



DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2026

ARGUMENTARIO

Salud mental y jóvenes: Haz *match* con tu salud mental

Índice

1. Qué es el Día Mundial de la Salud Mental	3
2. Razones para escoger esta temática.....	4
3. Mensajes clave	5
4. Condiciones de vida: precariedad, incertidumbre y miedo al futuro.....	7
5. Violencias contra la infancia y la juventud	9
6. Soledad no deseada	11
7. Roles de género	12
8. Conducta o ideación suicida y autolesiones	14
9. Entorno digital	15
10. Adicciones con sustancia y comportamentales.....	17
11. Migración, racismo y conflictos bélicos	19
12. Modelo de atención.....	21
13. Propuestas de SALUD MENTAL ESPAÑA	23



***Nota importante:** Este es un **documento interno** de apoyo elaborado por la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA destinado a facilitar el trabajo de portavocía a aquellas personas vinculadas a este movimiento asociativo, tanto como representantes de la entidad como ofreciendo testimonios en primera persona (como familiar o como persona con problemas de salud mental) ante los medios de comunicación y en el marco de las actividades conmemorativas del Día Mundial de la Salud Mental 2026. Para garantizar la utilidad del documento, **el argumentario no debe compartirse públicamente.**

1. Qué es el Día Mundial de la Salud Mental

- ✓ El Día Mundial de la Salud Mental se conmemoró por primera vez el 10 de octubre de 1992, fecha que eligió la Federación Mundial de la Salud Mental para llamar la atención sobre la importancia de la salud mental. Desde entonces, la Organización Mundial de la Salud se une a la conmemoración y apoya la iniciativa.
- ✓ Este año, la Confederación centra su atención en la **salud mental de la población infanto-juvenil**, dando así **continuidad al trabajo desarrollado en el XXIII Congreso SALUD MENTAL ESPAÑA**, organizado junto con la Federación Salud Mental Canarias bajo el lema 'Juventud con salud mental, futuro con esperanza'.
- ✓ Por **decimotercer año consecutivo**, el lema del movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA se ha **elegido mediante una votación abierta online** entre **5 propuestas** planteadas por un grupo de trabajo, compuesto por personas que pertenecen al Comité Pro Salud Mental En Primera Persona de SALUD MENTAL ESPAÑA, a la Red Estatal de Mujeres de la Confederación y al equipo técnico de la entidad. Un total de 1.860 votos han determinado cuál será el lema con el que se conmemorará el próximo Día Mundial de la Salud Mental 2026: '**Haz match con tu salud mental**'.
- ✓ Continuar esta línea permitirá seguir impulsando colectivamente un mejor bienestar psicosocial para las personas jóvenes, en un momento en el que su salud mental se está viendo especialmente afectada. La [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) señala que **una de cada siete personas jóvenes de entre 10 y 19 años tiene algún trastorno de salud mental** y el Instituto Nacional de Estadística (INE) registra un aumento notable de las conductas suicidas en este sector de la población.
- ✓ En 2026, la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH) ha propuesto el tema "*Lived Experiences Heard: Real Voices, Real Change*" ("*Experiencias vividas escuchadas: voces reales, cambios reales*"), con el objetivo de apoyar la iniciativa de la OMS sobre la desinstitucionalización. SALUD MENTAL ESPAÑA se anexiona a esta temática desde la **prevención del aislamiento mediante el apoyo comunitario desde la juventud**. Porque la desinstitucionalización no significa solo cerrar centros de internamiento, sino crear una comunidad que acoja y que ayude a prevenir situaciones más complejas que lleven a la cronicidad y la institucionalización. Por ello, **la Confederación se une al llamamiento global de la WFMH** para escuchar las **experiencias vividas** (*Real Voices*) y reivindica un **cambio real** (*Real Change*) que deje atrás los modelos de aislamiento y **avance definitivamente hacia la desinstitucionalización**, garantizando que ninguna persona sea apartada por su salud mental.
- ✓ Aunque el Día Mundial de la Salud Mental es el 10 de octubre, **a lo largo de todo el mes de octubre las más de 360 entidades** que forman el movimiento asociativo de personas con problemas de salud mental y sus familiares en el Estado español realizan numerosas acciones informativas, de sensibilización y de reivindicación, este año bajo la temática **salud mental de la población infanto-juvenil**.
- ✓ Las **entidades** miembro de SALUD MENTAL ESPAÑA son un **ejemplo de participación ciudadana** y **conocen de primera mano la situación real** de la atención a la salud mental y las necesidades de las personas directamente afectadas y de su entorno más cercano. Esta conmemoración es un hito fundamental para recordar a los agentes implicados en el ámbito de la salud mental (sanidad, ámbito social, educativo, laboral, de justicia, etc.) que deben contar con la interlocución y asesoramiento de las asociaciones de personas con problemas de salud mental y sus familiares y personas allegadas.

2. Razones para escoger esta temática

El ámbito infantojuvenil es uno de los más relevantes en el contexto de la salud mental. No solo por el reto que supone el **claro empeoramiento de la salud mental** que está sufriendo este sector de la población en los últimos tiempos, y porque el 75% de los problemas de salud mental comienzan antes de los 18 años, sino también porque las niñas, los niños, adolescentes y jóvenes, **son el futuro de nuestra sociedad**.

La salud mental de la juventud atraviesa una crisis en la que el aumento de los trastornos de ansiedad, depresión, autolesiones y suicidio en adolescentes y jóvenes es alarmante, y **no responde únicamente a causas individuales**: el contexto económico, la precariedad, las redes sociales, el aislamiento digital y la falta de perspectiva de futuro están impactando gravemente su bienestar. Abordar esta cuestión en el Día Mundial permite articular respuestas colectivas y centradas en los derechos de las personas jóvenes.

Asimismo, es importante destacar la creciente demanda trasladada a la Confederación por parte de las entidades del movimiento asociativo a través de diversos proyectos estatales, quienes señalan de forma reiterada la necesidad de aumentar la participación de personas jóvenes en el movimiento asociativo y reforzar los servicios de atención, la formación de profesionales y otros perfiles que trabajan con población joven, poniendo de manifiesto la **elevada presencia de problemáticas relacionadas con la salud mental** y la preocupación existente en torno a la prevención de las **autolesiones y de la conducta suicida**.

Qué encontrarás en este documento

En este argumentario, se desglosan distintas temáticas que abordan **la salud mental infanto-juvenil desde diferentes perspectivas**: condiciones de vida (precariedad, incertidumbre y miedo al futuro), violencias contra la infancia y la juventud, soledad no deseada, roles de género, conducta o ideación suicida y autolesiones, entorno digital, migración, racismo y conflictos bélicos, y modelo de atención.

Todas estas cuestiones son transversales a la juventud y afectan, de una manera u otra, a su bienestar y salud mental, por lo que se recogen y detallan en este argumentario.

Además, se recogen las **principales reivindicaciones** que desde SALUD MENTAL ESPAÑA y su movimiento asociativo se proponen para conseguir mejorar la salud mental y el bienestar de las personas jóvenes y su entorno.

3. Mensajes clave

En este apartado se recogen los principales datos y mensajes clave de cada uno de los temas abordados en el argumentario, sintetizando la información desarrollada de forma más extensa a lo largo del documento. Su objetivo es ofrecer una **visión rápida y accesible** de los contenidos esenciales, facilitando la consulta de los aspectos más relevantes.

La finalidad de esta sección es servir como herramienta de apoyo para las entidades y personas que participen en acciones relacionadas con el Día Mundial de la Salud Mental, ya sea en actividades de sensibilización, intervenciones públicas, encuentros institucionales o relaciones con los medios de comunicación.

Como novedad, este año la recopilación de contenidos se presenta en un **formato más visual, mediante infografías** que facilitan la consulta y comprensión de la información, en lugar de la tradicional tabla de texto utilizada en ediciones anteriores. No obstante, es en el texto completo del argumentario donde se encuentran el contexto, los matices y las referencias necesarias para comprender y trasladar en profundidad la información.



IMPORTANTE: Estas infografías*, al igual que el resto del argumentario, son un recurso de uso exclusivamente interno y no deben difundirse externamente. Los datos y mensajes incluidos proceden de las fuentes de referencia citadas en el desarrollo de cada uno de los temas. *Fuente: elaboración propia.

CONDICIONES DE VIDA

EMANCIPACIÓN

14,5%

de las personas menores de 30 años se había emancipado en 2025, frente al 26% en 2008.

30,2

años es la edad media de emancipación.

VIVIENDA Y ALQUILER

12,9%

En 2025, el precio de la vivienda en España aumentó un 12,9% respecto a 2024.

77%

es el porcentaje de subida de alquileres en la última década, mientras que la renta de los hogares solo se ha incrementado un 33%.

80%

Desde 2017, las personas jóvenes dedican más del 80% del salario al alquiler de la vivienda.

IMPACTO EN SALUD MENTAL

42%

de las personas de entre 24 y 35 años afectadas por la crisis de la vivienda percibe su salud mental como mala o regular.

Entre quienes destinan más del 50% de sus ingresos a la vivienda, los problemas de salud mental se duplican frente a quienes dedican menos del 30%.

1 DE CADA 3

personas jóvenes de 16 a 24 años que no puede pagar atención psicológica por motivos económicos declara una mala salud mental.

CAMBIO CLIMÁTICO

En niños, niñas y jóvenes, las altas temperaturas aumentan los ingresos hospitalarios.

SOLEDAD NO DESEADA

1 de cada **4**
personas jóvenes en España
siente soledad no deseada.

Tiene un origen multicausal:



ROLES DE GÉNERO

Niños y niñas se enfrentan a presiones diferentes por el simple hecho de serlo.



♀ Niñas



Feminidad: frágil, delicada, amable, tranquila, sensible y guapa. Fuerte presión externa para ajustarse a dichos rasgos.



Cánones de belleza: tipo de cuerpo, peso, rasgos, color de piel, ropa que ellas utilizan y cosificación sexual.



Normas de género injustas y restrictivas: especialmente, en entornos comunitarios tradicionales que privilegian el dominio y el control masculinos.

♂ Niños



Estándares de masculinidad: ser fuerte, duro, orgulloso, de fiar, sin necesidad de pedir ayuda. Temor a ser menospreciados o acosados por ser percibidos como débiles, vulnerables, blandos, femeninos o gays.



Conductas de riesgo: presión para consumir drogas o alcohol.



Mayor presión económica: 'hombre de la casa' y proveedor.



Expresión emocional limitada: 'Los chicos no lloran'.

CONDUCTA, IDEACIÓN SUICIDA Y AUTOLESIONES

344
JÓVENES Y
NIÑ@S

Según datos definitivos del INE, durante 2024, fallecieron por suicidio **332 personas de entre 15 y 29 años** (230 hombres y 102 mujeres), además de **12 menores de 15 años** (6 niños y 6 niñas). Es decir, en la población infanto-juvenil, fallecieron 344 personas.

POR EDAD

15-29 años
332 personas

Menores de 15 años
12 niños/as

POR SEXO

236
hombres

108
mujeres



1 de cada 10 adolescentes afirma haber deseado quitarse la vida.

MIGRACIÓN, RACISMO Y CONFLICTOS BÉLICOS

CIFRAS

440.319

En 2024 llegaron a España **440.319 personas entre 0 y 25 años**, de los cuales 195.521 mujeres y 244.798 hombres.



EXPERIENCIAS MIGRATORIAS

Las experiencias acumuladas antes, durante y después del proceso migratorio pueden aumentar significativamente el riesgo de **malestar emocional, ansiedad, depresión, trauma, estrés postraumático** y otros problemas de salud mental.

VULNERABILIDAD

Las **personas menores no acompañadas** constituyen un grupo especialmente vulnerable. Sufren más problemas de salud mental que las y los menores que migran junto a sus familias.



VIOLENCIA EN RUTA

90%

El 90% de las mujeres y niñas que transitan por la ruta del Mediterráneo para llegar a Europa han sido violadas.

ENTORNO DIGITAL

1 ACCESO AL MÓVIL

41%
de los niños/as de 10 años ya dispone de un teléfono propio, porcentaje que alcanza el 76% a los 12 años.

2 BIENESTAR DIGITAL

Solo **1** de cada **4** jóvenes considera bueno su bienestar digital. Además, el 30% afirma experimentar estrés frecuente por estar conectado a internet.

3 USO PROBLEMÁTICO

19,4%
de los estudiantes de 14 a 18 años presenta un uso problemático de

4 VIOLENCIA ONLINE

7 de cada **10** jóvenes de entre 18 y 30 años han sufrido acoso en sus escuelas y algún tipo de **violencia online** durante su infancia o adolescencia.

VIOLENCIAS CONTRA LA INFANCIA Y JUVENTUD

AGRESIÓN SEXUAL EN LA INFANCIA



10-20%

En España, entre un 10 y un 20% de la población ha sufrido algún tipo de agresión sexual durante su infancia. **La mitad, en el entorno familiar.**



DENUNCIA

15%

Tan solo un 15% de los casos de abusos sexuales son **denunciados**.



CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

Las consecuencias psicológicas y emocionales a largo plazo pueden ser: **estrés postraumático, insomnio, depresión, trastornos de la conducta alimentaria o, incluso, intentos de suicidio.**



ACOSO ESCOLAR

1 de cada **3**

Casi uno/a de cada tres estudiantes ha sido víctima de acoso escolar.



VIOLENCIA EN LA PAREJA

80,8%

El 80,8% de las mujeres jóvenes que han sufrido violencia en la pareja actual o en pasadas, afirman que les ha producido alguna **consecuencia psicológica**.

ADICCIONES CON Y SIN SUSTANCIA

32,7%

La prevalencia de patología dual entre jóvenes tratados principalmente por trastornos psiquiátricos se sitúa en una media del 32,7%.



CON SUSTANCIA



Alcohol: el 73,9% del alumnado entre 14 y 18 años declara haberlo consumido alguna vez. Evolución favorable: borracheras (17,2%) alcanzan el nivel más bajo.



Tabaco: mínimos históricos (27,3% ha fumado alguna vez).

SIN SUSTANCIA



Juego online: máximo histórico con un 13% de prevalencia.



RRSS: 15,3% del alumnado presenta un posible uso problemático: 2 y 3 horas los días de colegio y más de 5 horas los días no lectivos.

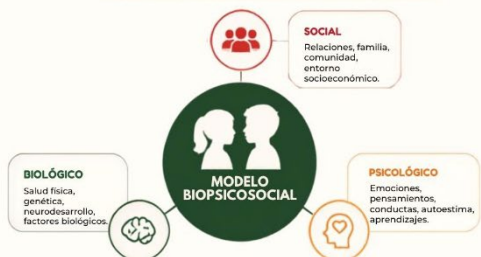
MODELO DE ATENCIÓN



La atención a la salud mental infanto-juvenil requiere de una mirada holística, transversal y dotada de recursos sociosanitarios coordinados.



Apuesta por el modelo biopsicosocial—que contemple factores sociales, educativos, culturales, etc.—acorde con los derechos humanos, y un abordaje comunitario.



La OMS establece los siguientes estándares de calidad para los servicios de atención a la salud mental infanto-juvenil:



4. Condiciones de vida: precariedad, incertidumbre y miedo al futuro

Desafíos estructurales como la crisis de la vivienda, la precariedad laboral, la pobreza o el cambio climático condicionan las trayectorias vitales de la juventud y **propician la aparición de problemas de salud mental**. En jóvenes que ya los tienen, la vivienda y el empleo dignos favorecen su vida independiente, la inclusión comunitaria y mejoran su calidad de vida.

4.1. Barreras en el acceso a la vivienda

El **derecho universal a una vivienda digna**, reconocido en la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** y la **Constitución Española**, es esencial para garantizar la seguridad, dignidad, vida social y el bienestar de las personas.

SALUD MENTAL ESPAÑA visibiliza que los niños y las niñas con problemas de salud mental que conviven en viviendas con muchos familiares afrontan más **conflictos y discusiones**, que les provocan ansiedad y estrés¹. Las **limitaciones de espacio en el hogar** pueden influir en la aparición de problemas de salud mental.

En la etapa joven, las implicaciones de no poder acceder a una vivienda digna de manera autónoma, o de tener que subsistir en una infravivienda, multiplican el malestar.

- **La emancipación juvenil está en mínimos históricos:** en 2025, solo el **14,5%** de las personas menores de 30 años se había emancipado, frente al 26% en 2008, y la edad media de emancipación fue de **30,2 años**.
- En 2025, el **precio de la vivienda** en España aumentó un **12,9%** respecto a 2024², consolidando a las y los jóvenes como una "**generación inquilina**".
- En la última década, los precios de **los alquileres han subido un 77%**, mientras que la renta disponible de los hogares solo lo ha hecho un 33%³.
- El **70% de las personas jóvenes emancipadas** (de 16 a 34 años) **alquila** y el **87%⁴ de ellas comparte vivienda** con otras personas para reducir gastos. Casi la mitad de quienes comparten vivienda tienen un bienestar emocional bajo o moderado.
- Desde 2017, las personas jóvenes dedican más del **80% del salario al alquiler de la vivienda⁵**.
- El **42%** de las personas de entre 24 y 35 años afectadas por la crisis de la vivienda percibe su **salud mental como mala o regular⁶**.
- Entre quienes destinan más del **50% de sus ingresos a la vivienda**, los **problemas de salud mental se duplican** frente a quienes dedican menos del 30%⁷.

4.2. Precariedad laboral y pobreza

A pesar de ser la generación más formada, la juventud española enfrenta una combinación de **bajos salarios, empleo inestable, parcialidad no deseada y estacionalidad** que limita su capacidad de ahorro. En **2025**, casi **6 de cada 10 contratos** a menores de 30 años fueron **temporales**, mientras que la **brecha de género** se tradujo en mayor parcialidad para ellas (16 puntos por encima) y en que, por cada hombre con formación universitaria en paro, hubiera

¹ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2026). *La atención a la salud mental infanto-juvenil: Investigación aplicada para el diagnóstico y la formulación de propuestas desde las entidades de la red SALUD MENTAL ESPAÑA*. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-atencion-salud-mental-infanto-juvenil/>

² Instituto Nacional de Estadística. (2026, 6 de marzo). *Índice de Precios de Vivienda (IPV)*. Base 2015. Cuarto trimestre 2025. <https://www.ine.es/dynqs/Prensa/es/IPV4T25.htm>

³ Consejo de la Juventud de España, Fad Juventud, & Oxfam Intermón. (2026). *Equilibristas 2.0. Habitar la incertidumbre: Vivienda, juventud y malestar estructural*. <https://www.cje.org/>

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

1,8 mujeres⁸. Además, **1 de cada 4 jóvenes percibe violencia laboral** en los primeros años laborales⁹.

Según el **informe 'Equilibristas 2.0. Habitar la incertidumbre: Vivienda, juventud y malestar estructural'**¹⁰:

- **Una de cada tres personas jóvenes se encuentra en riesgo de exclusión.**
- Entre los 16 y 34 años, **más del 30% tiene sobrecualificación** para el puesto que ocupa.
- Más de 1 de cada 3 de las personas jóvenes de 16 a 24 años que **no puede pagar atención psicológica** por motivos económicos declara una mala salud mental. El **62,5% son mujeres**.
- La **carencia material severa** en jóvenes genera **soledad no deseada** en casi el 40% de los casos, frente al 19,6% de quienes no tienen ninguna carencia.
- Pagar el alquiler puede **duplicar el riesgo de pobreza**: tras abonar la vivienda, más del **60%** de las personas jóvenes inquilinas queda en situación de vulnerabilidad.
- **7 de cada 10 jóvenes** que no logran **ahorrar** experimentan con mucha frecuencia **cansancio, apatía, problemas de concentración, para dormir o ansiedad**. A su vez, **6 de cada 10** experimentan tristeza, poco interés por hacer las cosas y miedo ante el futuro o el presente.

Las **personas jóvenes con un problema de salud mental** enfrentan necesidades y barreras añadidas, como la falta de recursos de vivienda adaptados a sus necesidades, la interrupción de sus trayectorias académicas y laborales, y una **tasa de empleo en el colectivo del 22,3% en 2024**, según los últimos datos del INE¹¹.

4.3. Crisis climática y ecoansiedad

El cambio climático provoca sucesos meteorológicos extremos impredecibles, cuyo impacto económico, social y de seguridad **obliga a más de 20 millones de personas a desplazarse de sus hogares cada año**¹², algo que preocupa especialmente a la juventud.

- En niños, niñas y jóvenes, las altas temperaturas **aumentan los ingresos hospitalarios**¹³.
- En días de calor extremo, suben un 43% los diagnósticos de ansiedad, 26% los de depresión y un 65% las bajas laborales por ansiedad¹⁴.
- Las **generaciones más jóvenes** refieren mayor ecoansiedad¹⁵, que se relaciona con síntomas de **depresión, ansiedad, estrés, insomnio** y un mayor **malestar psicológico** general, además de una peor salud mental autoevaluada.
- Sin embargo, **no debemos patologizar la respuesta emocional ante el cambio climático**¹⁶. Esta es proporcional a los riesgos, que afectan más a personas expuestas a la precariedad, la pobreza y que viven en zonas afectadas o con más probabilidad de afectación. Es preciso atajar las causas de fondo y consecuencias del cambio climático.

⁸ Servicio Público de Empleo Estatal. (2026). [Informe del mercado de trabajo de los jóvenes menores de 30 años. Estatal. Datos 2025](#).

⁹ Fundación 1.º de Mayo. (2026). *Informe violencia laboral en España: Principales resultados del estudio 2026*. <https://www.ccoo.es/bd910a89b8bfb96bd2e07e04ea7dafd3000001.pdf>

¹⁰ Consejo de la Juventud de España, Fad Juventud, & Oxfam Intermón. (2026). *Equilibristas 2.0. Habitar la incertidumbre: Vivienda, juventud y malestar estructural*. <https://www.cje.org/>

¹¹ Instituto Nacional de Estadística. (2025, 12 de diciembre). *Estadística de discapacidad en el mercado laboral: EPD (año 2024), SPD (año 2023) y VLPD (año 2023)*. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/EDML20242023.htm>

¹² Naciones Unidas. (s. f.). *Seguridad humana*. <https://www.un.org/es/climatechange/science/climate-issues/human-security>

¹³ He, W., Dey, C., Li, C., et al. (2026). *Heat exposure and hospital admissions for mental health disorders in a changing climate*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2026.05.001>

¹⁴ Pistillo A, Giuliadori A, Palomar-Cros A, Gallo E, Aragonès E, Ballester J, Marí-Dell'Olmo M, Basagaña X, Duarte-Salles T. High temperature and mental health in 3.3 million adults living in Barcelona metropolitan area: a 12-year time series analysis of primary care data. *Environ Int*. 2025;203:109748. doi:10.1016/j.envint.2025.109748.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Montojo, M. (2026, 9 de agosto). Belén González: "A los responsables de la crisis climática les interesa mucho que sea un problema de salud mental". *elDiario.es*. https://www.eldiario.es/ballenablanca/tesis_climatica/belen-gonzalez-responsables-tesis-climatica-les-interesa-sea-problema-salud-mental_128_13425461.html

5. Violencias contra la infancia y la juventud

5.1. Violencia sexual

A) Abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil es una realidad mucho más frecuente de lo que a menudo se cree. La violencia sexual hacia los/as menores es un fenómeno preocupante, ya que la infancia es una etapa muy vulnerable. Además, existen **muchos casos no detectados**, dado que el miedo, la vergüenza o incluso los sentimientos de culpa dificultan que las víctimas hablen de ello.

- Según un estudio de Save the Children (2021)¹⁷ se estima que, en nuestro país, **entre un 10 y un 20% de la población ha sufrido algún tipo de agresión sexual durante su infancia**.
- La mitad de ellas, en el entorno familiar (en el 84% de los casos la víctima conocía al agresor y tenía relación previa con él).
- Sin embargo, **tan solo un 15% de los casos** de abusos sexuales son denunciados¹⁸.

Las consecuencias psicológicas y emocionales a largo plazo pueden ser muy relevantes: **estrés postraumático, insomnio, depresión, trastornos de la conducta alimentaria o, incluso, intentos de suicidio**. Hay estudios que demuestran que haber sufrido violencia sexual durante la infancia o la adolescencia está relacionado con tener problemas de salud mental, como esquizofrenia, así como abuso de sustancias y mayor riesgo de pobreza¹⁹.

Además, **ser mujer aumenta significativamente el** riesgo de sufrir agresión sexual durante la infancia. Según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024²⁰, **el 7,4% (1.582.380) de las mujeres de 16 o más años residentes en España ha sufrido violencia sexual en la infancia** (antes de cumplir 15 años). El 1,2% ha sufrido una violación antes de cumplir los 15 años, el 1,3%, un intento de violación y el 6,6%, otras formas de violencia sexual.

Estas vivencias pueden tener graves consecuencias en la vida de las mujeres. **El 9,1% de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual tienen conductas autolíticas o ideación suicida**¹⁹. La reacción del entorno tras una revelación es clave. Sentirse creída/o, protegida/o y apoyada/o favorece la recuperación, mientras que las dudas, la minimización o la culpabilización pueden aumentar el daño.

B) Violencia sexual adolescentes/jóvenes

La violencia sexual, tanto en la infancia como en la adolescencia y la juventud, afecta principalmente a las mujeres²¹. Según el Barómetro Juventud y Género 2025²², entre los tipos de violencia, se encuentran:

- **Forzar a tener una relación sexual** cuando la otra persona no quiere (23,8%).
- Difundir **mensajes o imágenes íntimas o sexuales** sin permiso (23,1%).
- Hacer grabaciones con el móvil o en vídeo, o hacerle fotos **sin que ella lo sepa** (20,8%).

Respecto a la ciberdelincuencia sexual, que engloba delitos como la **pornografía infantil, corrupción de menores o el grooming**, el grupo de 0 a 13 años concentra el porcentaje más elevado de víctimas, entre el 42,91% y el 53,09% según el año. La adolescencia representa también una etapa crítica, con porcentajes situados entre el 34,81% y el 42,68%²¹.

¹⁷ Los abusos sexuales hacia la infancia en España. Save the Children (2021)

¹⁸ Abuso sexual en la infancia y la adolescencia según los afectados y su evolución en España, 2008-2019

¹⁹ Agresión sexual en niñas y adolescentes, según su testimonio. Evolución en España (2019-2023).

²⁰ Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024

²¹ Informe sobre delitos contra la libertad sexual en España 2024

²² Barómetro Juventud y Género 2025. Adelanto de resultados: violencia de género

5.2. Acoso escolar y ciberbullying

- A nivel mundial, según la UNESCO, **casi uno/a de cada tres estudiantes ha sido víctima de acoso escolar**²³.
- En España, un informe de la Fundación ANAR²⁴ refleja que el **12,3% del alumnado afirma que él/ella o uno/a de sus compañeros/as está sufriendo acoso escolar**, lo cual supone un incremento muy importante respecto al año anterior (cuya cifra fue 9,4%).
- El número de casos es muy similar entre chicos y chicas y tiene su mayor incidencia entre los 11 y 12 años.

Como novedad, según este estudio, **la inteligencia artificial (IA) se utiliza ya en el 14,2% de las situaciones de ciberacoso** entre escolares, sobre todo para manipular la imagen de un/a compañero/a (54,8%) o para suplantar su identidad (32,2%). **El 15,8% del alumnado afirma que las situaciones de ciberbullying de las que son conscientes se prolongan desde hace más de un año**, lo que supone un aumento de 5,9 puntos respecto al curso anterior.

Las características de esta problemática pasan por la democratización del *smartphone* entre la población joven, el anonimato en la red, y la posibilidad de agredir 24/7²⁵. Ser víctima de ciberacoso tiene consecuencias psicológicas negativas, conlleva un menor rendimiento, sensación de aislamiento y sentimientos de desesperanza²⁶. **El 20% de las víctimas de cyberbullying tiene ideaciones suicidas**, y entre el 5% y 8% ha realizado tentativas autolíticas²⁵.

5.3. Violencia machista

En los últimos años se ha observado **un preocupante aumento de los casos de violencia machista entre menores de edad**, una realidad que contribuye a mantener las desigualdades entre hombres y mujeres y a perpetuar los roles y dinámicas propias del sistema patriarcal²⁷:

- El **2,5%** de las jóvenes que han tenido pareja en alguna ocasión ha sufrido **violencia física** en dicho ámbito, frente al 0,8% de las mujeres de 25 o más años.
- En **violencia sexual** los porcentajes son del **3,7%** y del 1,1%, respectivamente.
- En **violencia psicológica** de control, los porcentajes son del **17,3%** y del 5,9%.
- El **80,8%** de las mujeres jóvenes que han sufrido violencia en la pareja actual o en parejas pasadas afirman que les ha producido alguna **consecuencia psicológica**, frente al 68,6% de las mujeres de 25 o más años²⁸.
- En 7 años se ha pasado de que la mitad de la población joven afirme no haber sufrido ninguna forma de violencia en pareja, a que **lo afirmen 3 de cada 10**²⁹.

Sobre la opinión de las y los jóvenes de la violencia machista:

- Los y las jóvenes entre 15 y 29 tienen visiones muy diferentes sobre la violencia de género. Para el **77,7% de las chicas, la violencia de género es un problema social muy grave, 19,6 puntos más que los chicos**²⁷.
- Quienes creen que “siempre ha existido y es inevitable” suben del 30,1% en 2023 al 36,5%, y las **posiciones negacionistas** (como afirmar que “no existe, es un invento ideológico”), **pasan del 18% al 20,3%**²⁷.

²³ UNESCO: *Behind the Numbers: Ending School Violence and Bullying*

²⁴ VII Informe 'La opinión de los/as estudiantes', Fundación ANAR y Fundación Mutua Madrileña

²⁵ Cyberbullying y conducta suicida en alumnado adolescente: Una revisión sistemática

²⁶ *Umbrella review of meta-analyses on the risk factors, protective factors, consequences and interventions of cyberbullying victimization*

²⁷ INJUVE: Revista de Estudios de Juventud n.º 125, Violencia de género en la juventud. Las mil caras de la violencia machista

²⁸ La situación de la violencia contra las mujeres en la adolescencia en España

²⁹ Barómetro Juventud y Género 2025. Adelanto de resultados: violencia de género

- El **44%** de las mujeres jóvenes que han sufrido violencia en pareja declara **problemas de salud mental**, un dato muy superior al registrado entre los jóvenes (19,6%)²⁷.

6. Soledad no deseada

Tal como advierte el 'Estudio sobre juventud y soledad no deseada' del [Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada \(SoledadES\)](#), es importante distinguir 'soledad' de 'aislamiento social'. Mientras que aislamiento social es "la falta sustancial de contactos sociales y puede medirse de manera objetiva", **la soledad es un "sentimiento subjetivo" que refiere a ausencia, en cantidad y/o calidad deseada, "de relaciones sociales", que resulta de la "discrepancia entre los niveles de relaciones sociales deseados y alcanzados"**³⁰.

Según el estudio '**La atención a la salud mental infanto-juvenil: investigación aplicada para el diagnóstico y la formulación de propuestas desde las entidades de la Red SALUD MENTAL ESPAÑA**', realizado por la [Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA](#), al analizar la soledad no deseada, es necesario considerar "un fuerte sentimiento de incompreensión"³¹. Mientras que la psicóloga general sanitaria Alejandra Julio Berrio plantea que **"no se puede hablar de personas jóvenes y no hablar de soledad, pertenencia y validación"**³².

6.1. Origen multicausal de la soledad no deseada

El informe de SoledadES indica que se trata de un problema que **impacta en "una de cada cuatro personas jóvenes en España"**. Con foco en personas entre **"los 21 y los 26 años"**, se plantea que tiene un **origen "multicausal"**: desde el tipo de relaciones y conexión con otras personas, hasta las propias competencias sociales (problemas de comunicación, falta de confianza y autoestima), eventos traumáticos y/o acoso, dificultades económicas, sentimiento de discriminación, trayectoria educativa (rendimiento, o si hubo o no abandono escolar, por ejemplo), situación laboral, vínculo con el entorno digital, o el propio estado de salud.

6.2. Prevención, detección e intervención

Se plantea imprescindible abordar esta problemática de manera integrada y transversal. En este marco, el estudio de SoledadEs insta a implementar acciones que busquen **prevención, detección e intervención**. Esto implica, entre otras, favorecer la educación emocional y la inclusividad en todos los tramos educativos; fomentar el ocio saludable; desarrollar servicios de atención juvenil; promover la participación de jóvenes en el diseño y ejecución de políticas, y reforzar el ecosistema institucional público, privado y social.

³⁰ Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledadES) (2026). Estudio sobre juventud y soledad no deseada.

<https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Estudio-juventud-soledad-no-deseada.pdf>

³¹ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2026). 'La atención a la salud mental infanto-juvenil: investigación aplicada para el diagnóstico y la formulación de propuestas desde las entidades de la Red SALUD MENTAL ESPAÑA'.

<https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Atencion-salud-mental-infanto-juvenil.pdf>

³² Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2026). "La generación más conectada de la historia padece muchísimo de soledad". Revista Encuentro N°2 2026, 14-15. <https://consalmudmental.org/revista-encuentro/>

7. Roles de género

Se parte del concepto **‘roles de género’** como todo grupo de **“creencias o percepciones de las personas acerca de que poseen características que, tradicionalmente, se han considerado más propias de las mujeres que de los hombres, o viceversa”**. En particular, se plantea a la adolescencia como aquella etapa vital en la que **“el género se convierte en un factor más destacado que determina la percepción que se tiene sobre uno mismo o una misma, y la visión del propio lugar en el mundo social”**³³. Desde esta base, comprender las **vulnerabilidades de las y los adolescentes asociadas a los riesgos para la salud mental** resulta fundamental.

El estudio *‘Adolescents’ Perceptions of Gendered Influences on Mental Health: Results From a 13-Country Qualitative Study’*³⁴, refiere a que los **mandatos por género “suelen exponer a las niñas a un mayor escrutinio y control social, a un trato discriminatorio, a estándares de belleza perjudiciales y a violencia de género, lo que tiene efectos nocivos en su salud mental”**. Mientras que **se identifica, en el caso de los niños, cierta “represión emocional como un aspecto central de la masculinidad”, asociándose ciertas ‘normas masculinas’ a un mayor riesgo en su salud mental**.

7.1 Roles de género y su influencia en la salud mental adolescente

Según los resultados que ofrece el informe *‘Adolescents’ Perceptions of Gendered Influences on Mental Health: Results From a 13-Country Qualitative Study’*, se da una **relación entre las normas o roles de género y la salud mental de las y los adolescentes**, lo cual difiere por género.

Influencias de roles de género en las niñas

- **Normas de feminidad:** según la investigación, ‘ser femenina’ se asocia a “ser frágil, delicada, amable, tranquila, sensible y guapa”; con una fuerte presión externa para ajustarse a dichos rasgos, junto con un mayor escrutinio.
- **Presiones sobre la apariencia:** destacándose el impacto perjudicial de los cánones de belleza femeninos en la salud mental de las niñas, “asociado a tipo de cuerpo, peso, rasgos, color de piel, ropa que ellas utilizan”; y una “cosificación sexual” que sufren las chicas a medida que atraviesan la pubertad.
- **Normas de género injustas:** se mencionan normas de género “restrictivas e injustas en contextos culturales específicos”; especialmente, en entornos comunitarios tradicionales que privilegian el dominio y el control masculinos.

Influencias de roles de género en los niños

- **Estándares de masculinidad:** normas culturales que dan prioridad a la fuerza, la independencia y el estoicismo (“ser fuerte, duro, orgulloso, de fiar, sin necesidad de pedir ayuda”). Esto, versus el temor a “ser menospreciados o acosados por ser percibidos como débiles, vulnerables, blandos, femeninos o gays”.

³³ Barrett, A.E. & Raskin White, H (2002). Trajectories of Gender Role Orientations in Adolescence and Early Adulthood: A Prospective Study of the Mental Health Effects of Masculinity and Femininity. *Journal of Health and Social Behavior* Vol. 43, No. 4 (Dec., 2002), pp. 451-468. <https://doi.org/10.2307/3090237>

³⁴ Fine, S. L., Harrison, A., Rykiel, N. A., & Maddaleno Herrera, M. (2025). Adolescents' perceptions of gendered influences on mental health: Results from a 13-country qualitative study. *Journal of Adolescent Health*, 77(3), 413–420. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.02.036>

- **Conductas de riesgo para la salud:** los chicos son más propensos que las chicas a consumir drogas o alcohol, acusando “presiones externas por parte de compañeros varones o familiares sobre el consumo de sustancias como parte de ‘ser hombre’”.
- **Mayor presión económica:** presión por ganar dinero y mantener a la propia familia “con el fin de demostrar que son el ‘hombre de la casa’”, con estrés y ansiedad por las consecuencias negativas para la salud mental entre quienes no lo logran.
- **Consecuencias de la expresión emocional limitada:** restricciones a expresar sentimientos y buscar ayuda ante el malestar emocional, desde la lógica de que “los chicos no lloran”, lo cual acaba agravando los problemas de salud mental.

En definitiva, lograr una **mejor comprensión de los retos en materia de salud mental a los que se enfrentan los y las adolescentes en diferentes contextos**, así como de la forma en que **la discriminación por motivos de género influye en su percepción sobre su vida y su futuro**, puede ayudar a identificar las carencias y a establecer un plan de acción para generar políticas que minimicen los factores de riesgo y maximicen los factores de protección³⁵.

³⁵ [Understanding and Tackling the Gendered Drivers of Poor Adolescent Mental Health - UNICEF DATA](#)

8. Conducta o ideación suicida y autolesiones

El informe ‘Prevenir el suicidio. Guía para familias’, de la [Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnado \(CEAPA\)](#), establece que **es ‘suicidio’ el acto intencionado de quitarse la vida con resultado de muerte**. Asimismo, denomina **‘ideación suicida’ a los pensamientos en torno al deseo de morir**; mientras que, **‘tentativa o intento de suicidio’, a todo acto de una persona en contra de sí que busque la muerte y que no llegue a conseguirlo**. A su vez, **conforman la ‘conducta suicida’ todos los comportamientos anteriores**³⁶.

Por otro lado, aunque el suicidio es la mayor autolesión, se indica que no todas las **‘autolesiones’** tienen intención de muerte; estas consisten en **un daño físico que se infringe una persona para expresar emociones que no logra plasmar de otra forma**, y así buscar alivio a una angustia que se vuelve insoportable (esto, sin intención de terminar con su vida)³⁷.

La conducta suicida es un problema complejo, **resultado de una interrelación de factores biológicos, genéticos, medioambientales, psicológicos, sociales y culturales**. Sobre todo, el suicidio **es un problema social**, no individual, que genera un gran impacto en el entorno. En esta línea, la OMS trata a este **grave problema de salud pública como de “dimensiones pandémicas”** (en torno a **800.000 mil muertes** en el mundo en un año)³⁸.

En España, según **datos definitivos del INE, durante 2024, fallecieron por suicidio 332 personas de entre 15 y 29 años (230 hombres y 102 mujeres), además de 12 menores de 15 años (6 niños y 6 niñas)**³⁹. Es decir, el último registro indica la pérdida de **344 personas del colectivo infanto-juvenil al año**. De este grupo poblacional, los hombres representaron aproximadamente el 69% de los fallecimientos por suicidio, frente al 31% de las mujeres.

Según el informe ‘Salud mental en la población Infanto-Juvenil en España. Resultados del Estudio Longitudinal EMOChild’, del [Observatorio Español de la Salud Mental Infanto-Juvenil](#), **1 de cada 10 adolescentes afirma haber deseado quitarse la vida**, aunque sin llegar a planificarlo; mientras que algo más de 1 de cada 20 informa haber pensado en el suicidio de forma más estructurada. A su vez, alrededor de 1 de cada 30 adolescentes afirma haber intentado quitarse la vida.

Asimismo, el Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2025, de la [Fundación Fad Juventud](#), establece que las **ideas suicidas más frecuentes** entre el global de la población joven son: sentir que la vida no merece la pena (20,8% lo ha sentido alguna vez); desear estar muerto o muerta (19%); o pensar quitarse la vida, aunque no lo fuera a hacer realmente (23,4%)⁴⁰.

En línea con lo que reivindica la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, el estudio del Observatorio Español de la Salud Mental Infanto-Juvenil demuestra que **la edad de inicio cada vez más temprana de las autolesiones** —se indica, antes de los 12 años— **justifica implantar programas preventivos antes de la adolescencia**. Se plantea que esto implica “formar a docentes y agentes educativos en competencias socioemocionales y prevención del suicidio”, desde la lógica de que el profesorado desempeña “un papel clave para observar señales” que pasen inadvertidas en otros contextos, “especialmente en edades tempranas”⁴¹.

³⁶ López Alarcón, D. (2025). Prevenir el suicidio. Guía para familias. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/prevenir-suicidio-guia-familias/>

³⁷ Ibid

³⁸ Ibid

³⁹ Instituto Nacional de Estadística (2024). Suicidios por edad y sexo. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=76978>

⁴⁰ Gómez Miguel, A., Sanmartín Ortí, A. y Kuric Kardelis, S. (2025). Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2025. Centro Reina Sofía de Fad Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15574590>

⁴¹ Orgilés, M., Amorós-Reche, V., Morales, A. y Espada, J. P., (2025). Salud Mental en la Población Infanto-Juvenil en España: Resultados del Estudio Longitudinal EMOCHILD. Centro

9. Entorno digital

La Carta de Derechos Digitales de España⁴² define el **entorno digital** como “el conjunto de sistemas, aparatos, dispositivos, plataformas e infraestructuras que abren espacios de relación, comunicación, interrelación, comercio, negociación, entretenimiento y creación que permiten a las personas físicas o jurídicas, de forma bilateral o multilateral, establecer relaciones semejantes a las existentes en el mundo físico tradicional”.

Esta nueva forma de interacción ofrece importantes oportunidades y beneficios, pero también plantea nuevos retos que requieren una atención particular cuando se trata de la infancia y la adolescencia.

9.1. La era de la conectividad

Los niños, niñas y adolescentes viven hoy más conectados que nunca, y el acceso al teléfono móvil se produce cada vez a edades más tempranas. Según el estudio ‘Infancia, adolescencia y bienestar digital’⁴³ de 2025, **la edad media de acceso al primer móvil es de 10,8 años**. A los 10 años, el 41% ya dispone de un teléfono propio, porcentaje que alcanza el 76% a los 12 años y el 92,8% durante la Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

Sin embargo, el Informe del Comité de Personas Expertas para el Desarrollo de un Entorno Digital Seguro para la Juventud y la Infancia⁴⁴ advierte sobre la necesidad de desmitificar el concepto de “nativo digital”. No existe evidencia científica de que haber crecido con la tecnología implique poseer habilidades digitales innatas ni que saber utilizar dispositivos garantice una navegación segura. Las competencias digitales dependen también de factores como la **educación, el pensamiento crítico, el interés personal y el contexto social**.

De hecho, el Índice Global de Bienestar y Resiliencia Digital, recogido en ‘*Connected Childhood: The State of Digital Wellbeing & Resilience for Children and Young People in Europe*’⁴⁵, muestra que **solo una de cada cuatro personas jóvenes de entre 13 y 18 años valora positivamente su bienestar digital**. Además, el 30% afirma experimentar estrés frecuente por estar conectado a Internet y el 45% manifiesta preocupación por perderse algo cuando no está conectado. **España se encuentra entre los países europeos con menor bienestar digital**, con la segunda proporción más baja de adolescentes con niveles buenos o altos de bienestar y resiliencia digital.

Además, la encuesta ESTUDES 2025⁴⁶ señala que en nuestro país el **19,4% de los y las estudiantes de 14 a 18 años presenta un uso problemático de Internet**, aunque esta tendencia se mantiene a la baja desde 2021. En redes sociales, el 15,3% presenta un posible uso problemático, con un consumo habitual de entre 2 y 3 horas en días lectivos y superior a 5 horas en días no lectivos.

El estudio ‘Infancia, adolescencia y bienestar digital’ relaciona los usos problemáticos de las tecnologías con dificultades emocionales y una peor calidad de vida, así como con mayores niveles de **ansiedad, depresión y somatización y un mayor riesgo suicida**. No obstante, advierte de que estos datos no permiten establecer una relación directa de causa y efecto.

de Investigación de la Infancia y la Adolescencia. Universidad Miguel Hernández.

<https://observainfancia.es/informes/>

⁴² Gobierno de España. (2021). [Carta de derechos digitales](#).

⁴³ Gómez, P., Andrade, B., Guadix, I., Suárez, F., Rodríguez, F. J., Márquez, J. M., & Rial, A. (2025). [Infancia, adolescencia y bienestar digital](#). UNICEF España, Universidad de Santiago de Compostela, Consejo General de Ingeniería en Informática y Red.es.

⁴⁴ Ministerio de Juventud e Infancia. (2024). [Informe del Comité de personas expertas para el desarrollo de un entorno digital seguro para la juventud y la infancia](#). Gobierno de España.

⁴⁵ Rajdev, V., Paskell, C., Bozhikova, M., Vasileva, D., Castle, R., DeMarco, J., & Ritz, D. (2026). [Connected childhood: The state of digital wellbeing and resilience for children and young people in Europe](#). Ipsos, Save the Children UK, & Vodafone Foundation.

⁴⁶ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2025). [Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España \(ESTUDES\)](#), 1994-2025. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.

9.2. Violencias digitales

Aunque las redes sociales ofrecen posibilidades de socialización y comunicación, el estudio ‘La atención a la salud mental infanto-juvenil’⁴⁷ advierte de que el acceso a estos espacios sin acompañamiento adulto puede dejar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes **expuestos a demandas excesivas y diversas formas de violencia**.

El estudio ‘Violencia Viral: Análisis de la violencia contra la Infancia y la adolescencia en el entorno digital’⁴⁸, realizado con jóvenes de entre 18 y 20 años de toda España, revela que más de la mitad no contaba con normas de uso ni control parental y que **7 de cada 10 habían sufrido algún tipo de violencia online durante su infancia o adolescencia**.

Entre estas violencias se encuentran el **ciberacoso o cyberbullying, la violencia sexual en Internet, el online grooming o ciberembaucamiento, el sexting sin consentimiento, la sextorsión, la exposición a contenidos sin consentimiento, la violencia de género en Internet, la violencia en la pareja o expareja y el acoso sexual**. Datos del Ministerio del Interior señalan que en 2024 se registraron 2.595 denuncias por ciberdelitos contra menores⁴⁹, presentando una mayor vulnerabilidad a amenazas, coacciones y delitos sexuales.

En relación con el **grooming** (acoso sexual de un adulto hacia un niño, niña o adolescente a través de Internet), el contacto *online* con personas desconocidas es más frecuente en la educación secundaria (39%) que en primaria (14%)⁵⁰. Entre quienes han tenido estas interacciones, un 37% en primaria y un 21% en secundaria afirma haber vivido situaciones en las que una persona adulta les hizo sentir incómodos o les molestó.

El estudio ‘Violencia Viral’ evidencia que el **ciberacoso** es otra de las formas más frecuentes de violencia digital: se estima que más de 529.000 jóvenes lo han sufrido durante su infancia. Y, según un informe de la Fundación ANAR, **la inteligencia artificial (IA) se utiliza ya en el 14,2% de las situaciones de ciberacoso** entre escolares, sobre todo para manipular la imagen de un/a compañero/a (54,8%) o para suplantar su identidad (32,2%).

Las consecuencias del ciberacoso pueden afectar al bienestar emocional, social y académico, provocando **depresión, ansiedad, baja autoestima, descenso del rendimiento y dificultades para relacionarse**. El 20% de las víctimas de *cyberbullying* tiene ideaciones suicidas, y entre el 5% y 8% ha realizado tentativas autolíticas⁷.

Los datos muestran una **desigualdad de género**. Casi la mitad de las chicas encuestadas afirmó haber sufrido ciberacoso, frente al 33,1% de los chicos, y el 65,44% de las víctimas menores que denunciaron estos casos eran niñas. El 42% de las niñas y jóvenes víctimas manifestó haber experimentado estrés emocional, baja autoestima y pérdida de confianza.

Asimismo, 3 de cada 4 mujeres jóvenes (el 72,2%)⁵¹ de entre 18 y 20 años ha recibido **comentarios sobre su físico o mensajes sexuales no deseados**, mientras que el 58,8% ha sufrido **ataques o insultos machistas en Internet**. La Confederación señala en su Informe ‘La atención a la salud mental infanto-juvenil’ que los roles tradicionales de género presentes en numerosos contenidos culturales y digitales influyen en la manera en que niños, niñas y jóvenes se perciben, se relacionan y se expresan. De este modo, **el entorno digital puede contribuir a reforzar estereotipos y desigualdades de género**, repercutiendo en su bienestar y aumentando su exposición a diferentes formas de violencia sexual y de género.

⁴⁷ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2026). [La atención a la salud mental infanto-juvenil: Investigación aplicada para el diagnóstico y la formulación de propuestas desde las entidades de la Red SALUD MENTAL ESPAÑA](#).

⁴⁸ Sanjuán, C. (2024). [Violencia viral: Análisis de la violencia contra la infancia y la adolescencia en el entorno digital](#). Save the Children España

⁴⁹ Ministerio del Interior. (2025). [Informe sobre la cibercriminalidad en España 2024](#).

⁵⁰ Álvarez Sánchez, N., & Pérez Coutado, A. (2026). [Percepciones de la infancia y la adolescencia sobre los riesgos del grooming](#). fundaciónSOL & Guardia Civil.

⁵¹ Guilló Girard, C. I., Bartolomé Esteban, C., Pérez de Arenaza Escribano, C., & Robles Sánchez, J. (2025). [Autopercepción de la imagen de las mujeres en los nuevos entornos digitales](#). Instituto de las Mujeres.

10. Adicciones con sustancia y comportamentales

La **adicción a sustancias**, según la definición del Ministerio de Sanidad⁵², se caracteriza por “un consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, con un patrón de intoxicación de forma periódica o incluso continua, asociado a un deseo compulsivo de consumir, una gran dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y uso de acciones para obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio”.

En los últimos años también ha cobrado relevancia el concepto de **adicción comportamental**, que “incluye los trastornos debidos a conductas adictivas con síndromes reconocibles y clínicamente significativos asociados con angustia o interferencia con las funciones personales que se desarrollan como resultado de conductas repetitivas⁵³”. Estos comportamientos se desarrollan por la repetición de actividades que generan una gratificación inmediata, sin que exista necesariamente consumo de sustancias.

10.1. Adicciones con sustancia

Entre las adicciones relacionadas con sustancias⁵⁴, **el alcohol y el tabaco son las que comienzan a consumirse a edades más tempranas**, con una edad media de inicio de 16,4 y 16,6 años, respectivamente⁵⁵. **Entre las drogas ilegales, el cannabis es la sustancia con mayor prevalencia y la que comienza a consumirse antes**, con una edad media de inicio de 18,4 años.

Los datos del **ESTUDES 2025**⁵⁶, centrado en estudiantes de 14 a 18 años en España, reflejan una evolución favorable en el consumo de alcohol, tabaco, cannabis e hipnosedantes, con descensos en todos los periodos analizados. A pesar de ello, **el alcohol continúa siendo la sustancia psicoactiva más consumida**: el 73,9% del alumnado declara haberlo consumido alguna vez en la vida, aunque también se observa una evolución favorable en los patrones de consumo y las prácticas de riesgo; las borracheras (17,2%) y el consumo en atracón (24,7%) alcanzan sus niveles más bajos desde el año 2000.

En cuanto al **tabaco y el cannabis**, España registra mínimos históricos de consumo entre los y las estudiantes de 14 a 18 años. En 2025, el 27,3% afirmó haber fumado tabaco alguna vez en la vida, frente al 33,4% de 2023, mientras que el consumo diario se redujo al 4,3%. Por contra, el consumo de nuevos dispositivos, como los cigarrillos electrónicos o *vapers*, continúa siendo elevado, aunque en 2025 descendió significativamente: el 49,5% del alumnado afirma haberlos utilizado alguna vez. Al mismo tiempo, ha aumentado la percepción de riesgo: el 57,3% considera que su consumo esporádico puede tener consecuencias negativas para la salud, 18,5 puntos más que en la edición anterior.

Respecto al **cannabis**, la droga ilegal con mayor prevalencia entre el estudiantado, los datos de 2025 muestran un descenso significativo. El 21% afirma haberlo consumido alguna vez en la vida, frente al 26,9% de 2023, y el 15,5% en los últimos 12 meses, frente al 21,8% anterior. A pesar de este descenso, la OMS⁵⁷ advierte de sus **posibles efectos negativos sobre la salud mental**, como la dependencia, la aparición de síntomas psicóticos y el agravamiento de

⁵² Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. (2025, julio). [Glosario y definiciones en el marco de la prevención de los daños relacionados con el consumo de alcohol](#) (1.ª versión).

⁵³ Ibid

⁵⁴ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2024). [Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España \(EADDES\)](#), 1995-2024. Ministerio de Sanidad.

⁵⁵ Ibid

⁵⁶ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2025). [Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España \(ESTUDES\)](#), 1994-2025. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.

⁵⁷ World Health Organization. (2016). [The health and social effects of nonmedical cannabis use](#). World Health Organization.

trastornos como la esquizofrenia. También descende el consumo de otras drogas como cocaína, anfetaminas, alucinógenos o MDMA. En el caso de la cocaína, el consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 1,6%, frente al 2,6% de 2023.

Más allá de la prevalencia, es fundamental destacar la **relación entre el consumo de sustancias y la salud mental de las personas jóvenes**. Entre los y las menores de 18 años que inician tratamiento por drogas ilegales, el 93,5% lo hace por consumo de cannabis⁵⁸. Además, el 18% de quienes han experimentado alucinaciones o delirios afirma haber consumido cocaína en el último año.

Estudios recientes indican que la **prevalencia de patología dual entre jóvenes tratados principalmente por trastornos psiquiátricos se sitúa en una media del 32,7%**⁵⁹. El abordaje de la patología dual, fenómeno que combina los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos, debe ser siempre integral.

10.2. Adicciones sin sustancia

El 'Informe sobre adicciones comportamentales y otros trastornos adictivos 2025'⁶⁰ alerta de que el **juego de azar online** (ruleta, apuestas deportivas o bingo, entre otros) presenta un mayor riesgo de juego problemático y alcanzó durante el año 2025 un nuevo máximo histórico, con un 13% de prevalencia entre jóvenes de 14 a 18 años

En cuanto al **uso problemático de Internet**, la encuesta ESTUDES 2025 revela que el 19,4% de los y las estudiantes de 14 a 18 años lo presenta, una tendencia negativa que continúa desde 2021. Además, se ha incorporado el estudio del uso de redes sociales entre adolescentes. Así, se revela que el 15,3% de los y las estudiantes presenta un posible uso problemático de estas plataformas y que su frecuencia de uso varía según el tipo de día: lo más habitual es utilizarlas entre 2 y 3 horas los días de colegio y más de 5 horas los días no lectivos.

Asimismo, se ha introducido un análisis sobre el **uso problemático de la pornografía**, que señala que el 4,1% del estudiantado de 14 a 18 años lo presenta. En cuanto al **trastorno por uso de videojuegos**, se observa estabilidad, con un 5,2% de estudiantes que podrían presentarlo.

Por último, en 2023 se registraron **4.916 admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales**, una cifra mayor que puede responder a una mejor cobertura y notificación. La adicción al juego continúa siendo la principal causa de admisión, con el 81,6% de los casos, seguida del uso problemático de Internet, móviles y dispositivos electrónicos (9,1%), las compras compulsivas (3,6%) y las adicciones relacionadas con el sexo (3,6%).

⁵⁸ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2025). [Monografía sobre cannabis 2025: Consumo y consecuencias](#). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.

⁵⁹ Baldacchino, A., et al. (2023). [Prevalence of Dual Diagnoses among Children and Adolescents with Mental Health Conditions](#). Children, 10(2), 293.

⁶⁰ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2025). [Informe sobre adicciones comportamentales y otros trastornos adictivos 2025](#). Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

11. Migración, racismo y conflictos bélicos

La migración siempre supone un proceso de cambio y adaptación que resultar difícil, especialmente si se hace de manera forzada por las circunstancias en el país de origen.

Según estimaciones de UNICEF, en el mundo hay casi **50 millones de niños y niñas** en situación de migración, desarraigo o lejos de sus hogares.⁶¹ Los últimos datos actualizados del Instituto Nacional de Estadística recogen que **en 2024 llegaron a España 440.319 personas entre 0 y 25 años, 195.521 mujeres y 244.798 hombres**⁶².

Las experiencias acumuladas antes, durante y después del proceso migratorio pueden aumentar significativamente el riesgo de **malestar emocional, ansiedad, depresión, trauma, estrés postraumático y otros problemas de salud mental**. Algunas de estas experiencias son:⁶³

- **Antes de migrar:** falta de medios de vida y de oportunidades de educación, exposición a conflictos armados, violencia, desastres naturales, pobreza y persecución.
- **Durante la travesía y el tránsito migratorios:** exposición a situaciones difíciles y que ponen en riesgo la vida, situaciones de violencia, privación de la libertad y falta de acceso a servicios para cubrir necesidades básicas.
- **Después de la migración:** condiciones de vida precarias, separación de la familia y de las redes de apoyo, dificultades para incluirse en la sociedad, amenazas a la identidad cultural, religiosa y de género; racismo y exclusión; aislamiento social y posible deportación.

11.1. Situación de personas menores no acompañadas

Las personas menores no acompañadas constituyen un **grupo especialmente vulnerable**. **La separación de sus familias y núcleos de protección y referencia se produce en una etapa crítica de su desarrollo emocional, cognitivo y social**, por lo que las huellas emocionales y psicológicas que les dejen las dificultades y los riesgos del proceso migratorio pueden ser aún más profundas. Estudios apuntan a que sufren más problemas de salud mental que las y los menores que migran junto a sus familias, entre ellos, estrés postraumático, ansiedad e intentos de suicidio.

Estas y estos menores llegan a España escapando de realidades muy complejas en sus países de origen: conflictos bélicos, violencia intrafamiliar, matrimonios forzados, condiciones de exclusión, falta de acceso a servicios básicos y/o discriminación por diferentes motivos⁶⁴. Muchos y muchas han atravesado experiencias profundamente traumáticas durante el viaje, y una vez **en nuestro país, se enfrentan a numerosos riesgos**, entre ellos, la trata de personas para la explotación sexual o laboral, otras formas de abuso y violencia⁶⁵, así como al estigma, la discriminación, las barreras idiomáticas y de acceso a la educación, o la falta de medios de vida y oportunidades laborales para salir adelante una vez que cumplen 18 años⁶⁶.

⁶¹UNICEF: [Niños refugiados y migrantes: sus derechos, responsabilidad de todos](#)

⁶² Instituto Nacional de Estadística (2024): <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=69687>

⁶³ Organización Mundial de la Salud (2025): [Salud mental de refugiados y migrantes](#).

⁶⁴ UNICEF. (2021). ["Niños migrantes no acompañados"](#).

⁶⁵ ACNUR (2025): [ACNUR recuerda que detrás de cada cifra hay niños y niñas refugiados obligados a huir de sus países](#)

⁶⁶ UNICEF. (2021). ["Niños migrantes no acompañados"](#).

Las investigaciones confirman que estas personas sufren más problemas de salud mental que las que viajan acompañadas⁶⁷. Las **consecuencias** se reflejan en **estrés postraumático, depresión, ansiedad⁶⁸, tristeza, insomnio** o desorientación mientras se adaptan a su nuevo entorno, síntomas que pueden prolongarse en el tiempo, cronificarse y generar dificultades para establecer vínculos de confianza y apego. Los y las adolescentes que experimentan traslados frecuentes pueden tener dificultades para formar una identidad estable, lo que agrava los sentimientos de desarraigo y alienación. El **estrés persistente** sin apoyo puede aumentar la vulnerabilidad a trastornos de salud mental en etapas posteriores de la vida, incluyendo el **abuso de sustancias** y los **intentos de suicidio**. Igualmente, pueden enfrentar dificultades académicas que afecten a sus estudios y, con ello, a su situación laboral y económica en el futuro⁶⁹.

En estos casos, desde organizaciones como UNICEF, la **reunificación familiar** se plantea como medida clave para favorecer una buena salud mental de los niños y las niñas en el corto y el largo plazo. Para los niños y las niñas en procesos migratorios, esta reunificación puede protegerles, salvar vidas y fomentar su inclusión en la sociedad.⁷⁰

11.2. La vulnerabilidad especial de las niñas, adolescentes y jóvenes

La condición femenina suma un factor más de riesgo y vulnerabilidad a las jóvenes, niñas y adolescentes migrantes. Muchas de las que llegan a España, especialmente las que lo hacen por vías irregulares, por ejemplo, a través de la frontera Sur, vienen huyendo de graves vulneraciones de derechos humanos motivadas por razones de género, como el matrimonio forzoso o la mutilación genital femenina⁷¹.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) advierte la existencia de una relación directa entre migraciones, vulnerabilidad y género y, por ello, apela a que se preste especial atención a mujeres y niñas, dado que tienen más riesgo de sufrir violencia sexual y de género en todas las fases de sus procesos migratorios⁷².

A falta de datos globales y específicos, que ilustren la dimensión del problema, ACNUR sí ha alertado, por ejemplo, de que **el 90% de las mujeres y niñas que transitan por la ruta del Mediterráneo para llegar a Europa han sido violadas**⁷³.

La Plataforma de Infancia denuncia que **la atención a la salud mental en el momento de la llegada es “débil, informal y mal coordinada”**. En el caso de las llegadas por situaciones de emergencia, se prioriza la atención a las necesidades básicas y se relega la atención a la salud mental que, de darse, queda en manos de las organizaciones del tercer sector. Por esto, reclaman más recursos para que esta atención a la salud mental sea desde el primer momento, continua, culturalmente pertinente y adecuada⁷⁴.

⁶⁷ González-García, C. et al. (2024). [Salud Mental y Bienestar Subjetivo en Jóvenes Migrantes No Acompañados: Prevalencia y Cobertura de Tratamiento](#). Acción Psicológica, 21(1-2), 47-58.

⁶⁸ Daniel-Calveras A. et al. (2022): [Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review](#)

⁶⁹ Spyridou, A. (23 de diciembre, 2024). [“The effects of trauma on migrant and refugee children”](#).

⁷⁰ UNICEF Comité Español. (2016). [“El derecho de los niños y las niñas a vivir con su familia”](#). UNICEF Comité Español.

⁷¹ ACNUR (5 de noviembre, 2025). [“ACNUR recuerda que detrás de cada cifra hay niños y niñas refugiados obligados a huir de sus países”](#)

⁷² Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). [“Guía sobre violencia sexual y de género en el contexto de las migraciones en España”](#). OIM España.

⁷³ International Organization for Migration (IOM), Mixed Migration Centre (MMC), Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2024). [“On This Journey. No One Cares if You Live or Die: Abuse, Protection and Justice along Routes between East and West Africa and Africa's Mediterranean Coast”](#). Volume 2. IOM, MMC, UNHCR, Geneva.

⁷⁴ Plataforma de Infancia (2026): [“El acceso a servicios de salud mental por parte de las niñas, niños y adolescentes no acompañados en necesidad de protección internacional”](#)

12. Modelo de atención

La atención a la salud mental infanto-juvenil requiere de una mirada holística, transversal y dotada de recursos sociosanitarios coordinados. Desde la Confederación, se defiende el modelo biopsicosocial —que contemple factores sociales, educativos, culturales, etc.— acorde con los derechos humanos, y un abordaje comunitario, en línea con la propuesta desinstitucionalizadora que reclama la Federación Mundial de Salud Mental, el [‘Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios. Niños, niñas y adolescentes’](#), y el [Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027](#).

En España, los servicios públicos de atención a la salud mental infanto-juvenil se organizan dentro del **Sistema Nacional de Salud (SNS)** y son gestionados por las comunidades autónomas. Aunque existen diferencias territoriales, la atención suele estructurarse en una **red asistencial escalonada y comunitaria**, integrada por distintos niveles de atención (atención primaria y pediatría, centros o unidades especializados, programas y recursos de atención intensiva, etc.). Las **entidades del tercer sector** son agentes claves en esta atención y cubren, en gran medida, las carencias del sistema público. La coordinación con el **ámbito educativo** y otros sectores sociales es fundamental.

En 2026, la Confederación publicó el **informe ‘La atención a la salud mental infanto-juvenil: Investigación aplicada para el diagnóstico y la formulación de propuestas desde las entidades de la red SALUD MENTAL ESPAÑA’**. Un estudio cualitativo que explora y analiza en profundidad la situación actual de la atención a la salud mental infanto-juvenil, prestando especial atención al estado de los servicios de salud mental, las necesidades y demandas existentes, y a los recursos y medios disponibles **en cada uno de los 18 territorios con implantación de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA**. Las conclusiones recogen propuestas para mejorar y promocionar la atención a la salud mental infanto-juvenil:

- Las posibilidades de acceder a servicios, apoyos y recursos de atención a la salud mental están fuertemente mediadas por el **capital económico, social y cultural**, así como al **territorio** en el que se reside.
- La **gran fragmentación entre los sistemas sanitario, educativo y social** genera dificultades de acceso, seguimiento y derivación, especialmente para los casos complejos.

12.1. Ámbito educativo

Las instituciones educativas presentan el desafío de atender a una **heterogeneidad de perfiles y problemáticas** que exigen una mirada más atenta, sensible y que aloje a la diversidad. El informe reclama:

- **Construir y fortalecer canales de escucha y participación** más estables y permanentes que permitan detectar sentimientos de malestar, miedos y angustias de forma anticipada, así como revertir los gestos de subestimación.
- **Desarrollar estrategias pedagógicas que se adapten** a los ritmos, las necesidades, intereses y problemas que afectan a la población infanto-juvenil con problemas de salud mental. La Confederación reivindica una asignatura de **educación emocional**.
- Favorecer la reflexión, el reparo y la incidencia sobre las **situaciones de abuso, acoso y bullying**, que explican en gran medida el malestar infanto-juvenil.
- Prestar atención a los retos que plantean **Internet y las redes sociales**.

12.2. Servicios de atención a la salud mental

Las **principales preocupaciones** que identifica el informe respecto al estado de los servicios públicos en la atención a la salud mental infanto-juvenil son:



Ilustración del Informe: 'DAFO. Red SALUD MENTAL ESPAÑA'

- Las **desigualdades territoriales**, las **largas listas de espera**, la **discontinuidad** de algunos servicios y programas, la **escasez de recursos** para la transición entre servicios para jóvenes y personas adultas, y la **falta de una atención personalizada**.
- Una **mirada adulto-céntrica** a la hora de atender a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, que propicia la subestimación de malestares y la escasa participación activa en los programas y las estrategias de atención.
- La dificultad para implementar, de manera constante y transversal, una perspectiva de **atención interseccional y sensible al género**.
- La necesidad de **capacitar y sensibilizar a las personas profesionales** en torno a conocimientos y saberes sobre las problemáticas específicas.

- La necesidad de implementar **unidades de atención especializada** para niños, niñas, adolescentes y jóvenes en centros de salud y hospitales, de invertir en servicios de **atención domiciliaria**.
- El **enfoque cortoplacista y exceso de medicalización** derivados de la precariedad y la falta de recursos del sistema sanitario. Se alerta de que el exceso de medicación o su aplicación sin criterios claros **puede resultar contraproducente** en la medida que, al aminorar los síntomas, se terminan por ocultar los principales sistemas de alarma.
- **Se reivindica fortalecer la dotación de recursos de los centros de salud y mejorar las condiciones de trabajo**.
- El modelo comunitario de cuidados debería apostar por **redes de apoyo que reduzcan el peso que recae sobre las familias**, consecuencia también de las emergentes estrategias de prevención de la institucionalización y los procesos de desinstitucionalización.
- Además, debe existir un **espacio socio-sanitario que integre los diferentes recursos** de forma simultánea o sucesiva, situando a la persona en el centro, ofreciendo respuestas a sus necesidades individuales y garantizando la continuidad de cuidados, **siempre dentro de un marco comunitario**. El objetivo es dejar atrás los modelos que aíslan a la persona y **avanzar hacia la desinstitucionalización**, promoviendo la **autonomía, participación y empoderamiento** de las personas con problemas de salud mental.

Las entidades de la red asociativa SALUD MENTAL ESPAÑA juegan un rol importante a la hora de suplir las limitaciones del sector público, recursos que están sujetos a la volatilidad, por depender en alto grado de las **líneas de financiación públicas**.

El [Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027](#) del Ministerio de Sanidad, establece actuaciones específicas relacionadas con la población joven, como potenciar la **coordinación interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial** en las CC.AA. y potenciar las alternativas a la hospitalización infantojuvenil en la atención de la salud mental.

La OMS⁷⁵ establece los siguientes estándares de calidad para los servicios de atención a la salud mental infanto-juvenil: participación familiar y comunitaria, derechos y seguridad; empoderamiento; transiciones adecuadas entre servicios; atención temprana y oportuna; adecuación al desarrollo y basada en la evidencia; equipos profesionales competentes y adecuados; y mejora de la calidad y recopilación de datos.

⁷⁵ World Health Organization Regional Office for Europe. (2025). *Quality standards for child and youth mental health services: For use in specialized community or outpatient care across the WHO European Region*. <https://www.who.int/europe/publications/item/WHO-EURO-2025-11318-51090-77776>

13. Propuestas de SALUD MENTAL ESPAÑA

Condiciones de vida: precariedad, incertidumbre y miedo al futuro

- Fomentar el empleo juvenil y luchar contra la precariedad laboral que impide a las personas jóvenes comenzar su proyecto de vida.
- Garantizar la inclusión plena y digna de las personas con problemas de salud mental en el mundo laboral, trabajando para eliminar el estigma que muchas de ellas sufren.
- Reclamar políticas específicas de ayuda y favorecimiento de acceso a la vivienda para la población joven.

Violencia sexual

- Crear una estrategia a nivel estatal que permita articular los mecanismos de formación, prevención y actuación, dirigidos al ámbito escolar y familiar, para abordar y prevenir los abusos sexuales a menores.
- Garantizar el acceso a la educación afectivo-sexual en la enseñanza reglada y desde etapas tempranas, y fomentar un ambiente de confianza tanto en la escuela como en sus hogares, que permita resolver dudas o detectar posibles casos de abuso.

Acoso escolar y cyberbullying

- Poner en marcha programas de formación para el profesorado sobre métodos para prevenir, detectar y atajar el acoso escolar y el cyberbullying, así como medidas que permitan la reflexión y el desarrollo de las capacidades de gestión emocional del alumnado.
- Implementar una asignatura de educación emocional, adaptada a las necesidades de cada nivel educativo, y que apueste por un modelo de sociedad alejado del individualismo, la competitividad, y de una cultura del éxito, basada en el culto a la imagen y las aspiraciones económicas.

Violencia machista

- Impulsar medidas con perspectiva de género que permitan terminar con la desigualdad entre hombres y mujeres jóvenes en los ámbitos sociales, económicos, culturales y ambientales.
- Desarrollar acciones de lucha contra la violencia machista que puede afectar a mujeres, independientemente de su edad y, en especial, a las mujeres con problemas de salud mental.
- Desarrollar medidas efectivas de protección y reparación.

Soledad no deseada

- Promover la conciliación laboral, familiar y personal para que quienes están al cargo de menores tengan la posibilidad de dedicar tiempo de calidad a sus hijas e hijos.
- Es necesario fomentar la creación de redes de apoyo con el objetivo de construir una sociedad más empática y humana.

Roles de género

- Impulsar políticas educativas, desde las etapas más tempranas, que eviten sesgos de género y promuevan la igualdad.
- Sensibilizar a docentes y familias sobre la importancia y los beneficios de no perpetuar los roles de género establecidos.

Conducta o ideación suicida y autolesiones

- SALUD MENTAL ESPAÑA considera imprescindible un abordaje transversal del suicidio para mitigar sus efectos: prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y continuidad de cuidados de los trastornos mentales, en todos los ámbitos en los que se mueven jóvenes, niños, niñas y adolescentes.
- Realizar seguimiento de una de las medidas más urgentes que reclamaba SALUD MENTAL ESPAÑA y que ya está en marcha: el teléfono 024, público, gratuito y accesible para atender a las personas con conducta suicida y a su entorno.
- Impulsar campañas de sensibilización e información sobre la trascendencia del suicidio para acabar con los mitos e ideas erróneas, el tabú, el estigma y la culpabilización de la conducta suicida, con el objetivo de facilitar que las personas con ideaciones suicidas pidan ayuda y sean acompañadas por el entorno.

Entorno digital: Violencias digitales

- Desarrollar estrategias a nivel estatal que regulen el uso y acceso a los entornos digitales.
- Formar a docentes, familias y jóvenes, sobre el uso de las herramientas digitales, sus riesgos y beneficios, así como en las estrategias para la prevención y la intervención, cuando sea necesario.

Adicciones con sustancia y comportamentales

- Involucrar a las instituciones educativas, a docentes y llevar medidas y programas a las aulas, que sensibilicen sobre el riesgo que supone el consumo de drogas en el desarrollo de los trastornos mentales.
- Desarrollar acciones de sensibilización en centros educativos, como el programa '[Descubre. No bloques tu salud mental](#)', dirigido al alumnado de Secundaria y FP, así como a las y los docentes de estos ciclos.

Migración, racismo y conflictos bélicos

- Evaluar las necesidades de salud mental de menores no acompañados/as y formar a profesionales que atiendan de forma multidisciplinar sus necesidades.
- Reforzar los recursos de atención a la salud mental e integrarlos en los programas de atención a las necesidades básicas de salud.
- Formalizar y unificar protocolos, para que la atención sea coordinada, continua, y culturalmente pertinente y adecuada, desde el primer momento.
- En conflictos bélicos, promover la asistencia comunitaria y apoyo psicosocial, primeros auxilios psicológicos con personal especializado sobre el terreno, centros sanitarios con servicios clínicos básicos para la atención a la salud mental, o intervenciones psicológicas en el medio y largo plazo.

Modelo de atención

- Habilitar recursos de detección precoz y conocimiento de las patologías que afectan a niñas, niños y adolescentes, muy diferentes a los que se destinan a las personas adultas, evitando los errores diagnósticos y la sobremedicalización.⁷⁶
- Apostar por un modelo de atención comunitario, multi e interdisciplinar, que ponga el foco en el bienestar y las necesidades de la persona, que se nutra de la coordinación entre los ámbitos sociosanitario y educativo, y que avance hacia la desinstitucionalización.

⁷⁶ Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. [Declaración de la Plataforma de Familias para la Creación de la Especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil](#). 2008.