamente la muerte. El deseo de morir a menudo enmascara una demanda desesperada de ayuda para afrontar problemas sociales, relacionales o existenciales que parecen insuperables desde su perspectiva limitada por el sufrimiento.

La adolescencia: navegando entre la autonomía emergente y la protección necesaria

La segunda pregunta que me plantearon se centró específicamente en si podemos suponer que los adolescentes poseen la libertad necesaria para tomar decisiones sobre el suicidio. Esta cuestión requiere examinar cuidadosamente las características únicas del desarrollo adolescente.

Imaginemos por un momento a un padre o una madre que, desde una perspectiva filosófica y política, defiende firmemente el derecho individual a la autodeterminación, incluyendo la libertad de cada persona para decidir sobre su propia vida y muerte.

Ahora imaginemos que esta misma persona llega a casa y encuentra a su hijo o hija adolescente en el momento crítico de una tentativa de suicidio. En ese

instante, todas las abstracciones filosóficas se desvanecen ante la realidad cruda e inmediata del amor parental y la responsabilidad protectora. ¿Qué hace entonces? ¿Se detiene a reflexionar sobre principios de autonomía individual? ¿Respetar la supuesta «decisión libre» de su hijo adolescente?

La respuesta, me atrevo a afirmar, es universalmente la misma: actúa para salvar la vida de su hijo. Llama a emergencias, retira medios letales, abraza, consuela, protege. En ese momento crucial, el instinto parental trasciende cualquier construcción intelectual sobre la libertad individual, y la persona actúa desde una comprensión visceral de que algo está profundamente mal, independientemente de sus convicciones teóricas sobre la autonomía.

Este escenario hipotético, pero tristemente no tan infrecuente, nos revela algo fundamental sobre la naturaleza del suicidio adolescente y sobre nuestras propias contradicciones como sociedad. En el momento de la crisis real, incluso el más férreo defensor de la libertad individual reconoce intuitivamente que lo que está presenciando no es un ejercicio de autonomía sino una manifestación de sufrimiento que requiere una intervención protectora.

Las características psicosociales de la adolescencia añaden capas adicionales de complejidad. La búsqueda de autonomía e independencia, característica de esta etapa, puede llevar a los jóvenes a rechazar ayuda precisamente cuando más la necesitan. La importancia crucial que adquiere el grupo de pares puede amplificar tanto factores protectores como de riesgo, dependiendo de las características de ese grupo.

La tendencia adolescente hacia la toma de riesgos, combinada con la impulsividad aumentada y las dificultades para proyectar consecuencias a largo plazo, crea un perfil de riesgo único. Los problemas que pueden parecer insuperables desde la perspectiva adolescente –conflictos románticos, presión académica, rechazo social– frecuentemente son temporales y resolubles, pero la limitada experiencia vital puede hacer que parezcan definitivos e irremediables.

La vulnerabilidad adolescente al contagio social amplifica estos riesgos. Los jóvenes muestran una susceptibilidad particular a los modelos sociales y una influencia ampliada de pares y medios de comunicación. El riesgo de imi-

tación es especialmente alto en esta población, como demuestran los *clusters* de suicidios que ocasionalmente afectan a comunidades escolares.⁵

Estas consideraciones neurobiológicas y psicosociales plantean serias dudas sobre la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones verdaderamente autónomas sobre el suicidio. El compromiso del juicio, la dificultad para evaluar alternativas a largo plazo, la tendencia hacia soluciones extremas ante problemas temporales y la influencia desproporcionada de factores emocionales inmediatos sugieren que la «autonomía» adolescente en este contexto específico puede ser más aparente que real.

Sin embargo, esto no significa que debemos tratar a los adolescentes como si fueran completamente incapaces de participar en decisiones sobre su propia vida. Más bien, sugiere que necesitamos enfoques diferenciados que reconozcan tanto su autonomía emergente como sus limitaciones específicas de desarrollo.

Hacia una ética de la protección reflexiva

La reflexión sobre estas cuestiones me ha llevado a conceptualizar lo que podríamos llamar una «ética de la protección reflexiva» en el contexto de la prevención del suicidio adolescente. Esta aproximación reconoce que la protección temporal de jóvenes en crisis no constituye una negación de su autonomía futura, sino una inversión en las condiciones necesarias para que esa autonomía pueda ejercerse plenamente.

Esta perspectiva ética se fundamenta en varios principios interrelacionados. Primero, el reconocimiento de que la autonomía es un proceso en desarrollo, no un estado binario. Los adolescentes poseen grados variables de capacidad decisional que fluctúan según el contexto, el estado emocional y la complejidad de la decisión. Nuestro papel como adultos protectores es proporcionar un andamiaje temporal que permita el desarrollo completo de esa capacidad.

Segundo, la comprensión de que la irreversibilidad del suicidio justifica niveles especiales de protección. Mientras que podemos permitir a los adolescentes cometer errores y aprender de las consecuencias en muchas áreas de la

vida, el suicidio elimina toda posibilidad de aprendizaje futuro. Esta característica única justifica intervenciones protectoras que quizás no estarían justificadas en otros contextos.

Tercero, el reconocimiento de que las crisis adolescentes son frecuentemente temporales y que existe una alta capacidad de recuperación y adaptación en esta población. Los estudios longitudinales muestran que la mayoría de los adolescentes que experimentan ideación suicida no mantienen estos pensamientos de manera persistente, y que muchos aprecian cambios significativos en sus perspectivas vitales a medida que maduran.

Esta ética de la protección reflexiva también implica un compromiso con enfoques preventivos especialmente diseñados para las características y necesidades de los adolescentes. Esto incluye programas escolares de prevención que reconozcan las particularidades del desarrollo adolescente, la formación específica de adultos en la detección temprana de señales de alarma, la restricción cuidadosa pero firme del acceso a medios letales y un tratamiento intensivo e inmediato de los factores de riesgo identificados.

Factores protectores: construyendo resiliencia desde la comunidad

Una de las reflexiones más esperanzadoras que emergen del análisis del fenómeno suicida es el reconocimiento de que, junto a los factores de riesgo bien documentados, existe un conjunto de factores protectores que pueden fortalecerse deliberadamente. Esta perspectiva nos aleja de enfoques puramente centrados hacia modelos más integrales que buscan construir resiliencia y capacidad de afrontamiento.

A nivel individual, la investigación ha identificado competencias específicas que reducen significativamente el riesgo suicida. Las habilidades de resolución de problemas permiten a las personas encontrar alternativas a la muerte cuando se enfrentan a dificultades aparentemente insuperables. La capacidad de regular emociones proporciona herramientas para navegar por estados afectivos intensos sin recurrir a soluciones definitivas. El sentido de propósi-

to y significado, lo que Viktor Frankl denominó el «porqué» para vivir, ofrece anclas existenciales que pueden sostener a las personas durante las tormentas vitales más severas.

Pero quizás más importante aún son los factores protectores relacionales y comunitarios. Los vínculos familiares sólidos, caracterizados no necesariamente por la ausencia de conflicto sino por la presencia de comunicación abierta, apoyo emocional y sentimiento de pertenencia, constituyen uno de los factores protectores más potentes identificados por la investigación. Las redes de apoyo social que van más allá de la familia nuclear –amigos, mentores, miembros de la comunidad– proporcionan múltiples fuentes de conexión y significado.

A nivel comunitario, el acceso a servicios de salud mental de calidad, la existencia de políticas públicas de prevención bien diseñadas, el tratamiento responsable del suicidio por parte de los medios de comunicación, y la creación de ambientes escolares y laborales protectores contribuyen a crear un ecosistema social que sostiene y protege a sus miembros más vulnerables.

Postvención: sanando las heridas del suicidio

Un aspecto que se olvida frecuentemente en las discusiones sobre la prevención del suicidio es la postvención: las intervenciones dirigidas a las comunidades e individuos afectados por un suicidio consumado. Esta dimensión es crucial no solo por razones humanitarias, sino también porque cada suicidio aumenta el riesgo de otros suicidios en la comunidad afectada.

Los supervivientes de suicidio –familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio de la persona fallecida– experimentan formas particulares de duelo caracterizadas por sentimientos intensos de culpa, búsqueda de significado y, frecuentemente, pensamientos suicidas propios. La investigación de Pitman y colaboradores demostró que los padres que han perdido un hijo por suicidio tienen más del doble de riesgo de hospitalizaciones por trastornos mentales y de suicidio parental.⁶

Estos datos subrayan la importancia de intervenciones que aborden tanto las necesidades individuales de los supervivientes como el riesgo de contagio en la comunidad más amplia. Esto incluye servicios especializados de apoyo al duelo que comprendan las particularidades del duelo por suicidio, grupos de apoyo mutuo entre supervivientes y programas comunitarios que promuevan la sanación colectiva.

La postvención también requiere estrategias específicas para prevenir el efecto contagio, particularmente en entornos como las escuelas donde múltiples individuos pueden haberse visto afectados. Esto incluye comunicación cuidadosa sobre el suicidio que evite la glorificación o romantización, identificación proactiva de individuos en riesgo aumentado y provisión de recursos adicionales de apoyo durante el periodo de mayor vulnerabilidad.

Al concluir estas reflexiones basadas en mi ponencia y en las preguntas que me plantearon, me queda una convicción profunda: el suicidio no es un fenómeno individual sino un síntoma de fracturas en nuestro tejido social que requieren respuestas colectivas igualmente complejas y matizadas.

Las cifras abrumadoras que documentan el impacto del suicidio, especialmente en poblaciones jóvenes, no deben paralizarnos sino motivarnos a actuar con mayor urgencia y determinación. Cada estadística representa una oportunidad perdida de conexión, de comprensión, de intervención oportuna.

La prevención del suicidio no es solo una cuestión técnica o clínica, sino profundamente ética y social. Requiere de todos nosotros un compromiso sostenido por construir una sociedad más conectada, más comprensiva, más esperanzadora. Una sociedad que, cuando sus miembros miren en el espejo, no vean fragmentos de desesperación sino reflejos de posibilidad y pertenencia.

Notas

1. <https://www.nytimes.com/2018/06/08/health/suicide-spade-bordain-cdc.html>. Consultado el 14 de julio de 2025.
2. Gracia-Liso R, Portella MJ, Pujals-Altés E, Puntí-Vidal J, Llorens M, Pàmias M, et al. Comparing frequencies of adolescent suicide attempters pre- and during COVID-19 pandemic school terms. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):373. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05823-y>
3. Chávez-Hernández AM, y Leenaars AA. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360. Recuperado el 14 de julio de 2025.
4. <https://www.incibe.es/sites/default/files/contenidos/informe-eukidson-line-2018.pdf>. Consultado el 14 de julio de 2025.
5. Hawton K, Hill NTM, Gould M, John A, Lascelles K y Robinson J (2020). Clustering of suicides in children and adolescents. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4(1), 58-67. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30335-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30335-9)
6. Pitman A, Osborn D, King M y Erlangsen A (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet. Psychiatry*, 1(1), 86-94. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)

Autolesiones y conducta suicida como expresión del malestar en la adolescencia actual

Anna Sintes

Psicóloga clínica de infancia y adolescencia del Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues de Llobregat)

Introducción

Cuando hablamos de malestar emocional en salud mental, nos referimos a un estado subjetivo de sufrimiento psicológico que, aunque no es necesariamente patológico, puede tener un impacto funcional y personal relevante. Por lo tanto, este es un concepto más amplio y flexible que el de diagnóstico clínico.

En este sentido, la OMS ha utilizado el término «emotional distress» para referirse a un espectro de sufrimientos psicológicos que no son trastornos mentales formales, pero que afectan a la calidad de vida y al funcionamiento.¹

Por lo tanto, la OMS diferencia malestar emocional y trastorno mental, considerando que en el primer caso se trata de una reacción normal a condiciones adversas y que no implica necesariamente un trastorno mental.²

En cambio, el trastorno mental implica un estado de sufrimiento psicológico significativo que se caracteriza por su elevada intensidad, duración y grado de interferencia funcional, y que cumple criterios diagnósticos establecidos según las clasificaciones internacionales DSM y ICD.^{3,4}

Por otra parte, la salud, y la salud mental en concreto, no se puede considerar en términos dicotómicos. Entre la salud y la enfermedad existen infinitos estados intermedios, que conllevan diferentes grados de malestar, o bienestar, y que siempre implican un cierto grado de subjetividad.

El malestar emocional en la adolescencia

La adolescencia es una etapa del desarrollo, que transcurre entre la infancia y la adultez, caracterizada por la presencia de numerosos cambios. Según Sawyer, debe considerarse desde los diez hasta los veinticuatro años, en reconocimiento a la prolongación de los procesos de transición biológica, psicológica y social hacia la vida adulta.⁵

Durante la adolescencia ocurren por lo tanto cambios biológicos, psicológicos y sociales profundos, que suponen un desafío adaptativo y que incrementan la susceptibilidad a experimentar malestar emocional y trastornos mentales.

¿Crisis de salud mental en la adolescencia actual?

Cuando nos referimos a problemas de salud mental en la adolescencia podemos adoptar una perspectiva ahistórica, y referirnos a las dificultades o malestares que son inherentes a este periodo, universales y atemporales, y que estarían relacionados con los profundos cambios y frecuentes retos que debe afrontar todo adolescente.

No obstante, también podemos adoptar un enfoque contemporáneo, poniendo el foco en los problemas de salud mental o malestar psicológico que experimentan los adolescentes en el periodo histórico actual. En este caso podemos abordar la narrativa compartida en diferentes foros sobre la posible existencia de una especie de «pandemia de salud mental» o crisis de salud mental en la adolescencia de hoy.

La definición científica de pandemia pone de manifiesto la necesidad de revisar estos términos. Según la OMS, una pandemia es «la propagación mundial de una nueva enfermedad, que afecta simultáneamente a un gran número de personas en varios países o continentes, y para la cual la población tiene poca o ninguna inmunidad».⁶

Los datos procedentes de los estudios científicos actuales en el campo de la salud mental infantil y juvenil no parece que permitan sustentar la conveniencia de este símil, pues no está tan claro que el malestar actual sea una «nueva enfermedad», ni es pertinente afirmar que para ella la población no dispone de inmunidad, por mucho que el malestar psicológico afecte a un gran número de adolescentes y que la demanda en esta área se haya incrementado. Se ha observado un aumento en la incidencia de algunos trastornos de salud mental en adolescentes y jóvenes, y sí se ha observado una mayor solicitud por parte de estos de atención sanitaria y social, pero los datos, en mi opinión, requieren de un análisis más pausado y detallado.

Los datos

Si atendemos a la presencia de noticias sobre la salud mental de adolescentes y jóvenes en los medios de comunicación, en sentido amplio (prensa, redes sociales, etc.), es evidente la creciente difusión de datos en relación con un incremento actual y a nivel mundial de los problemas de salud mental entre ellos.

Por citar un ejemplo, se han publicado los datos de la *Enquesta a la joventut de Catalunya 2022*, según la cual casi el 31,2% de los jóvenes de entre quince y treinta y cuatro años en Cataluña reconocen que sufren malestar emocional.^{7,8}

Pero los datos procedentes de encuestas sobre salud mental, si bien aportan información útil sobre la opinión que los jóvenes tienen sobre su propio estado de salud mental, no ofrecen datos científicos sobre la evolución de la prevalencia e incidencia de los distintos trastornos mentales.

Los datos procedentes de encuestas reflejan la valoración subjetiva de los encuestados, y sabemos que esta depende de numerosos factores, tales como las expectativas sobre lo que es la salud o el bienestar emocional, el concepto de felicidad y las expectativas con relación a la misma, el conocimiento de las diferentes enfermedades o trastornos, etc. Todas estas variables influyen en sus respuestas a las encuestas y probablemente hacen que los resultados de las mismas no sean comparables intergeneracionalmente.

Estos datos, por lo tanto, no se deberían interpretar como estudios epidemiológicos, ya que son estos últimos los que permiten responder a la cuestión sobre un posible incremento de los trastornos mentales.

Aunque los datos clínicos y epidemiológicos en la población catalana y española son escasos en comparación con los datos a nivel internacional, sí se dispone de algunos estudios realizados en nuestro contexto que permiten extraer conclusiones interesantes.

En esta línea, recientemente se publicaron los resultados de un estudio que tuvo como objetivo estimar la prevalencia acumulada en 2017 de distintos diagnósticos de trastornos mentales infantiles y juveniles (ansiedad, estado de ánimo, conducta y alimentación) en niños y adolescentes catalanes de entre dos y dieciocho años.

Los autores analizaron la tendencia de la incidencia anual de estos diagnósticos entre 2009 y 2017, basándose en datos procedentes de los registros administrativos del Servei Català de Salut (Generalitat de Catalunya), y observaron un aumento continuo de la incidencia de estos trastornos hasta los años 2013-2014, y después una estabilización. Los trastornos que más se incrementaron fueron los de ansiedad y los alimentarios.⁹

Otro estudio realizado en nuestro entorno es el publicado en 2024 por Lozano-Sánchez y colaboradores, que tuvo como objetivo analizar la tendencia en los diagnósticos de trastorno mental en los adolescentes y jóvenes de edades comprendidas entre doce y veinticuatro años atendidos en los servicios de atención primaria en Cataluña entre los años 2008 y 2022.

Sus datos incluyeron información procedente de médicos de familia, pediatras, enfermería y otros profesionales de la atención primaria, y fueron obtenidos de la base de datos poblacional que incluye historias clínicas electrónicas anonimizadas de más de seis millones de personas (el 80% de la población catalana).

Sus hallazgos indicaron un aumento sostenido de las tasas de diagnóstico de trastornos de salud mental entre los jóvenes a lo largo del periodo estudiado, especialmente desde 2017, con un incremento más destacado de los trastornos de ansiedad y depresión, sobre todo en mujeres de entre quince y dieci-

nueve años, y especialmente entre las residentes en áreas socioeconómicamente más desfavorecidas.

También se observó un incremento en la incidencia entre los diecinueve y veinticuatro años (jóvenes) y no entre los diez y diecinueve (infantes y adolescentes), excepto en los trastornos por déficit de atención. Ese incremento fue mayor entre 2011 y 2013, lo que se relacionaría con la crisis económica del 2008-2009, tal y como se ha advertido en estudios internacionales, y más tarde en 2020, con relación a la crisis de la COVID-19 y sus consecuencias socioeconómicas. Estos datos son compatibles con los observados en países de nuestro entorno, como Reino Unido.¹⁰

Este mismo año se ha publicado otro artículo con los resultados procedentes del análisis de la tendencia temporal entre los años 2000 y 2021 en las hospitalizaciones de adolescentes de entre once y dieciocho años con diagnósticos de trastornos mentales en España, según el Registro Nacional de Altas Hospitalarias, y que tenía el propósito de valorar un posible aumento de casos y/o cambios en los tipos de diagnóstico, entre otras variables.

En él se indica que la proporción de diagnósticos psiquiátricos aumentó del 3,9% en el año 2000 hasta el 9,5% en 2021. Las mujeres representaban el 55,1% de los ingresos, y la media de edad de los ingresos bajó de diecisiete a quince años durante este periodo.

El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 10,6 días y los diagnósticos más frecuentes fueron: 40% trastorno por uso de sustancias, 15% trastornos de la conducta alimentaria, 13% ansiedad y trastornos por estrés postraumático, 9% TDAH, 8% depresión mayor, 6% esquizofrenia y otras psicosis, 6% trastornos del espectro del autismo.

Otra interesante cifra que se extrae de este estudio es el registro en 2021, el año posterior a la pandemia, de un incremento del 51% de hospitalizaciones por trastornos mentales, comparado con el año anterior.¹¹

Por lo tanto, de estos estudios se puede concluir un incremento, entre jóvenes y adolescentes, de algunos problemas de salud mental, especialmente de los trastornos del espectro de la ansiedad, que coincide con los periodos de crisis

económica y social, y que se observa especialmente en el género femenino y en los estratos socioeconómicos más desfavorecidos.

Pero, en cuanto a la evolución de los trastornos mentales más graves y/o con una mayor carga de determinantes neurobiológicos y/o hereditarios en su etiopatogenia (trastornos psicóticos, bipolares, etc.), la evidencia científica disponible no permite afirmar un incremento similar al observado con relación a los trastornos de salud mental más influenciados por variables sociales y culturales (aunque también presenten factores neurobiológicos implicados en su etiología).

Así, por ejemplo, en un estudio que analiza los ingresos por trastorno bipolar, se observó un incremento muy marcado en adolescentes entre 2000 y 2008, y a partir de 2009 una tendencia a la baja en la incidencia entre los más jóvenes en general, mientras que el número de ingresos se mantuvo estable.¹²

En cuanto a los trastornos de la esfera psicótica (esquizofrenia y otros trastornos psicóticos) y su incidencia en nuestro entorno, no se dispone de evidencia que indique un aumento entre la población joven en España o Cataluña durante los últimos años.

En España la prevalencia vital de este tipo de trastornos es de aproximadamente el 0,7%, y la prevalencia puntual va del 0,25% al 0,30%. La incidencia anual, es decir, los casos nuevos al año se sitúan entre 10 y 24 por cada 100.000 habitantes.¹³ Estos datos son equiparables a los mundiales.

Según la evidencia científica, el diagnóstico de trastornos psicóticos en jóvenes se ha mantenido bastante estable a lo largo del tiempo, por lo tanto, no se ha incrementado.

Lo que sí se ha observado es una mejora en el diagnóstico precoz, así como la mayor capacidad de los especialistas para detectar los casos en riesgo de desarrollar psicosis, es decir, el diagnóstico de los llamados Estados Mentales de Alto Riesgo (para la psicosis).^{14,15}

En conclusión, parece que en los últimos años existe más preocupación en general por la salud mental de los jóvenes, que se refleja en una mayor visibilización en los medios de comunicación y una mayor conciencia por parte de

jóvenes, familias y agentes sociales en general de este tipo de problemas, lo que conlleva una mayor demanda de atención a los servicios sanitarios.

Los datos científicos también señalan un aumento de la incidencia de algunos trastornos, coincidiendo con las crisis recientes, tanto la económica del 2008 y como la socioeconómica del 2020 y 2021 asociada a la pandemia de COVID-19.

No obstante, no todos los diagnósticos de salud mental han visto incrementada su prevalencia, sino que la evidencia más bien indica que lo que ha aumentado son los malestares y trastornos más directamente influidos por variables sociales y culturales.

Ello no implica que los jóvenes con trastornos más severos y/o con mayor carga biológica no se vieran negativamente impactados por las crisis. Las dificultades de acceso a los servicios sanitarios y sociales-comunitarios se relacionan con un diagnóstico más tardío, un peor tratamiento y un pronóstico menos favorable en todos los casos.

Las manifestaciones del malestar en jóvenes y adolescentes

Como hemos visto, según la evidencia científica podemos asumir que existe ciertamente un incremento del diagnóstico y de la solicitud de atención sanitaria para trastornos relacionados con la ansiedad, la depresión y los trastornos alimentarios en adolescentes y jóvenes.

En este contexto cabe considerar la demanda creciente por dos tipos de problemas que tienen que ver con estos malestares, como son las autolesiones no suicidas y la conducta suicida.

Autolesiones no suicidas

Se puede considerar la autolesión no suicida (ANS) como una manifestación habitual del malestar que sufren adolescentes y jóvenes con distintos problemas de salud mental.

Una ANS es un acto intencional que se realiza de forma directa y repetida, aunque puede ser también ocasional, para dañar la superficie del propio cuerpo, con la intención de causar dolor y daño, pero sin intención de provocar la muerte.

La finalidad de esta lesión autoinfligida es obtener alivio de un estado afectivo negativo, como la ansiedad o la rabia, resolver una dificultad interpersonal, como liberar tensión tras un conflicto, o bien inducir un estado emocional o sensación positiva, como «sentirse vivo» o tener cierta sensación de control, por ejemplo.

Las formas más comunes de autolesión son los cortes y rasguños, seguidas por los golpes y las quemaduras.¹⁶

En la actualidad, esta conducta, en su forma clínica, se asocia frecuentemente a trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad.¹⁷

Pero existe también una forma, que no cumple los criterios para ser considerada un trastorno clínico, que consiste en una conducta menos grave, menos frecuente y menos repetitiva de conducta autolesiva, que se observa actualmente en población no clínica, es decir, en adolescentes y jóvenes que presentan un malestar menos grave, no tributario de recibir un diagnóstico de trastorno mental.

De hecho, este dato es uno de los cambios observados en el campo de la autolesión no suicida, que ha pasado de ser considerada una conducta asociada a un trastorno mental grave, a ser considerada un problema de salud pública, por su elevada prevalencia en la población general infantojuvenil. En este sentido, la OMS la ha considerado uno de los cinco principales problemas de salud pública entre los jóvenes actuales.¹⁸

En el estudio realizado por el Grupo GRETA, en Cataluña, se encontró que el 32,7% de una muestra de estudiantes había sufrido autolesiones a lo largo de su vida, y el 68% había presentado algún episodio en el último año.¹⁹

Estos datos procedentes de la población catalana son compatibles con los hallados a nivel internacional. Por ejemplo, en una revisión sistemática publica-

da recientemente, se halló una prevalencia de entre el 17% y el 27% en adolescentes sin diagnóstico psiquiátrico, y una prevalencia de hasta el 70% en adolescentes con trastornos de salud mental.

Estos datos reflejan la elevada prevalencia de esta conducta en adolescentes con distintos problemas de salud mental, como ansiedad, depresión, trastornos de conducta alimentaria o trastornos de personalidad, entre otros.

Es por lo tanto una conducta habitual entre adolescentes con problemas de salud mental, y que se observa en sus formas más graves en pacientes con trastornos psiquiátricos, pero que puede también encontrarse como una manifestación del malestar en adolescentes y jóvenes con formas de sufrimiento menos graves.

Entre las causas de este incremento se debe citar el aumento de los problemas de ansiedad y del estado de ánimo, así como de los casos de trastornos de la conducta alimentaria. En la medida en que esta conducta es un modo de manifestar y manejar el malestar, a más diagnósticos mayor prevalencia de las ANS.

Por otra parte, la presencia de las ANS en redes sociales y producciones televisivas, así como su difusión por parte de famosos e *influencers* sin duda tiene un efecto contagio entre los adolescentes y jóvenes más vulnerables y con más riesgo de imitar este tipo de conductas.

En un trabajo español publicado recientemente se ha puesto de manifiesto que las redes sociales, como TikTok, facilitan la difusión de imágenes y lenguaje asociado a las conductas autolesivas entre adolescentes. Además, según los autores, la presencia de *influencers* que comparten experiencias emocionales negativas puede aumentar la vulnerabilidad de sus seguidores, al normalizar estas conductas y ofrecer modelos a seguir.²⁰

Los riesgos asociados a este tipo de conductas, además de los directamente derivados de las lesiones físicas autoinfligidas, como serían las complicaciones médicas y las cicatrices, son los psicológicos.

Entre estos, destacan el de reforzar estrategias disfuncionales para el manejo de emociones negativas, lo que dificulta el aprendizaje y la adopción de estra-

tegias más saludables y adaptativas, y el de desarrollar problemas relacionados con la conducta suicida.

Aunque autolesión no suicida y conducta suicida son dos fenómenos diferenciados, se ha observado que las ANS son uno de los principales factores de riesgo para la conducta suicida.²¹

En nuestro contexto, un estudio realizado por la Plataforma Nacional para el Estudio y la Prevención del Suicidio en 2021 concluyó que los mayores factores de riesgo para una conducta suicida eran haber realizado una autolesión no suicida (82,6%) o un intento de suicidio (57,7%).²²

Trastorno de conducta suicida

La conducta suicida es el acto de causarse la muerte intencionadamente. En cambio, el trastorno de conducta suicida se define, según las clasificaciones psiquiátricas actuales, como la presencia de un intento de suicidio en los últimos dos años.

Es una conducta que puede darse una vez o repetirse, como en el caso de las ANS, pero que se diferencia de estas porque su intención es acabar con la propia vida.

No obstante, también se incluye en este concepto la ideación suicida, que se refiere a la presencia de pensamientos recurrentes de muerte o deseos de quitarse la vida, con o sin la elaboración de un plan concreto, que pueden variar en intensidad, frecuencia y grado de planificación.²³

Los datos

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, las defunciones por suicidio anuales en España se incrementaron un 15,8% entre 2012 y 2022, aunque cabe destacar que estas cifras no se centran específicamente en menores o jóvenes, sino que hacen referencia a todas las edades.²⁴

Si nos centramos en la conducta suicida en adolescentes, sí podemos afirmar que en España han aumentado un 32% desde 2019 al 2021, aunque este in-

crecimiento no se explica únicamente por la aparición de la pandemia de COVID-19, ya que era una tendencia que se llevaba observando desde 2018.²⁵

Otros datos recientes, en un trabajo que analizó las tendencias de hospitalización por conductas suicidas en adolescentes de once a dieciocho años, entre 2000 y 2021, y basándose en el Registro Nacional de Altas Hospitalarias, apuntan que los ingresos por conducta suicida se incrementaron un 250% en 2021. Además, los autores observaron que el 73,4% de estas hospitalizaciones fueron de chicas, aunque la mortalidad durante la hospitalización fue el doble entre los chicos, comparada con los hospitalizados por otros trastornos mentales.²⁶

Según datos del Departament de Salut de Catalunya, en cuanto al programa Codi Risc Suïcidi en 2022 se registró el número más elevado de defunciones por suicidio en el contexto de un crecimiento sostenido desde 2016. Entre 2022 y 2023 el 20,8% de adolescentes entre once y dieciocho años habían tenido ideas suicidas. No obstante, en 2023 se observó el primer descenso postpandemia en las cifras de activación del código de riesgo; con 730 activaciones, hubo un 6,3% menos que en 2022, a pesar de ser esta una cifra aún superior a la registrada en 2020.²⁷

Lo que apuntan los datos más recientes, aún no publicados en formato de memoria anual, es la tendencia, observada por los profesionales que nos dedicamos a la práctica clínica, a una disminución en el número de fallecimientos por esta conducta, pero unas cifras aún elevadas de consultas por tentativas suicidas (sin deceso) y por ideación suicida (sin tentativa asociada).

En esta línea, algunos medios de comunicación ya se han hecho eco del aumento de las urgencias en los servicios de salud mental infantil y juvenil por ideación suicida, lo que supone un cambio de tendencia, ya que anteriormente las urgencias por intento de suicidio superaban a las consultas por ideación autolítica.²⁸

Algunas hipótesis sobre las causas del malestar

Parece pues que existe una demanda creciente de atención en salud mental infantil y juvenil, que ya se observaba con anterioridad a la pandemia, pero

que se vio acrecentada con las consecuencias de la misma.²⁹ Ante este aumento de la demanda, que se centra como hemos visto en algunos diagnósticos en concreto, como son los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos del comportamiento, como la conducta autolesiva y la conducta suicida, es lícito preguntarnos por las causas, a pesar de saber de antemano que la respuesta a esta cuestión es compleja y multifactorial.

Una de las causas que podría explicar esta realidad es la que sugiere que la identificación precoz de trastornos emergentes en jóvenes de entre doce y veinticinco años, mediante enfoques diagnósticos innovadores y modelos de servicio adaptados, podría explicar el aumento de las consultas.³⁰

Es un hecho constatado que la mayoría de los trastornos de salud mental (el 75% según la OMS) aparece, en forma de sus primeras manifestaciones o síntomas iniciales, antes de los dieciocho años, y el 50% presentan sus primeras manifestaciones antes de los quince. Por lo tanto, no es de extrañar que en la actualidad, con mayor información y mejores herramientas de diagnóstico, se identifiquen los problemas de salud mental con más antelación, y por lo tanto se reconozcan en las primeras etapas de la vida, es decir, en la infancia y la adolescencia. Ello explicaría en parte que en estas etapas se estén diagnosticando más problemas en la actualidad que en décadas atrás.

Otra hipótesis hace referencia a la mayor conciencia existente ahora respecto a la importancia de la salud mental en el contexto de la salud global de las personas. Sin duda, una mayor conciencia podría ser la causa de que muchos jóvenes, y sus familias, busquen ayuda profesional para problemas y síntomas de malestar emocional, que sin esta percepción y conciencia sobre la importancia de los mismos probablemente padecerían del mismo modo pero sin reclamar atención y ayuda.

Esta hipótesis también ha recibido algún apoyo empírico. Por ejemplo, según datos procedentes de la Encuesta de Salud Mental realizada por Ipsos, el 60% de la población española declara que el estrés afecta a su vida diaria. Esta cifra es indicativa de una creciente conciencia sobre los factores que impactan la salud mental en la sociedad española.³¹

Por otra parte, la generación de jóvenes actuales, la llamada generación Z, parece que está más preocupada por cuestiones relativas a la salud mental que

otras anteriores, como la Boomer. Así, según un informe publicado recientemente, la generación Z es un 83% más propensa a declarar sentimientos de ansiedad y un 86% más propensa a sufrir episodios de depresión en comparación con otras generaciones. Además, el 39% de los encuestados de la generación Z afirmó haber acudido a terapia en persona o en línea en los últimos dos años.³²

En esta misma dirección, otro reciente informe reveló que más de la mitad (53%) de los empleados de la generación Z manifiestan una profunda preocupación por su salud mental, en comparación con el 38% de la generación Boomer.³³

Por otra parte, existe la opinión, defendida por profesionales de distintos ámbitos y también por la población en general, de que los adolescentes y jóvenes actuales son más vulnerables a padecer problemas de salud mental a causa de la sobreprotección que marca la crianza y la educación de las familias. Esta es la narrativa de la «generación de cristal». Efectivamente, existen algunos trabajos científicos recientes que relacionan ambos aspectos: sobreprotección y vulnerabilidad.

Así, un estudio publicado recientemente sobre la relación entre la sobreprotección ejercida por los progenitores en la adolescencia temprana y el bienestar psicológico de los adolescentes sugiere que la sobreprotección parental puede tener un impacto negativo en el bienestar psicológico de los adolescentes, lo que puede contribuir al desarrollo de problemas de salud mental.³⁴

En nuestro país, algunos autores han hallado datos similares, sugiriendo que la sobreprotección parental afecta el desarrollo de la autonomía en niños y niñas, ya que, con la intención de proteger a sus hijos, un control excesivo puede limitar el desarrollo de habilidades esenciales para la independencia. Los autores observan que los menores sobreprotegidos presentan mayores dificultades para enfrentar desafíos cotidianos y resolver problemas por sí mismos.

Algunos autores, siguiendo con la hipótesis de la supuesta mayor fragilidad de los adolescentes y jóvenes actuales, han argumentado que la generación Z «ha sido preparada para el fracaso debido a una combinación de redes socia-

les, crianza excesivamente protectora y una ideología política que enfatiza la victimización».³⁵

Aunque la mayoría de los estudios sobre estilos educativos apuntan a un cambio a lo largo de los años de un estilo autoritario a un estilo más democrático o permisivo,^{36,37} no existen estudios científicos y rigurosos que relacionen directamente este cambio con la mayor fragilidad de los adolescentes actuales.

Además, no disponemos de datos que permitan concluir que los padres y madres actuales desarrollan estilos de crianza más sobreprotectores que los padres y madres de otras generaciones.

En cambio, lo que sí parece que está recibiendo apoyo científico es la influencia negativa que tiene el uso de *smartphones* y redes sociales en la salud mental de los adolescentes. Una revisión bibliográfica reciente encontró que el uso de dispositivos electrónicos está vinculado a un aumento de la ansiedad, la depresión y las conductas autolesivas, especialmente entre los adolescentes.³⁸

Un trabajo de investigación a nivel internacional realizado en 45 países reveló que el malestar emocional comienza a experimentarse actualmente desde edades más tempranas, y este fenómeno se asocia, según los datos, con el auge de los *smartphones*, el uso excesivo de internet y la pérdida de actividades sociales tradicionales.³⁹

Son muchos los estudios que han demostrado la relación entre las redes sociales y los principales problemas de salud mental de los adolescentes actuales, como son las conductas suicidas,⁴⁰ lo cual nos lleva a pensar que las causas de esta supuesta «pandemia» las deberíamos buscar en aspectos tanto individuales, como familiares, socioculturales y políticos.

La OMS propone que los gobiernos implementen políticas para reducir el riesgo digital en los adolescentes, incluyendo educación digital, protección de datos y herramientas para que los padres puedan supervisar el uso de las redes sociales de manera efectiva.

Pero además de las redes sociales, y la influencia que ejercen en cuanto a la comparación social, expectativas de felicidad, y la imitación de conductas y

estilos de vida poco saludables, deberíamos considerar también la influencia de las mismas en el contexto de la cultura actual.

En una sociedad líquida,⁴¹ definida por el individualismo, el consumismo, la superficialidad, la incertidumbre, la inestabilidad y el cambio constante, las redes podrían acentuar aún más la tendencia adolescente a afrontar el malestar que produce la incertidumbre y la desesperanza vital con conductas impulsivas y evasivas, como las suicidas, siendo poco conscientes de las consecuencias que dichas conductas tienen a medio y largo plazo en sus vidas y en las de quienes les rodean.

Por último, y dado que es un hecho constatado que los jóvenes en contextos vulnerables desde el punto de vista socioeconómico tienen mayores tasas de ansiedad y depresión, son muchos los informes que recomiendan políticas y programas integrales que combinen apoyo familiar, escolar y comunitario, enfocados a reducir desigualdades económicas y sociales.⁴²

Por lo tanto, y a modo de conclusión, aunque la adolescencia es y ha sido siempre un periodo de grandes cambios y retos para el equilibrio emocional, los desafíos a los que deben hacer frente los adolescentes actuales, como son el uso de *smartphones* y redes sociales, así como la incertidumbre económica, ecológica y política, parece que podrían acentuar su vulnerabilidad, por lo que es necesario abordar la cuestión con una mirada amplia, más allá de las psicologías clínica o psiquiatría, y tener en cuenta los datos procedentes de la psicología social, la sociología, y las ciencias en las que se deben apoyar las políticas educativas y de bienestar social.

Notas

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Ginebra: World Health Organization; 2017.
2. Ibid.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
4. World Health Organization. International classification of diseases 11th revision (ICD-11) for mortality and morbidity statistics. Ginebra: World Health Organization; 2019.
5. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223-8. Disponible en: doi:10.1016/S2352-4642(18)30022-1
6. World Health Organization. WHO global influenza preparedness plan: the role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Ginebra: World Health Organization; 2005.
7. Bolívar M, Padrosa E. Salut mental, joventut i desigualtats: una mirada integral al benestar emocional de la població jove de Catalunya. Col·lecció Aportacions, núm. 67. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2024.
8. Generalitat de Catalunya. Direcció General de Joventut. Enquesta a la joventut de Catalunya 2022. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Drets Socials; 2023.
9. Kusters MSW, Pérez-Crespo L, Canals J, Guxens M. Lifetime prevalence and temporal trends of incidence of child's mental disorder diagnoses in Catalonia, Spain. *Span J Psychiatry Ment Health*. 2023;16(1):24-31. Disponible en: doi:10.1016/j.rpsm.2021.02.005
10. Lozano-Sánchez A, Aragonès E, López-Jiménez T, Bennett M, Evangelidou S, Francisco E, et al. Temporal trends and social inequities in adolescent and young adult mental health disorders in Catalonia, Spain: a 2008-2022 primary care cohort study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2024;18(1):159. Disponible en: doi:10.1186/s13034-024-00849-2
11. Soriano V, Ramos JM, López-Ibor MI, Chiclana-Actis C, Faraco M, González-Cabrera J, et al. Hospital admissions in adolescents with mental disorders in Spain over the last two decades: a mental health crisis? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2025;34:1125-34. Disponible en: doi:10.1007/s00787-024-02543-2
12. López-Cuadrado T, López-González L, López-Jiménez T, Evangelidou S, Martínez D, Calvo C, et al. Recent trends in hospital admission due to

- bipolar disorder in 10-19-year-olds in Spain: a nationwide population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(7):1110-20.
13. Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLoS One*. 2018;13(4):e0195687. Disponible en: doi:10.1371/journal.pone.0195687
 14. Llinàs Mallol L, Blanco Silvente L, Barajas Vélez A, Lobo Polidano E, Estrada Sabadell MD, Vivanco Hidalgo RM. Evaluación de los programas de intervención temprana en psicosis dirigidos a adolescentes y adultos jóvenes. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); 2023.
 15. Tor J, Baeza I, Sintes-Estévez A, De la Serna E, Puig O, Muñoz-Samons D, et al. Cognitive predictors of transition and remission of psychosis risk syndrome in a child and adolescent sample: longitudinal findings from the CAPRIS study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(1):89-104. Disponible en: doi:10.1007/s00787-022-02137-w
 16. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5-TR. 5.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2023.
 17. Vega D, Sintes A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, et al. Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actas Esp Psiquiatr*. 2018;46(4):146-55.
 18. World Health Organization. Suicide. Geneva: World Health Organization; 2023 [citado 20 Oct 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
 19. Vega D, Sintes A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, Soto À, Lara A, Méndez I, Martínez-Giménez R, Romero S, Pascual JC. Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2018;46(4):146-155.
 20. Martín Muñoz D. Comunidad digital de las autolesiones de los menores en TikTok. *VISUAL REVIEW Int Vis Cult Rev*. 2024;16(4):61-74. Disponible en: doi:10.62161/revvisual.v16.5292
 21. Fink E, Reichl C, Lerch S, Koenig J, Kaess M. A biological phenotype of suicide attempt in adolescents with nonsuicidal self-injury: a machine-based learning approach. *Neuropsychopharmacology*. 2025;50(1):123-130. Disponible en: doi:10.1038/s41386-025-02176-2
 22. Plataforma Nacional para el Estudio y la Prevención del Suicidio. Incremento de las autolesiones y conductas suicidas en población infanto-juvenil. 2021. Disponible en: <https://www.plataformanacionalsuicidio.es/noticias/incremento-de-las-autolesiones-y-conductas-suicidas-en-poblacion-infanto-juvenil>
 23. Ibid.
 24. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte. Suicidios en España 2012-2022 [Internet]. Madrid: INE; 2023 [citado 31 Ago 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es>
 25. Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Informe sobre la evolución del suicidio en España en población infantojuvenil (2000-2021) [Internet]. Madrid: CIBERSAM; 2023 [citado 31 Ago 2025]. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/evolucion-suicidio-infantojuvenil-2020-2021/>
 26. Soriano V, Ramos JM, López-Ibor MI, Chiclana-Actis C, Faraco M, González-Cabrera J, González-Fraile E, Mestre-Bach G, Pinargote H, Corpas M, Gallego L, Corral O, Blasco-Fontecilla H. Trends in suicidal behavior among hospitalized adolescents in Spain over two decades. *J Affect Disord*. 2024;363:106-11.
 27. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Codi Risc Suïcidi (CRS) [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2015 [citado 31 Ago 2025].
 28. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Codi Risc Suïcidi: memòria anual 2022 [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2023 [citado 31 Ago 2025]. Disponible en: <https://salut.gencat.cat>
 29. Generalitat de Catalunya, Departament de Drets Socials. Salut mental, joventut i desigualtats [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2024 [citado 31 Ago 2025]. Disponible en: <https://dretssocials.gencat.cat/>

- web/.content/JOVENTUT_documents/arxiu/publicacions/col_aportacions/SALUT_MENTAL_JOVENTUT_DESIGUALTATS.pdf
30. Uhlhaas PJ. Towards a youth mental health paradigm: a perspective. *Mol Psychiatry*. 2023;28(12):3253-3260. Disponible en: doi:10.1038/s41380-023-02202-z
 31. Ipsos. Informe Ipsos Día Mundial de la Salud Mental [Internet]. España: Ipsos; 2023 [citado 31 Ago 2025]. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-es/informe-ipsos-dia-mundial-de-la-salud-mental>
 32. McKinsey & Company. Así es cómo la Generación Z está transformando el sector sanitario [Internet]. 2023 [citado 31 Ago 2025]. Disponible en: <https://es.weforum.org/stories/2023/09/como-la-generacion-z-esta-transformando-el-sector-sanitario>
 33. Mercer. Informe sobre salud mental y bienestar de la Generación Z y otras generaciones [Internet]. 2025 [citado 31 Ago 2025]. Disponible en: <https://factorhumano.es/salud-mental-informe-mercer-generacion-z-boomers/>
 34. Arslan IB, Boele S, Dietvorst E, Lucassen N, Keijsers L. Mothers' and fathers' perceived overprotective behavior and maladaptive functioning in adolescents: A three-wave longitudinal study. *J Adolesc*. 2023;94:1-11.
 35. Haidt J. *The Anxious Generation: How the Great Rewiring of Childhood Is Causing an Epidemic of Mental Illness*. New York: Penguin Press; 2024.
 36. Torío López S, Peña Calvo JV, Rodríguez Menéndez MC. Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación: Revista Interuniversitaria*. 2008;20:151-178. Disponible en: <https://revistas.usal.es/tres/index.php/1130-3743/article/view/988> (revistas.usal.es)
 37. Pérez Cano MG, Flores Bravo IM, Ramenzoni V. Estilos de crianza: revisión conceptual y perspectivas actuales. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires; 2022.
 38. Sala A. Social media use and adolescents' mental health and well-being: An umbrella review. *Lancet Reg Health Eur*. 2024;15:100298.
 39. Keles-Gordesli B, Leamy M, Murrells T, Grealish A. Moderating effect of cultural differences on the association between social media use and mental health outcomes in adolescents: A cross-cultural comparison study. *PLoS One*. 2025;20(8):e0330649. Disponible en: doi:10.1371/journal.pone.0330649
 40. Resende R, Silva A, Oliveira J, et al. The relationship between excessive screen time, self-harm, and suicidal behavior in adolescents during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *J Adolesc Health*. 2024;74(5):567-574.
 41. Bauman Z. *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press; 2000.
 42. Coe E, Cordina J, Enomoto K, Jacobson R, Mei S, Seshan N. Addressing the unprecedented behavioral-health challenges facing Generation Z. McKinsey & Company; 2022 Jan 14. Disponible en: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/addressing-the-unprecedented-behavioral-health-challenges-facing-generation-z>

Relación de autores

- Cecília Borràs, psicóloga, directora de la asociación Després del Suïcidi – Associació de Supervivents (DSAS).
- Victòria Cid, deportista de élite y autora del libro *Simplement jo: la meua victòria contra la depressió*.
- Albert Piquer, activista en 1.ª Persona en Salud Mental.
- Josep Ramos, médico psiquiatra. Vocal del Comité de Bioética y del Comité de Ética y Servicios Sociales de Catalunya.
- Anna Sintes, psicóloga clínica de infancia y adolescencia del Servei de Psiquiatria i Psicologia de l'Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues de Llobregat).
- Xavier Trabado, presidente de la Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya y vocal de la Federació Salut Mental Catalunya.
- Josep Vilajoana, presidente de la Fundació Congrés Català de Salut Mental.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

72. *Deliberación, ética y salud pública*
71. *Ética y proximidad en la Ciudad que Cuida*
70. *Las enfermedades minoritarias, un reto para la bioética*
69. *Inteligencia artificial, ética y salud pública*
68. *La necesidad de cuidado: un reto político, social e institucional*
67. *Donación de plasma y altruismo: revisando conceptos*
66. *Eutanasia: los retos jurídicos y administrativos de la LORE*
65. *Vejez, sociedad y salud pública*
64. *Bioética y derecho de la salud pública*
63. *Inteligencia artificial en salud. Retos éticos y científicos*
62. *Soledad no deseada en la era digital*
61. *Discapacidad y equiparación de derechos*
60. *Cuidarse en la sociedad entre pandemias*
59. *La atención a las necesidades sociales y sanitarias, ¿sumamos o dividimos?*
58. *Salud pública y COVID*
57. *Ciudades que cuidan, también al final de la vida*
56. *La salud pública, el género y la ética*
55. *Soledad, envejecimiento y final de la vida*
54. *Sexualidad y diversidad funcional*
53. *Nuevos escenarios en salud e investigación clínica*
52. *Ética y promoción de la salud. Libertad-paternalismo*
51. *Una mirada ética en la gestión de conflictos*
50. *Pensar la maternidad*
49. *Publicidad y salud*
48. *Prioridades y políticas sanitarias*
47. *Ética y donación de plasma: una mirada global*
46. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?*
45. *CRISPR... ¿debemos poner límites a la edición genética?*
44. *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*
43. *¿Debemos revisar el concepto de muerte?*
42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*

23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*

4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

5. *Pedagogía de la Bioética*
4. *Repensar el cuerpo*
3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS