

INQUIETUDES PREOCUPACIONES Y SALUD MENTAL DE LA JUVENTUD EN ESPAÑA

Estudio 2024

COMITÉ CIENTÍFICO FUNDACIÓN ATALAYA

Director comité científico

Javier Urra, doctor en Psicología y en Ciencias de la Salud, director clínico de Recurra GINSO. Primer defensor del menor, escritor y tertuliano en medios de comunicación.

Comité de expertos

Celso Arango, doctor en Medicina y psiquiatra, director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental y jefe del Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Catedrático de Psiquiatría en la UCM. Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos.

Eduardo Toledano, doctor en medicina y presidente del Consejo Social y Ético de PAS España. Consejero asesor de la OMS en Salud Pública y miembro activo en Naciones Unidas en Educación y Salud.

Jesús Villanueva, psicólogo sanitario y subdirector de la Clínica Recurra GINSO.

Carlos Benedicto, doctor en Psicología, coordinador técnico de centros en GINSO y director del Área de Proyectos, Estudios e Innovación.

Beatriz Urra, psicóloga sanitaria y subdirectora del Hospital de Día Retiro Recurra GINSO.

Comité técnico de investigación

Alicia Santos, directora de Fundación Atalaya y responsable del estudio.

Enrique Domingo, sociólogo y coordinador del estudio.

Laura Hernández, politóloga, doctoranda en Ciencias Políticas y Administración Pública y técnica de investigación y de Asuntos Públicos en GINSO.

Cristina Arana, psicóloga, educadora y formadora. Técnica del Área de Educación y Salud Mental de GINSO.

Cómo citar el documento

Fundación Atalaya, Observatorio de Salud Mental Infanto-Juvenil. 2024. Estudio "Inquietudes, preocupaciones y salud mental de la juventud en España". Madrid, España.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	4
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	6
1. METODOLOGÍA	7
1.1. Descripción	7
1.2. Diseño muestral	7
1.3. Diseño del cuestionario	9
1.4. Análisis estadístico de los datos	13
2. PRINCIPALES RESULTADOS SEGÚN ÁMBITOS DE ANÁLISIS	17
2.1. Ámbito de Salud Mental	17
2.2. Ámbito de Bienestar Social	20
2.3. Ámbito de Conductas de Riesgo	20
2.4. Ámbito de Satisfacción con la Vida	21
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS SEGÚN ÁMBITOS DE ESTUDIO	22
3.1. Ámbito de Salud Mental	22
3.1.1. Autovaloración del estado general de salud mental	22
3.1.2. Nivel de ansiedad auto percibido	24
3.1.3. Síntomas de depresión	27
3.1.4. Riesgo de comportamiento suicida	31
3.2. Ámbito de Bienestar Social	34
3.2.1. Soledad no deseada	34
3.2.2. Valoración de la cohesión social (índice de anomia)	36
3.2.3. Apoyo social percibido	38
3.2.4. Inseguridad	40
3.3. Ámbito de Conductas de Riesgo	42
3.3.1. Aceptación del riesgo	42
3.3.2. Juego con dinero	45
3.3.3. Dificultades con el uso de videojuegos	47
3.4. Ámbito de Satisfacción General con la Vida	49
3.4.1. Prioridades de la población juvenil	49
3.4.2. Satisfacción con la propia vida	51
4. CONCLUSIONES	54
5. PROPUESTA DE RECOMENDACIONES	55
6. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	59

PRESENTACIÓN

Este estudio, realizado por la **Fundación Atalaya**, entidad que busca ser un faro de observación de la salud mental infanto-juvenil, tiene el objetivo de mejorar su situación actual y sensibilizar a la población sobre la importancia de su cuidado y del bienestar psicológico. Los cimientos de la Fundación se basan en la visión integral de sus fundadores, quienes han identificado los actuales desafíos en el ámbito de la salud mental.

Con la intención de dar soluciones basadas en la evidencia científica y concienciar a través del diseño de investigaciones, campañas de sensibilización y creación de alianzas con otras entidades, se crea el Observatorio de Salud Mental Infanto-Juvenil. En este observatorio se enmarca el presente cuestionario sobre las **“Inquietudes, preocupaciones y salud mental de la juventud en España”** con el ánimo de conocer el estado actual de la salud mental de la juventud española y ofrecer propuestas de mejora que favorezcan su bienestar global.

Se parte de la observación de una serie de dificultades en el ámbito de la salud mental y el comportamiento juvenil, que aparecen registradas en los informes nacionales e internacionales de los últimos años y que también responden a la realidad observada en nuestra experiencia diaria con los adolescentes y sus familias.

Estas dificultades se traducen en un aumento de los casos relacionados con problemas de salud mental en la etapa infantil y adolescente, sobre todo a partir de la pandemia, que funcionó como catalizador de una situación que ya era preocupante, aunque menos visible. Según la OMS, entre el 10 y el 20% de los niños, niñas y adolescentes del mundo experimentan trastornos de salud mental, con una edad media de inicio de todos los trastornos mentales a lo largo de la vida situada alrededor de los 14 años. Entre los más frecuentes aparecen la depresión, los trastornos de conducta, el abuso de sustancias y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como conductas autolesivas que se dan en múltiples trastornos.

Según ponen de manifiesto diversos estudios y organizaciones sanitarias, como la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (AEPNYA) o la Asociación Española de Pediatría, el 70% de los trastornos mentales comienza en la edad infanto-juvenil y si no se tratan desde la infancia, pueden tener un impacto negativo mucho mayor en el desarrollo del joven, el éxito escolar y la transición a la adultez debido a que las dos primeras décadas son claves para el desarrollo de competencias y habilidades básicas para la vida.

Cabe resaltar la alta demanda existente en el acceso a los servicios de salud mental infanto-juvenil y la escasez de servicios de atención específicos para niños, niñas y adolescentes, lo cual provoca grandes brechas de atención sanitaria para aquellos que más la necesitan. Con este estudio se desea contribuir al cumplimiento de las medidas expuestas en las estrategias y planes actuales, aportando conocimiento y ofreciendo propuestas de mejora mediante recomendaciones concretas.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del presente informe se muestran los pasos dados para la realización del estudio “**Inquietudes, preocupaciones y salud mental de la juventud en España**” desde su concepción, explicando el diseño, los detalles metodológicos y el trabajo de campo, hasta la obtención de los datos y el análisis de resultados que desembocan en las conclusiones y una serie de propuestas de mejora.

Para lograrlo, partimos de la situación actual y de las preocupaciones reales de los jóvenes entre 15 y 29 años que residen en España; se les ha preguntado sobre una variedad de cuestiones relacionadas con su salud mental, su bienestar emocional, social y sus hábitos de vida, entre otros temas, para así obtener una radiografía que nos permita conocer la situación actual de la juventud española e identificar sus principales problemas con el fin de ofrecer recomendaciones para mejorar su salud mental y bienestar global.

Se les ha preguntado acerca de los siguientes **ámbitos** fundamentales:

- La valoración que hacen de su **salud mental**, tanto de forma general como específica, en relación con las experiencias más comunes como la ansiedad y depresión, y también sobre el riesgo de suicidio.
- El **bienestar social**, en cuanto al sentimiento de soledad no deseada, la existencia de apoyo social por parte del entorno cercano, la disposición a la cooperación frente a la ausencia de cohesión social o anomia¹ y la sensación de inseguridad percibida.
- La **aceptación del riesgo** que toman ante determinados comportamientos, incluyendo conductas online como las apuestas o el uso de videojuegos.
- La **satisfacción general** que sienten y las **prioridades** que establecen en su vida, según la importancia otorgada a cada ámbito específico (laboral, familiar, afectivo, formativo, comunitario, espiritual, etc).

La elección de estos ámbitos temáticos y de las preguntas que forman el cuestionario parte de una revisión documental de estudios e investigaciones y de un análisis del contexto, realizados con la intención de obtener resultados fiables y de poder hacer estudios comparativos respecto a estos estudios, tal como se detalla en el apartado dedicado a la metodología.

Un propósito esencial de la Fundación Atalaya es poder compartir estos datos de la forma más transparente posible para que sirvan de guía y orientación a otras entidades, con el foco puesto en la mejora de la salud mental infanto-juvenil.

Con el fin de evitar el excesivo uso de artículos, sustantivos y adjetivos diferenciadores del género y con el propósito de facilitar la lectura, se empleará el término “joven” para incluir tanto a los chicos como a las chicas y términos neutros como “juventud” o “población”.

¹ La cohesión social se refiere al hecho de sentirse parte de una comunidad, aceptar las reglas que la rigen y valorarla como algo importante (Tironi: 2007). Se denomina anomia cuando este sentimiento se reduce debido a una carencia de normas y valores sociales así como de una estructura social que garantice los derechos y oportunidades de todos.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo general que nos planteamos está dirigido a obtener una radiografía que nos permita conocer la situación actual de la juventud española e identificar sus principales problemas con el fin de ofrecer recomendaciones para promover la mejora de la salud mental de los y las jóvenes con la intención de favorecer su presente y futuro, así como el de las siguientes generaciones.

Asimismo, el equipo de trabajo del presente estudio está enfocado en una serie de objetivos específicos que se muestran a continuación:

- Aumentar el conocimiento sobre la situación de la salud mental en la población juvenil, identificando las principales dificultades y fortalezas.
- Conocer el grado de sensibilización de la población adolescente y juvenil en cuanto a la salud mental.
- Detectar factores de riesgo y de resiliencia, así como áreas de mejora identificadas por los propios jóvenes.
- Proponer medidas concretas de prevención, detección y afrontamiento para reducir las dificultades y potenciar la salud mental, haciendo una llamada a la acción constructiva.
- Fomentar la elaboración de estudios más pormenorizados sobre aquellos aspectos que destaque el presente estudio.

El planteamiento del equipo de trabajo de Fundación Atalaya es continuar profundizando en aquellos aspectos más relevantes y llamativos de la salud mental de los jóvenes que surjan del análisis de los resultados de este primer cuestionario general, dando lugar así a otros estudios y objetivos más específicos y en profundidad e inspirando a otras entidades a investigar y trabajar en la salud mental de la sociedad española del futuro desde la mejora de las condiciones de los más jóvenes.

1. METODOLOGÍA

1.1. Descripción

Se elabora un cuestionario formado por preguntas cerradas y una última pregunta abierta. Se han utilizado mayormente escalas estandarizadas, que son presentadas en el apartado 1.3. junto con los rangos de valores y puntos de corte (apartado 1.4.1). Los ítems que forman cada pregunta se han presentado de forma randomizada para evitar respuestas automáticas.

Asimismo, se han recolectado una serie de variables sociodemográficas que resultan cruciales a la hora de analizar los datos y generar conclusiones y propuestas de prevención e intervención apropiadas. Son los siguientes:

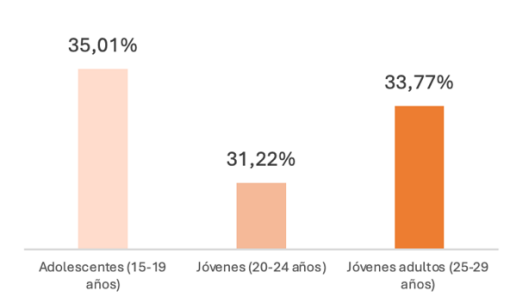
1. Género
2. Edad
3. Provincia
4. Municipio
5. Tipo de hogar de convivencia
6. Número de personas que conviven en el hogar contando contigo
7. Nivel de estudios
8. Actividad actual
9. Ocupación laboral del principal sustentador del hogar
10. Clase social auto percibida
11. Posicionamiento ideológico

Se ha incluido el posicionamiento ideológico derecha-izquierda como una variable que garantiza la representatividad de la muestra. El resultado ha sido muy positivo, ya que los datos obtenidos muestran una distribución muy equilibrada.

Tras el trabajo de campo, se realiza el análisis cuantitativo de los datos. Para ello, se utiliza el programa IBM-SPSS Statistics, versión 28.0.1.1. (14), y se aportan los gráficos explicativos.

1.2. Diseño muestral

- **Universo**
La encuesta está dirigida a individuos residentes en España adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años de edad.
- **Muestra**
La muestra final válida está compuesta por 2002 adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años residentes en España; equivalente según procedimientos generalmente aceptados a una muestra representativa de la población española de dichas características. De los cuales, 1.003 son hombres/chicos (50,1%) y 999 son mujeres/chicas (49,9%). En cuanto a los grupos de edad, 701 personas tienen de 15 a 19 años (35%), 625 tienen de 20 a 24 años (31,2%) y 676 tienen de 25 a 29 años (33,8%). Desagregando estos datos por género, del total del grupo adolescente (de 15 a 19 años) 396 son chicos y 305 son chicas; del grupo joven (de 20 a 24 años) 280 son chicos y 345 chicas; y del grupo joven adulto (de 25 a 29 años) 327 son chicos y 349 son chicas.



- **Técnica de recogida de la información**

El cuestionario ha sido autoadministrado a través de internet con invitación a participar mediante correo electrónico.

- **Fuente de muestreo**

Selección de la muestra encuestada a partir de un Panel de Acceso online (access panel) de Sondea y otros paneles asociados.

- **Tamaño de la muestra. Tasa de respuesta**

Se invitó a participar a 10.000 individuos de 15 a 29 años, pertenecientes al panel de Sondea y a otros paneles asociados, seleccionados de forma intencional y proporcional a las cuotas de la población española (INE Padrón a 1 de enero de 2024) en función del género y comunidad autónoma de residencia, obteniendo una respuesta final válida de 2.002 individuos. Lo que supone una tasa de respuesta de 20,8%.

- **Afijación proporcional según cuotas**

Selección de los individuos siguiendo filtros de afijación por rangos de edad, género y nivel de estudios según datos de la población residente en España (INE Padrón a 1 de enero de 2024).

- **Error de la muestra**

En el supuesto del muestreo aleatorio simple y máxima indeterminación ($P = Q = 50\%$), para un nivel de confianza de 1,96 sigma (al 95% de confianza) el error muestral máximo es de +/- 2,23% para los datos referidos al total de la muestra $N = 2.002$.

- **Fecha de recolección de datos**

El presente estudio ha sido elaborado en el año 2024, tanto su diseño y puesta en práctica como el análisis de los resultados, siendo el trabajo de campo de 10 días, desde el 29/05/2024 hasta el 08/06/2024.

1.3. Diseño del cuestionario

En el proceso de **selección de los ámbitos de análisis** del cuestionario se ha realizado una revisión de estudios e investigaciones desarrollados en España con niños/as, adolescentes y jóvenes: el *Estudio PSICE -Psicología basada en la evidencia en contextos educativos-* (2023) del Consejo General de la Psicología de España, el *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar* (2023) del Centro Reina Sofía de Fad Juventud, y las encuestas *ESTUDES* y *EDADES* (2021 y 2022) sobre las adicciones a sustancias y los trastornos comportamentales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Se tienen en cuenta también los temas tratados en la Encuesta Nacional de Salud (2017) y en el estudio del Ministerio de Universidades y Ministerio de Sanidad. A continuación, se ha realizado un análisis comparativo para registrar la frecuencia de aparición de las temáticas encontradas en estos estudios. Gracias a éste, se consiguen identificar una serie de asuntos de interés para evaluar la situación actual de la juventud española, tales como problemas de ansiedad y depresión, comportamiento suicida, bienestar emocional, social y conductual, y adicciones con y sin sustancias. Para afianzar la selección de temas que van a formar parte del presente cuestionario, se hace un análisis de contexto multidisciplinar desde la perspectiva clínica-experiencial, mediática, sociológica y política. Finalmente, resultan los cuatro ámbitos temáticos que adelantamos en la presentación: **Salud mental, Bienestar social, Conductas de riesgo y Satisfacción con la vida**. Cada uno de ellos está formado por una serie de áreas, que se corresponden con las 13 preguntas del cuestionario.

Tras este proceso de estudio, se seleccionan las escalas estandarizadas comúnmente utilizadas ya que facilitan la medición de las áreas temáticas seleccionadas, aportando consistencia y fiabilidad a los resultados. Asimismo, se han incorporado algunas cuestiones que aparecen en el mencionado *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar* de Fad Juventud y en las encuestas sobre adicciones *ESTUDES* y *EDADES* del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Con el fin de comparar las respuestas de la población juvenil con las dadas por la población general, también se han tenido en cuenta algunas cuestiones del estudio sobre *Las Prioridades en la vida de los españoles* elaborado por el Instituto de conocimiento Mar de Fondo en 2020.

A continuación, se presentan las 13 áreas temáticas del cuestionario y las preguntas a las cuales se corresponden, organizadas según los cuatro ámbitos temáticos, junto con la descripción de cada escala estandarizada o del estudio de origen:

Ámbito 1. Salud mental

- **Área temática 1. Autovaloración del estado general de salud mental (P4)**

Escala utilizada: Con el fin de comparar las respuestas de la población juvenil con las de la población general, se han tenido en cuenta algunas cuestiones del estudio sobre *Las Prioridades en la vida de los españoles* elaborado por el Instituto de conocimiento Mar de Fondo (Mar de fondo: 2020).

- **Área temática 2. Nivel de ansiedad auto percibido (P6)**

Escala utilizada: GAD-7 -Generalized Anxiety Disorder: El GAD-7 es un instrumento autoaplicable de 7 ítems que se utiliza ampliamente para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada durante las últimas 2 semanas según el DSM-5. Cada elemento se puntúa en una escala Likert de 4 puntos que indica la frecuencia de los síntomas, que van de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). La puntuación total de GAD-7 puede variar de 0 a 21, y una puntuación ≥ 10 indica un trastorno de ansiedad generalizada. El estudio original reportó adecuados valores de sensibilidad (0,92) y especificidad (0,83) (Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Kroenke, K., et al: 1999).

- **Área temática 3. Síntomas de depresión (P7)**

Escala utilizada: PHQ-9 -Patient Health Questionnaire: El PHQ-9 es un instrumento estructurado y autoaplicable que se utiliza ampliamente para detectar la depresión y determinar la gravedad de este trastorno en población adulta según los criterios del DSM-IV. Es la herramienta más utilizada para detectar casos de depresión en atención primaria y para cuantificar su severidad, por ser simple, breve y fácil de administrar. Tiene una alta consistencia interna (0,84), una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92%. En este caso utilizamos la versión para adolescentes; está compuesto por 9 ítems con respuesta tipo Likert con valores entre 0 (nunca) y 3 (casi todos los días) que hacen referencia a las últimas dos semanas. La puntuación total de PHQ-9 puede variar de 0 a 27, y una puntuación ≥ 10 tradicionalmente ha indicado un posible trastorno de depresión; mientras que las investigaciones más recientes colocan el punto de corte entre 8 y 11. Siguiendo estas recomendaciones, tenemos en cuenta las respuestas con frecuencia “varios días”, correspondientes a una sintomatología depresiva leve, como una situación que ya puede ser preocupante (Brain treatment centre Australia: 2020).

- **Área temática 4. Riesgo de comportamiento suicida (P9)**

Escala utilizada: SENTIA breve - Escala para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes: Es un instrumento de medida sencillo, breve y útil que ha sido construido y validado específicamente para la evaluación de la conducta suicida en jóvenes españoles. SENTIA, como herramienta de cribado, puede ayudar a analizar, evaluar, comprender e intervenir en un problema sociosanitario de primer orden como es la conducta suicida, tanto en entornos clínicos como educativos, para detectar a personas con riesgo suicida de cara a prevenir este problema y sus negativas consecuencias. Una versión breve de SENTIA sirve como herramienta de cribado cuya administración sea rápida, eficaz y no invasiva. Por otro lado, puede utilizarse en trabajos donde el objetivo de estudio no sea analizar directamente la conducta suicida, pero se necesite recabar información de este fenómeno (Díez, A., Enesco, C., Pérez de Albéniz, A., y Fonseca-Pedrero, E: 2021).

Ámbito 2. Bienestar social

- **Área temática 5. Soledad no deseada (P2)**

Escala utilizada: ÍNDICE DE SOLEDAD, Loneliness Scale- Scales Handbook 2012: Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) que mide tres dimensiones: la conexión relacional, la conexión social y el aislamiento auto percibido. Se trata de una escala ampliamente utilizada, aunque cuenta con la desventaja de basarse en formulaciones negativas que puede generar respuestas automáticas por parte de las personas encuestadas (Pedroso-Chaparro, M. del S., Márquez-González, M., Fernandes-Pires, J.-A., Gallego-Alberto, L., Jiménez-Gonzalo, L., Nuevo, R., & Losada, A: 2022).

- **Área temática 6. Valoración de la cohesión social (índice de anomia) (P3)**

Escala utilizada: ÍNDICE DE ANOMIA/Desconexión. Harris (2008) Srole (1956): Srole (1956) operacionaliza la anomia en términos del sentido individual de inadecuada integración social y alienación interpersonal, junto con las condiciones individuales de distancia de la alineación de los demás y las del yo hacia los otros. Para esto utilizó una versión de 6 ítems de la escala de Srole (Srole: 1956).

- **Área temática 7. Apoyo social percibido (P5)**

Escala utilizada: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido EMAS, 12 ítems: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS-): Instrumento diseñado por Zimet et al. (1988), se compone de 12 ítems para medir el apoyo social percibido. El EMAS (Landeta y Calvete, 2002) es una validación y adaptación en una muestra española del MSPSS. En dicha versión, se reducen las alternativas de respuesta a una escala Likert con 6 opciones para evitar la posible tendencia a responder en torno a valores centrales. Evalúa el apoyo social percibido en tres ámbitos: familia (4 ítems), amigos (4 ítems) y personas relevantes (4 ítems). La suma de estos tres aspectos permite obtener una puntuación total acerca de la percepción de apoyo que la persona posee (Landeta, O., & Calvete, E: 2002).

- **Área temática 8. Inseguridad (P13)**

Preguntas seleccionadas del Barómetro salud y bienestar del año 2023, con el fin de poder comparar los resultados de ambas muestras, específicamente se toman 4 de los 5 ítems del bloque P91_95. Se obvia el ítem sobre la “conducción de vehículos” puesto que queda reflejado en el apartado de “conductas de riesgo” (Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A: 2023).

Ámbito 3. Conductas de riesgo

- ◆ **Área temática 9. Aceptación del riesgo (P10)**

Escala utilizada: Preguntas seleccionadas del Barómetro salud y bienestar del año 2023, bloque G P82_90, respecto a la aceptación de determinadas conductas de riesgo, con el fin de poder hacer una comparativa entre ambos estudios (Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A: 2023).

- ◆ **Área temática 10. Juego con dinero (P11)**

Escala utilizada: Preguntas seleccionadas del Estudio EDADES, del Observatorio Nacional sobre Drogas, acerca de la frecuencia de juego con dinero presencial y online, con el fin de poder hacer una comparativa respecto a este punto entre ambas muestras (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones: 2023).

- ◆ **Área temática 11. Dificultades con el uso de videojuegos (P12)**

Escala utilizada: Internet Gaming Disorder Scale-Short Form (IGDS9-SF): El IGDS9-SF es un instrumento breve de 9 ítems desarrollado por Pontes y Griffiths (2015), que cubre los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por videojuegos. Su objetivo es valorar la severidad de este trastorno y sus efectos nocivos midiendo las actividades relacionadas con el uso de videojuegos durante los últimos 12 meses. Se responde con una escala Likert de 5 puntos: (1) nunca, (2) raramente,

(3) algunas veces, (4) a menudo, y (5) muy a menudo. Por tanto, las puntuaciones pueden ir de 9 a 45. Aunque el principal objetivo del instrumento no es diagnosticar sino evaluar la severidad y los efectos nocivos en la vida del jugador, establecen el punto de corte en 36 para diferenciar entre jugadores sin y con trastorno, que se corresponde con aquellos participantes que responden “a menudo” o “muy a menudo” en todas las respuestas (Pontes, H. M., & Griffiths, M. D: 2015).

Ámbito 4. Satisfacción general con la vida

- **Área temática 12. Prioridades de la población juvenil (P1)**

Escala utilizada: Con el fin de comparar las respuestas de la población juvenil con las de la población general, se ha tenido en cuenta el estudio sobre Las Prioridades en la vida de los españoles (2020) del Instituto de conocimiento Mar de Fondo, específicamente la pregunta sobre la importancia que dan las personas encuestadas a los distintos ámbitos de su vida (Mar de fondo: 2020).

- **Área temática 13. Satisfacción con la propia vida (P8)**

Escala utilizada: SWLS (Satisfaction with Life Scale), es un instrumento breve de 5 ítems, con escala Likert de respuesta de 7 puntos, desde 1 (“muy en desacuerdo”) hasta 7 (“muy de acuerdo”), con un baremo de puntuaciones entre 5 y 35. Sirve para evaluar la satisfacción general que tiene el individuo con su vida, entendiendo que una mayor puntuación refleja una satisfacción más elevada (Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S: 1985).

1.4. Análisis estadístico de los datos

1.4.1. Identificación de puntos de corte, según rango de valores, para el análisis de los datos

Ámbito temático	Pregunta (Ítem)	Evaluación de puntos de corte, según rangos de valores
A1. Salud mental	2.4. Autovaloración del estado general de salud mental. P4	Rango de valores 0-10 Valoración de la salud mental: - Insatisfactoria: 0-3 - Regular: 4-6 - Satisfactoria: 7-10 - Ns/Nc
	1.2. Nivel de ansiedad auto percibida. P6	Rango de valores 0-21 Síntomas de ansiedad: - No se aprecian síntomas: 0-4 - Se aprecia una sintomatología leve: 5-9 - Se aprecia una sintomatología moderada: 10-14 - Se aprecia una sintomatología grave: 15-21 A partir de una puntuación ≥ 10 se considera que puede haber un trastorno de ansiedad.
	1.3. Síntomas de depresión. P7	Rango de valores 0-27 (se convierten los códigos de 1-4 a 0-3). Niveles de síntomas depresivos: - Nivel de sintomatología mínima: 0 – 4 - Nivel de sintomatología leve: 5 – 9 - Nivel de sintomatología moderada: 10 – 14 - Nivel de sintomatología de moderada a grave: 15 – 19 - Nivel de sintomatología grave: 20 – 27 La puntuación entre 8 y 11 es la recomendada para detectar un posible trastorno de depresión. Tradicionalmente se consideraba el 10 como punto de corte.
	1.4. Riesgo de comportamiento Suicida. P9	Rango de valores 0-5. Riesgo de comportamiento suicida: - Riesgo mínimo: 0 - Riesgo leve: 1-2 - Riesgo moderado: 3-4 - Riesgo grave: 5
A2. Bienestar social	2.1. Soledad no deseada. P2	Rango de valores 3-9 Grado de soledad: - Grado de soledad leve o ausencia de soledad: 3-4 puntos - Grado de soledad moderada: 5-7 puntos - Grado de soledad grave: 8-9 puntos
	2.2. Valoración de la cohesión social (índice de anomia). P3	Rango de valores 6-42 Nivel de anomia - Nivel bajo de Anomia/desconexión: 6-19 - Nivel Moderado de Anomia/desconexión: 20-33

		- Alto Nivel de Anomia/desconexión: 34– 42
	2.3. Apoyo social percibido. P5	Rango de valores 12-84 Nivel de apoyo social: - Bajo Nivel de Apoyo Social Percibido: 12-50 - Nivel Moderado de Apoyo Social Percibido: 51 -69 - Alto Nivel de Apoyo Social Percibido: 70-84
	2.4. Sensación de inseguridad. P13	Rango de valores: 0-40 Afectación de sensación de inseguridad: - No afectan: 0-20 - Afectan moderadamente: 21-25 - Afectan bastante: 26-30 - Afectan mucho: 31-35 - Afectan completamente: 36-40
A3. Conductas de riesgo	3.1. Aceptación del riesgo. P10.	Rango de valores 0-90 Conductas de Riesgo: - No compensan: 0-50 - Compensan moderadamente: 51-60 - Compensan bastante: 61-70 - Compensan mucho: 71-80 - Compensan completamente: 81-90
	3.2. Juego con dinero. P11	Riesgo de juego con dinero: - Jugador en bajo riesgo: Un día al mes o menos + 2- 4 días al mes. - Jugador en riesgo moderado: 2-5 días a la semana. - Jugador en alto riesgo: 6 o más días a la semana.
	3.3. Dificultades con el uso de videojuegos. P12	Rango de valores 7-35 Dificultad del uso de videojuegos: - Sin incidencia: 7-14 - Incidencia leve: 15-20 - Incidencia moderada: 21-27 - Incidencia grave: 28-35 - Problema de trastorno por juego en internet/gaming disorder: 28 – 35
A4. Satisfacción con la vida	4.1. Prioridades de la población juvenil. P1	Valoración según la frecuencia de las respuestas, determinadas por: - Nada importante - Poco importante - Bastante importante - Muy importante
	4.2. Satisfacción con la propia vida. P8	Rango de valores 5-35 Satisfacción con la vida: - Muy satisfecho: 31 – 35 - Satisfecho: 26 – 30 - Un poco satisfecho: 21 – 25 - Un poco insatisfecho: 15 – 20 - Insatisfecho: 10 – 14 - Muy insatisfecho: 5 – 9

1.4.2 Técnicas de análisis de datos

- **Análisis univariado:** desarrollo de frecuencias absolutas y relativas, cálculo de promedios y puntos de corte. Este análisis se corresponde con los datos generales de cada pregunta que se encuentra en el apartado 3 del presente documento y el gráfico asociado. En estos se puede ver las respuestas dadas por el total de los encuestados (N=2.002).
- **Análisis bivariado:** relación de las preguntas con las variables sociodemográficas género y edad; también se tienen en cuenta relaciones significativas con otras preguntas y otros datos sociodemográficos como la clase social percibida, edad, estudios, convivencia, etc. Así, en el apartado 3 se presenta, para cada pregunta, los siguientes análisis de datos y sus respectivos gráficos:
 - Un primer análisis según género, teniendo en cuenta el total de respuestas dadas por los chicos/hombres (N=1.003) y el total de respuestas presentadas por las chicas/mujeres (N=999).
 - Un segundo análisis según rango de edad, que permite comparar las respuestas que han dado los jóvenes adolescentes de 15 a 19 años (N=701), con las de el subgrupo jóvenes de 20 a 24 años (N=625) y las de jóvenes adultos de 25 a 29 años (N=676).
- **Análisis multivariado:** correlaciones donde se procesan simultáneamente diferentes más de dos variables para conseguir un análisis más detallado de los resultados. En aquellas áreas temáticas donde hay hallazgos significativos, se presentan los datos según rangos de valor y teniendo en cuenta los subgrupos de edad y diferenciando en ellos las respuestas dadas según género (con su respectivo gráfico).

1.4.3 Propiedades psicométricas de los datos

En SPSS se calculó el Alpha de Cronbach, para medir la confiabilidad, validez y la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el cuestionario, con el objetivo de saber el grado en que los ítems miden un solo constructo (coherencia interna del instrumento de medida). En relación con su interpretación un valor inferior a 0,6 debe considerarse como bajo e inaceptable, los coeficientes que oscilan entre 0,7 y 0,9 se consideran buenos y aceptables. Los resultados arrojados indican una buena consistencia interna al presentar la siguiente estadística de fiabilidad:

Tabla Nº 1. Coeficiente de confiabilidad según ítems de las escalas validadas y seleccionadas

Ámbito/Área temática	Alpha de Cronbach	Nº de Ítems
A1. Salud mental		
1.1. Autovaloración del estado general de salud mental. P4	N/A	N/A
1.2. Nivel de ansiedad auto percibida. P6	0.896	7
1.3. Síntomas de depresión. P7	0,895	9
1.4. Riesgo de comportamiento suicida. P9	Base insuficiente para el análisis.	Base insuficiente para el análisis
A2. Bienestar social		
2.1. Soledad no deseada. P2	0.789	3
2.2. Valoración de la cohesión social (índice de anomia). P3	0.698	6
2.3. Apoyo social percibido. P5	0.927	12
2.4. Sensación de inseguridad. P13	N/A	N/A
A3. Conductas de riesgo		
3.1. Aceptación del riesgo. P10	0.897	10
3.2. Juego con dinero. P11	Base insuficiente para el análisis	Base insuficiente para el análisis
3.3. Dificultades con el uso de videojuegos. P12	0.886	7
A4. Satisfacción con la vida		
4.1. Prioridades de la población juvenil. P1	0.871	5
4.2. Satisfacción con la propia vida. P8	0.818	17

Fuente: Elaboración propia. Muestral: 2.002

2. PRINCIPALES RESULTADOS SEGÚN ÁMBITOS DE ANÁLISIS

2.1. Ámbito de Salud Mental

Autovaloración del estado general de salud mental

Al preguntarles sobre la valoración general acerca de su salud mental **más de la mitad de los jóvenes valoran su salud mental de manera positiva**: El 53,9% de las personas encuestadas la puntúan con los valores máximos (entre 7 y 10); el 28,7% se encuentra en posiciones intermedias (entre 4 y 6), mientras que un 16,4% la valora de manera negativa, haciendo uso de las puntuaciones más bajas (entre 0 y 3).

Aunque la autovaloración sobre el estado de salud mental es similar entre ambos géneros, son ellas quienes valoran su salud mental como regular o insatisfactoria en mayor medida que los chicos.

P4: En líneas generales, ¿Cómo calificarías tu salud mental en este momento de tu vida? Utiliza una escala de 0 a 10, siendo 0 “Pésima” y 10 “Excelente”.

Nivel de ansiedad auto percibido

Menos de la mitad de los encuestados (el 47,7%) se encuentra en un nivel leve o ausente de ansiedad frente al 52,3% que expresa un estado de moderado a grave, presentando el 20,6% una sintomatología grave. Estos datos muestran que **1 de cada 5 jóvenes siente dificultades graves relacionadas con la ansiedad**.

Quienes expresan una ansiedad más alta son las mujeres en comparación con los hombres, los jóvenes adultos respecto a los otros grupos de edad y los que habitan en medios rurales frente a los medios urbanos.

P6: Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia has sentido malestar por alguno de los siguientes problemas? 6.1 Te has sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a. 6.2 No has podido dejar de preocuparte. 6.3 Te has preocupado excesivamente por diferentes cosas. 6.4 Has tenido dificultad para relajarte. 6.5 Te has sentido tan intranquilo/a que no podías estar quieto/a. 6.6 Te has irritado o enfadado con facilidad. 6.7 Has sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible. Utiliza una escala de 0 (nunca), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días), 3 (casi todos los días).

Síntomas de depresión

Cabe destacar que **más de la mitad de los jóvenes expresa tener dificultades relacionadas con el bajo estado de ánimo**. De este 54% de jóvenes, el 28,5% se sitúa en los dos niveles más preocupantes, de moderado a grave y severo, mientras que el 22,4% responde a un nivel mínimo o ausente de síntomas depresivos.

En cuanto al género, se puede afirmar que tanto ellas como ellos refieren dificultades en este ámbito, encontrándose las chicas en peor situación, sobre todo en lo que se refiere a la sintomatología grave.

P7: A continuación, vamos a mencionar distintos estados de ánimo que has podido sentir durante las últimas dos semanas ¿con qué frecuencia has sentido malestar por alguno de los siguientes problemas? 7.1 ¿Te sientes desanimado/a, deprimido/a, irritado/a o sin esperanza? 7.2 ¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas? 7.3 ¿Tienes problemas para dormir, mantenerte dormido/a o duermes demasiado? 7.4 ¿Tienes falta de apetito, pérdida de peso o comes en exceso? 7.5 ¿Te sientes cansado/a o con poca energía? 7.6 ¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo/a o a tu familia? 7.7 ¿Tienes dificultad para concentrarte en las tareas (escolares, laborales), leer o ver la televisión? 7.8 ¿Te mueves o hablas tan lentamente que la gente a tu alrededor lo nota? o lo contrario, ¿estás tan agitado/a o inquieto/a que te mueves más de lo acostumbrado? 7.9 ¿Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que quieres hacerte daño? Utiliza una escala de 0 (nunca), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días), 3 (casi todos los días).

Riesgo de comportamiento suicida

Esta escala solo se ha administrado a quienes han obtenido una puntuación alta o muy alta en el ítem 1 (¿Te sientes desanimado/a, deprimido/a, irritado/a o sin esperanza?) o en el ítem 9 (¿Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que quieres hacerte daño?) de la escala que mide sintomatología depresiva (P7) o a quienes se muestran muy insatisfechos en la pregunta sobre satisfacción con la propia vida (P8), entendiendo que en estas personas jóvenes el riesgo de conducta suicida es mayor.

Nuestro fin es conocer en qué situación se encuentra la juventud a este respecto y poder ofrecerles soporte y recursos de ayuda². Es importante destacar que el comportamiento suicida no se refiere solo a la consumación del suicidio, sino que también incluye la ideación suicida, la planificación, la comunicación a terceras personas de estas ideas y/o planes, y los intentos de suicidio.

El número de personas que han pasado a contestar esta pregunta sobre riesgo de suicidio es de 143 jóvenes. Respecto al total de las personas encuestadas (2.002) esta cifra representa un 7,1%, del cual el 1,3% se encuentra en el nivel más bajo de riesgo de suicidio, el 1,8% en un nivel leve, el 2,5% en un nivel moderado y el 1,5% en un riesgo grave.

A todos los jóvenes que se les administra esta escala de riesgo de suicidio, se les comparte de forma individualizada y confidencial una serie de recursos de ayuda previos a la cumplimentación de los ítems. Para ello, se les remite a recursos tanto públicos como del tercer sector: la línea telefónica 024 de atención a la conducta suicida que pone a disposición el Ministerio de Sanidad, disponible las 24 horas los 365 días del año, y también el teléfono de consulta y apoyo psicológico de Recurra Ginso junto con la dirección de correo electrónico, por si desean ponerse en contacto con el equipo de psicólogos especializados.

P9: Dinos a continuación si has pensado o has hecho lo siguiente en los últimos 6 meses. Por favor, responde de forma sincera atendiendo a tu forma de pensar y sentir. 9.1 ¿Has deseado estar muerto/a? 9.2 ¿Has tenido ideas de quitarte la vida? 9.3 ¿Has planificado quitarte la vida? 9.4 ¿Has comentado a alguien que quieres quitarte la vida? 9.5 ¿Has intentado quitarte la vida? Responde con SÍ o NO.

2. 2. Ámbito de Bienestar Social

Soledad no deseada

En cuanto a la sensación de soledad no deseada de los/as jóvenes, un 29,1% presenta un índice de soledad leve o no presente, mientras que un 55,5% se sitúa en un nivel moderado y un 15,3% en un nivel grave. Con estos datos, podemos afirmar que **la soledad no deseada es un problema real de la población joven y adolescente en España**. En nuestro estudio, la sensación de soledad es más acentuada en el grupo de jóvenes adultos, 25 a 29 años, donde casi 1 de cada 10 jóvenes se siente solo/a frecuentemente.

Las chicas, los habitantes en medios rurales y quienes están en paro o estudiando y buscando empleo son quienes presentan mayores índices de soledad.

P2: Las siguientes preguntas son sobre cómo te sientes en relación con algunos aspectos de tu vida. 2.1 ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía? 2.2 ¿Con qué frecuencia sientes que te han dejado de lado o excluido/a? 2.3 ¿Con qué frecuencia te sientes aislado/a de los demás? Para cada uno dinos con qué frecuencia te sientes así, siendo 1 (casi nunca), 2 (algunas veces), 3 (frecuentemente).

² Remitiéndolos a la línea telefónica 024 de atención a la conducta suicida que pone a disposición el Ministerio de Sanidad y al teléfono de consulta y correo electrónico del equipo de psicólogos de Recurra Ginso.

Valoración de la cohesión social (índice de anomia)³

Del total de las personas encuestadas, **el 18,4% presenta un índice alto de anomia, es decir, una valoración baja de la cohesión social**, casi el triple de los jóvenes que se sienten conectados y cohesionados socialmente (el 6,3%) lo cual es muy llamativo, y alarmante también, si no se toman las medidas oportunas para mejorarlo. Los niveles más altos de anomia y desconexión social son expresados por el grupo de mayor edad, sobre todo en cuanto a la desconfianza política.

Esta sensación de falta de cohesión social, desconfianza en la estructura social y falta de oportunidades es mayor entre quienes se posicionan en una clase social baja y en los jóvenes que habitan en poblaciones semi urbanas, sin diferencias significativas entre chicas y chicos.

P3: Señala a continuación en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases... 3.1 Hoy en día, una persona tiene que preocuparse por el presente y dejar que el mañana se cuide solo. 3.2 A pesar de lo que algunas personas dicen, la vida del ciudadano medio está empeorando y no mejorando. 3.3 No es justo traer un niño al mundo teniendo en cuenta cómo se ven las cosas para el futuro. 3.4 La mayoría de las personas en cargos públicos no están realmente interesadas en los problemas del ciudadano medio. 3.5 En estos días, una persona realmente no sabe con quién puede contar. 3.6 A la mayoría de la gente no le importa lo que suceda con el de al lado. Utiliza una escala del 1 (completamente en desacuerdo) al 7 (completamente de acuerdo).

Apoyo social percibido

En cuanto al apoyo social que perciben los/as jóvenes, el 22,5% siente un nivel de apoyo social bajo, el 42,5% un nivel moderado y el 35% un nivel alto. Estos resultados son muy positivos ya que **la mayoría de los jóvenes siente que goza de apoyo social en su vida cotidiana.**

Los jóvenes que perciben un mayor apoyo social son los residentes en núcleos urbanos frente a rurales, los que tienen estudios superiores y los de clase social media o alta. El grupo que siente un menor apoyo es el de 15 a 19 años frente al de 25 a 29 años que se sienten más apoyados.

No se observa relación entre la soledad no deseada y el apoyo social que sienten los/las jóvenes, ya que quienes sienten más apoyo de su círculo cercano sienten también mayor soledad (grupo de 25 a 29 años) lo cual requiere ser abordado en profundidad en siguientes investigaciones.

En cuanto a la relación entre el apoyo social y el sentimiento de anomia o cohesión social, se observa que aunque sienten esos vínculos y seguridad con su círculo cercano, la sensación de falta de valores sociales existe entre la juventud española.

P5: Señala ahora en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones, referidas al apoyo de personas próximas: 5.1 Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil. 5.2 Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir mis penas y alegrías. 5.3 Mi familia realmente intenta ayudarme. 5.4 Obtengo de mi familia el apoyo emocional que necesito. 5.5 Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí. 5.6 Mis amigos realmente tratan de ayudarme. 5.7 Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal. 5.8 Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia. 5.9 Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías. 5.10 Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos. 5.11 Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones. 5.12 Puedo hablar de mis problemas con mis amigos. Usa una escala de 1 a 7, en la que 1 significa que estás 'Totalmente en desacuerdo' y 7 que estás 'Totalmente de acuerdo' con la afirmación.

³ La cohesión social se refiere al hecho de sentirse parte de una comunidad, aceptar las reglas que la rigen y valorarla como algo importante (Tironi: 2007). Se denomina anomia cuando este sentimiento se reduce debido a una carencia de normas y valores sociales así como de una estructura social que garantice los derechos y oportunidades de todos.

Sensación de inseguridad

Los jóvenes encuestados, en general, **no sienten inseguridad personal** ya que la media de las respuestas es de 3,5 puntos sobre 10, donde 0 significa “no me afecta nada en absoluto” y 10 “me afecta completamente”. Con ello están manifestando que las situaciones mostradas no les afectan. Si bien los resultados generales son positivos, hay una diferencia significativa entre las chicas y chicos siendo ellas quienes sienten mayor inseguridad.

P13: En líneas generales, ¿en qué medida sientes inseguridad o piensas que te pueden afectar personalmente las siguientes situaciones?: 13.1 Sufrir los riesgos del consumo de drogas. 13.2 Recibir violencia física. 13.3 Recibir acoso en el centro de estudios o trabajo. 13.4 Recibir acoso en redes sociales. Utiliza una escala de 0 a 10, siendo 0 “No me afecta nada en absoluto” y 10 “Me afecta completamente”.

2.3. Ámbito de Conductas de Riesgo

Aceptación del riesgo

Los jóvenes españoles, en su gran mayoría, **declaran que no les compensa asumir riesgos (95%)**. Quienes, en mayor proporción, llevan a cabo conductas de riesgo son los chicos frente a las chicas, quienes residen en entornos rurales y quienes viven solos. También se relaciona esta mayor asunción de riesgos con aquellos jóvenes que presentan sintomatología depresiva.

P10: En la vida casi todo tiene ventajas y desventajas. ¿Hasta qué punto te compensaría asumir los riesgos que puedan tener los siguientes comportamientos para poder disfrutar de las posibles ventajas? 10.1 Colgar fotos íntimas en redes sociales. 10.2 Emborracharse sin perder el conocimiento. 10.3 No usar protección en relaciones sexuales (ni siquiera con personas desconocidas). 10.4 Fumar porros. 10.5 Conducir vehículos cuando se han consumido drogas o alcohol. 10.6 Meterse en peleas. 10.7 Consumir cocaína o pastillas. 10.8 Practicar deportes de riesgo. 10.9 Conducir a mucha velocidad. 10.10 Dormir menos por estar conectado a internet. Utiliza una escala de 0 a 10, siendo 0 “no me compensaría nada en absoluto” y 10 “me compensaría completamente”.

Juego con dinero y dificultades con el uso de videojuegos

Los resultados reflejan un **riesgo bajo de juego con dinero entre la población juvenil**. Las diferencias entre juego online y presencial, aunque no son significativas, muestran un riesgo más alto entre quienes lo practican de forma online. Así, el 53,3% de jóvenes que no presenta problemas al respecto, el 24,4% con una incidencia leve, el 18,3% incidencia moderada y el 4% una incidencia grave.

Son los jóvenes del género masculino, el tramo de edad de 15 a 19 años y quienes viven solos los que presentan mayor incidencia ante la adicción al juego con dinero y los videojuegos. El riesgo alto de juego con dinero también está presente entre quienes están estudiando y buscando trabajo, y quienes eligen ganar dinero como una de sus preferencias de vida.

El mayor riesgo de juego con dinero en modalidad presencial se correlaciona con un riesgo alto en la modalidad online, es decir, las personas jóvenes que están jugando con mucha frecuencia lo hacen tanto de forma online como presencial.

Preocupa especialmente **la gran accesibilidad de niños/as y jóvenes al juego online** en una sociedad cada vez más conectada a internet, con escasa cohesión social y una sensación de soledad alta.

En cuanto al uso de videojuegos, **no se aprecian dificultades graves en la juventud en cuanto al uso de videojuegos**, puesto que el 53,4% dice no presentar problemas al respecto, el 24,4% una incidencia leve. Por tanto, al preguntarles sobre su frecuencia de uso de videojuegos, el 77,8% se sitúa en una posición fuera de peligro ante los mismos.

P11: En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has jugado dinero? Un día al mes o menos; 2-4 días al mes; 2-5 días a la semana; 6 o más días a la semana; No he jugado dinero en los últimos 12 meses; Nunca he jugado dinero. Marca una casilla por columna: **Online (en internet) / Presencial (fuera de internet)**.

P12: Los siguientes ítems hacen referencia a tu actividad con los videojuegos durante los últimos 6 meses. Por actividad en los videojuegos entendemos cualquier acción relacionada con los mismos (jugar desde un ordenador/portátil o desde una videoconsola) o desde cualquier otro tipo de dispositivo (por ejemplo, teléfono móvil, tablet, etc.) tanto conectado a Internet como sin estarlo y a cualquier tipo de juego. 12.1 Piensas en jugar durante el día. 12.2 Has aumentado el tiempo que dedicas a jugar. 12.3 Juegas para olvidarte de la vida real. 12.4 Otras personas han intentado que reduzcas el tiempo que dedicas al juego. 12.5 Te has sentido mal cuando no has podido jugar. 12.6 Te has peleado con otros (amigos, padres,...) por el tiempo que dedicas al juego. 12.7 Has desatendido actividades importantes (estudios, familia, deportes) por jugar. Utiliza una escala del 1 al 5, siendo 1 "nunca", 2 "casi nunca", 3 "a veces", 4 "a menudo" y 5 "muy a menudo".

2.4. Ámbito de Satisfacción con la Vida

Prioridades de la población juvenil

La salud y la familia son los aspectos prioritarios para la juventud española (92,4% y 91,5%, respectivamente), seguidos de la formación y educación personal (90%), ganar dinero (89,9%) y el tiempo libre o de ocio (89,7%).

Teniendo en cuenta la misma pregunta del estudio realizado por Mar de Fondo en 2020 con 2.033 personas encuestadas de 18 a 75 años, la población joven y la población general coinciden en que los dos temas más importantes en su vida son la salud y la familia. La población general continúa con el amor/los afectos, la pareja, la formación y el tiempo libre; mientras que la población joven, a continuación de la salud y la familia, destaca la formación, ganar dinero y el tiempo libre, lo cual coincide con su momento vital, repleto de desafíos que afrontar y proyectos que construir.

P1: ¿Qué grado de importancia tienen en tu vida cada uno de los siguientes aspectos? 1.1 Trabajo. 1.2 Familia. 1.3 Amigos y conocidos. 1.4 Pareja. 1.5 Tiempo libre/de ocio. 1.6 Política. 1.7 Salud. 1.8 Religión. 1.9 Espiritualidad. 1.10 Ganar dinero. 1.11 Llevar una vida moral y digna. 1.12 La formación/educación personal. 1.13 La competencia profesional. 1.14 Tener una vida sexual activa. 1.15 Contribuir a la comunidad (trabajo voluntario/asociaciones...). 1.16 Llevar un estilo de vida respetuoso con el medio ambiente. 1.17 El amor/los afectos. Señala la importancia que tiene cada aspecto para ti, utilizando una escala del 1 al 4, donde 4 es "Muy importante", 3 es "Bastante importante", 2 es "Poco importante" y 1 es "Nada importante".

Satisfacción con la propia vida

Se comprueba que **más de la mitad de la juventud española no se encuentra satisfecha con su propia vida**, siendo el 56,5% quienes contestan sentirse "un poco insatisfecho/a" o "un poco satisfecho/a" en un 31% y 25,55% respectivamente.

El grado de satisfacción es muy similar entre chicos y chicas, siendo ellos quienes valoran su satisfacción con la vida de forma ligeramente más positiva. Los datos son bastante parecidos entre grupos de edad, si bien a medida que esta aumenta desciende la satisfacción personal

P8: Señala en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. 8.1 En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea. 8.2 Las circunstancias de mi vida son muy buenas. 8.3 Estoy satisfecho con mi vida. 8.4 Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes. 8.5 Si pudiera vivir mi vida otra vez, no cambiaría casi nada. Usa una escala de 1 a 7, en la que 1 significa que estás 'Muy en desacuerdo' y 7 que estás 'Muy de acuerdo' con la afirmación.

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS SEGÚN ÁMBITOS DE ESTUDIO

En el análisis de los resultados de cada una de las áreas que se realiza a continuación, tenemos en cuenta los datos sociodemográficos que hemos recogido al inicio del cuestionario, especialmente, el género y la edad. En este sentido, la variable edad se divide en tres rangos o subgrupos: adolescentes (de 15 a 19 años), jóvenes (entre 20 y 24), y jóvenes adultos (de 25 a 29 años). También se incluye el análisis de otras variables sociodemográficas en aquellas preguntas donde se observa la existencia de una correlación significativa, tales como el hábitat (rural, urbano, etc.), la clase social o la ocupación actual. De esta manera, se hace una interpretación de los resultados con toda la información disponible y con una mirada amplia y transversal de la realidad de la juventud española.

3.1. Ámbito de Salud Mental

3.1.1. Autovaloración del estado general de salud mental

La autovaloración que hace la población joven de su salud mental es positiva, con una puntuación media de 8,33 en una escala de 0 a 10, donde 0 es pésima y 10 excelente. En porcentajes, el 53,9% se sienten satisfechos con su salud mental, siendo la puntuación más frecuente la de 8. A continuación, el 28,7% sitúa su salud mental en un nivel regular, con puntuaciones entre 4 y 6, mientras que solo el 16,4% de las personas encuestadas muestra insatisfacción con su salud mental, puntuándola entre 0 y 3. Un pequeño porcentaje de los encuestados (un 1,1%) responde la opción no sabe / no contesta.

Gráfico Nº 1. Autovaloración de la salud mental

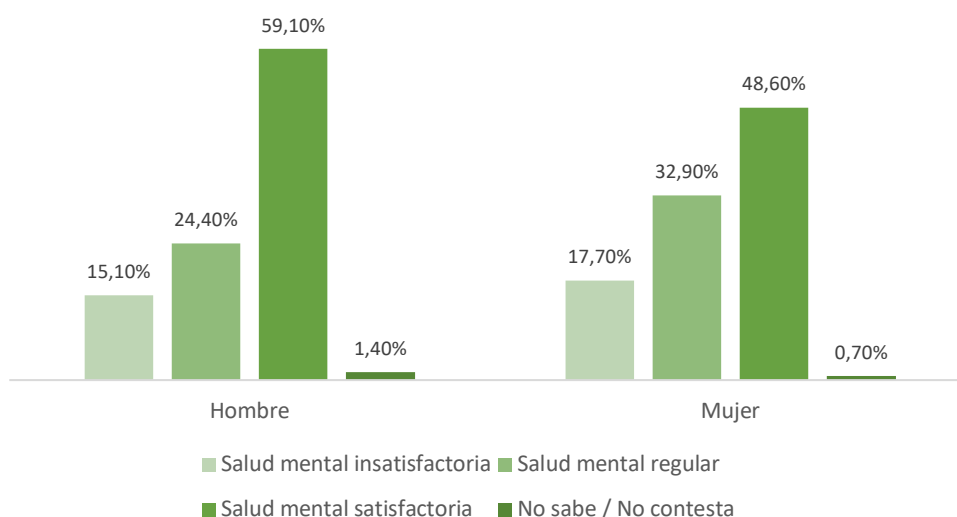


Fuente: Elaboración propia. Base Total Muestra: 2.002

En cuanto al análisis según el género, destaca que los chicos valoran su salud mental como satisfactoria siendo esta la respuesta más frecuente y significativamente más alta que en el resto de niveles. Por su parte, las puntuaciones de las chicas se distribuyen de forma más equilibrada entre los tres grados de autovaloración, siendo también la respuesta más frecuente entre ellas una salud mental satisfactoria.

Aunque la autovaloración sobre el estado de salud mental es similar entre ambos géneros, son ellas quienes valoran su salud mental como regular o insatisfactoria en mayor medida que los chicos; un 32,9% frente a un 24,4%. Simultáneamente, ellos expresan una salud mental satisfactoria significativamente mayor que ellas con un 59,1% respecto a un 48,6%. Es decir, cuando hablamos de salud mental insatisfactoria, chicos y chicas están bastante igualados, como puede verse en la gráfica, mientras que, al hablar de salud mental satisfactoria, son los chicos quienes la valoran de forma positiva en mayor proporción que ellas. Por otro lado, llama la atención que el porcentaje de chicos que no saben / no contestan es el doble que el de chicas, aunque ambos son muy reducidos, del 1,4% y el 0,7% respectivamente.

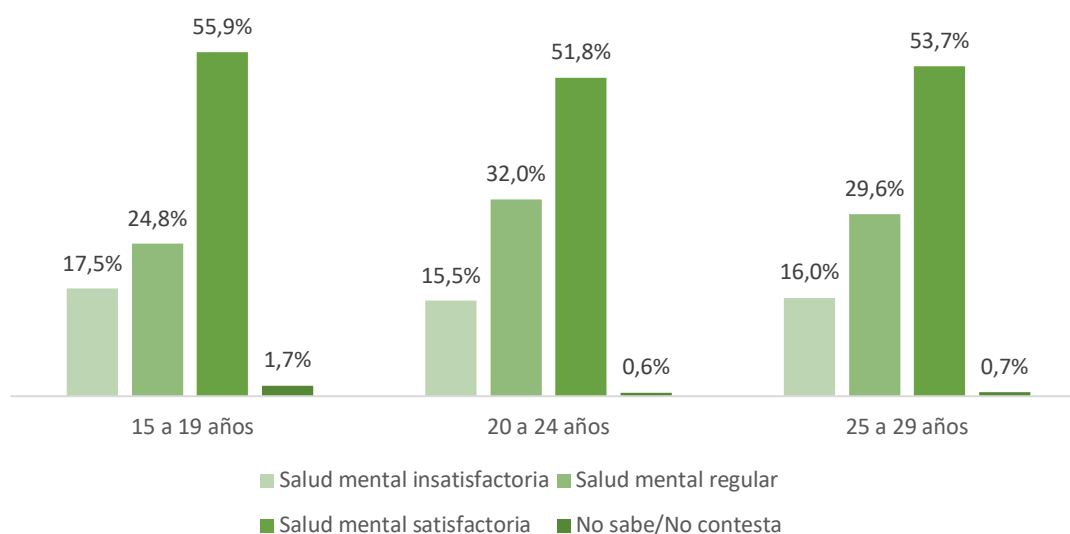
Gráfico Nº 2. Autovaloración de la salud mental según género



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

A continuación, analizamos las respuestas que han elegido los jóvenes para valorar su salud mental, agrupándolas según su rango de edad. Así, podemos detectar que el grupo adolescente, de 15 a 19 años, el grupo joven, de 20 a 24 años, y el grupo de jóvenes adultos, de 25 a 29, muestran respuestas muy similares y bastante homogéneas, haciendo en ambos casos una valoración de su salud mental centrada en las puntuaciones intermedias. No obstante, en el grupo adolescente se detectan más respuestas de la opción no sabe / no contesta, lo que da a entender una mayor dificultad para distinguir y saber valorar su estado de salud mental.

Gráfico N° 3. Autovaloración de la salud mental según edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

P4: En líneas generales, ¿Cómo calificarías tu salud mental en este momento de tu vida? Utiliza una escala de 0 a 10, siendo 0 "Pésima" y 10 "Excelente". Naturalmente puedes dar cualquier calificación entre 0 y 10 según consideres tu salud mental en este momento. Escala de 0 a 10, siendo 0 "Pésima" y 10 "Excelente".

3.1.2. Nivel de ansiedad auto percibido

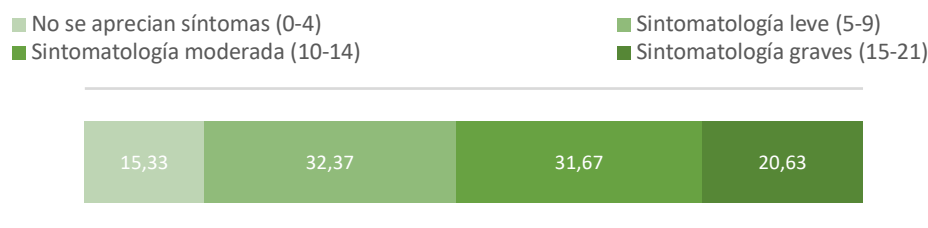
En cuanto al nivel de ansiedad auto percibido, un 32,4% muestra una sintomatología leve y solo un 15,3% de la población encuestada no aprecia síntomas de ansiedad en su vida cotidiana. Por lo tanto, menos de la mitad de los encuestados se encuentra en un nivel leve o ausente de ansiedad frente al 52,3% que expresa un estado de moderado a grave, siendo la sintomatología grave de un 20,6%. Estos datos muestran que **1 de cada 5 jóvenes siente dificultades graves relacionadas con la ansiedad.**

Al analizar de forma pormenorizada los ítems de esta pregunta, sobresale el hecho de que los mayores problemas relacionados con la ansiedad se dan en cuanto a las preocupaciones excesivas y la dificultad para poder relajarse, frente a otros síntomas como el miedo o la intranquilidad. Así, casi la mitad de los jóvenes se han sentido preocupados excesivamente por diferentes cosas (el 49,8%); el 47,6% declara haber sentido dificultad para relajarse y el 47% asegura no haber podido dejar de preocuparse más de la mitad de los días o casi todos los días.

Además, las personas jóvenes con los niveles más graves de ansiedad tienden a presentar los síntomas más severos de depresión, como veremos a continuación; incluso se ha observado que quienes tienen ansiedad moderada pueden caer en estados de depresión. También se encuentra que las personas sin síntomas de ansiedad tienen menores probabilidades de experimentar depresión grave.

Por último, los jóvenes que estudian y están buscando trabajo y quienes no estudian ni trabajan, expresan más problemas de ansiedad que quienes se encuentran en otras situaciones tales como solo estudiar o trabajar como actividad principal.

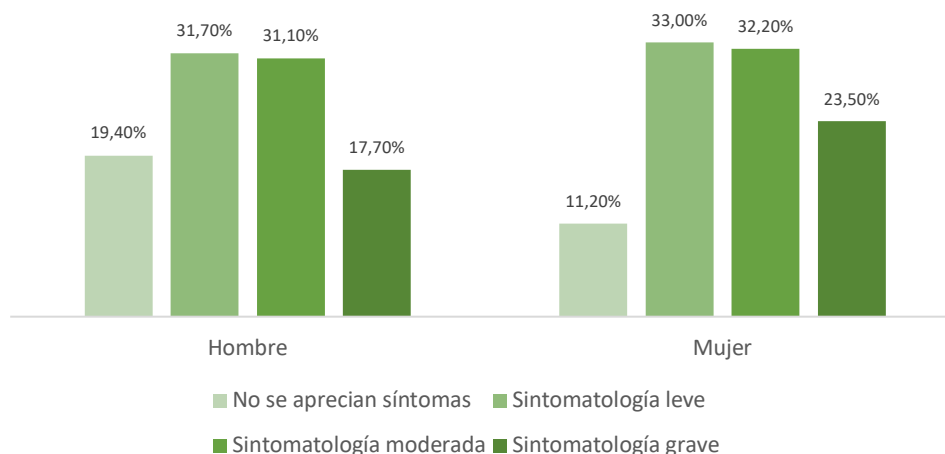
Gráfico Nº 4. Índice de ansiedad auto percibida



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Resalta el siguiente dato en cuanto al género de los participantes: **las chicas expresan un nivel de ansiedad más alto en relación con los chicos**, sobre todo en el caso de la sintomatología grave con un porcentaje de 23,5% ellas frente a un 17,7% ellos, si bien estas diferencias son mínimas en el caso de la sintomatología leve y moderada. Este resultado coincide con lo encontrado en otras investigaciones como la de Valderrama (2016) mediante la cual se hallaron síntomas de ansiedad ligeramente más altos en chicas que en chicos.

Gráfico Nº 5. Índice de ansiedad auto percibida según género

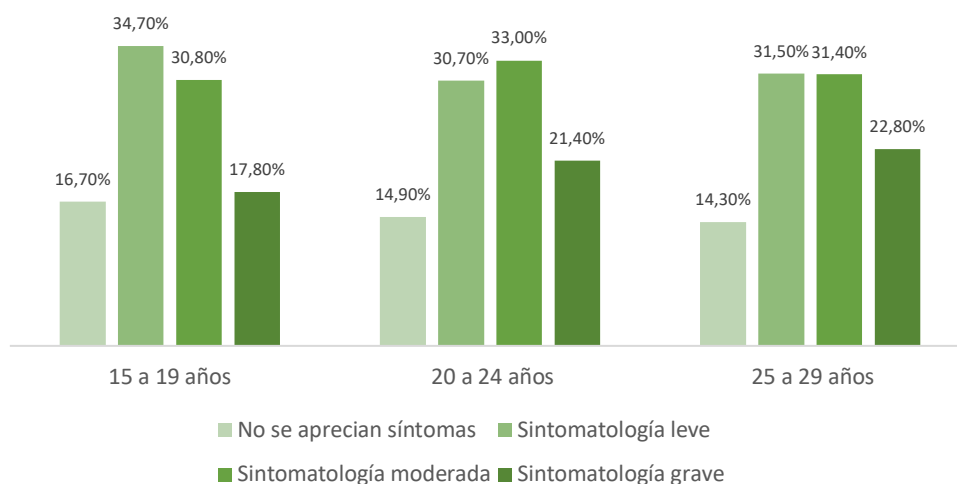


Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Tal como se aprecia en el gráfico, **los problemas de ansiedad se están manifestando de forma parecida en todos los grupos de edad**, por lo que podemos afirmar que la ansiedad generalizada afecta a la juventud desde los 15 hasta los 29 años, resultando recomendable ahondar con más investigaciones que aborden edades previas y posteriores a las del presente estudio junto con análisis longitudinales que aporten conocimiento y alternativas para prevenir e intervenir de forma temprana.

Es importante subrayar que **el grupo de jóvenes adultos se sitúa ligeramente por encima del resto en cuanto al nivel de ansiedad grave**: el 22,8% frente al 21,4% de los jóvenes de 20 a 24 años y el 17,8% del grupo adolescente. Este dato puede relacionarse con un aumento de conciencia y de una mirada de futuro más amplia que tiene lugar en esta época, en la que el joven adulto va a tener que ir ajustando sus expectativas e ideas previas a la realidad que se encuentra, tanto laboral como profesional, junto con una mayor asunción de responsabilidades.

Gráfico Nº 6. Índice de ansiedad auto percibida según edad

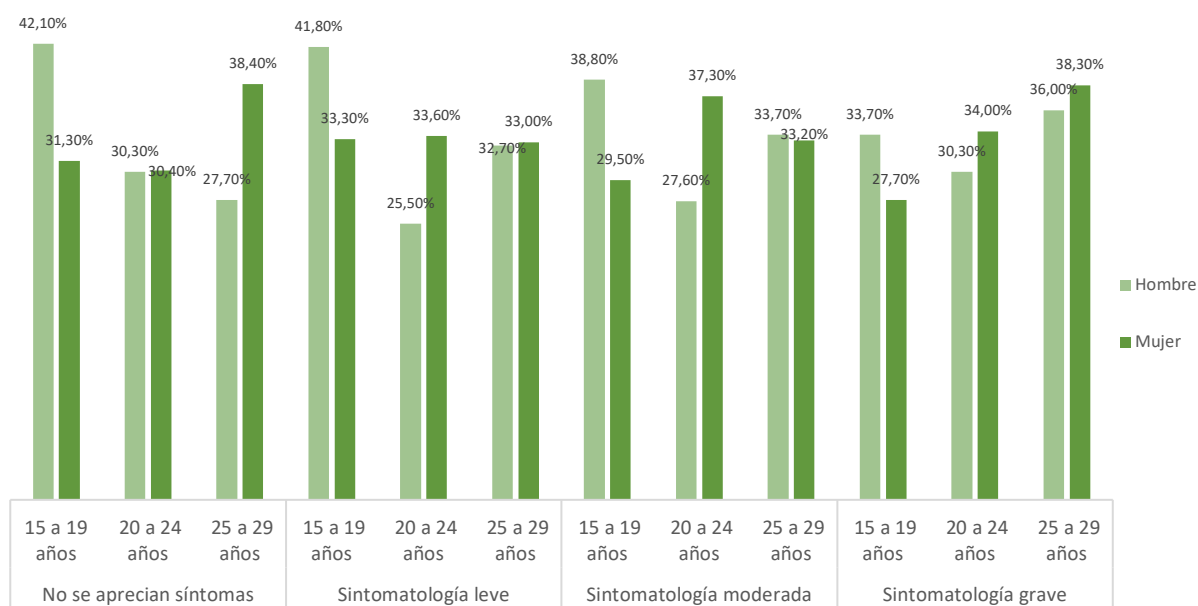


Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Resulta muy interesante observar el siguiente gráfico con los datos cruzados por género y edad para cada uno de los niveles de ansiedad auto percibida por la juventud española. Según este, **quienes presentan los problemas más graves de ansiedad de toda la muestra son las mujeres y los hombres de 25 a 29 años** (con un 38,3% y un 36% respectivamente).

El segundo aspecto que más llama la atención es el **elevado número de chicos de 15 a 19 años con niveles preocupantes de ansiedad** auto percibida ya que un 38,8% expresa síntomas moderados y un 33,7% dificultades graves, lo cual destaca en relación con la muestra total y con las chicas de esta misma edad, que muestran puntuaciones significativamente más bajas.

Gráfico Nº 7. Índice de ansiedad auto percibida según género y edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

P6: Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia has sentido malestar por alguno de los siguientes problemas? Utiliza una escala de 0 a 3, siendo 0 "nunca", 1 "varios días", 2 "más de la mitad de los días" y 3 "casi todos los días".

- 6.1 Te has sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a.
- 6.2 No has podido dejar de preocuparte.
- 6.3 Te has preocupado excesivamente por diferentes cosas.
- 6.4 Has tenido dificultad para relajarte.
- 6.5 Te has sentido tan intranquilo/a que no podías estar quieto/a.
- 6.6 Te has irritado o enfadado con facilidad.
- 6.7 Has sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible.

3.1.3. Síntomas de depresión

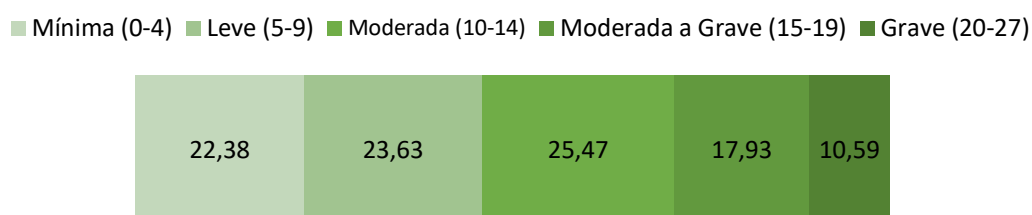
Cabe destacar que **más de la mitad de los jóvenes expresa tener dificultades relacionadas con el bajo estado de ánimo**. De este 54% de jóvenes, el 28,5% se sitúa en los dos niveles más preocupantes, de moderado a grave y severo, mientras que el 22,4% responde a un nivel mínimo o ausente de síntomas depresivos. En cuanto a las personas que responden a un nivel leve también requieren atención, sobre todo, que se incida en la prevención y la gestión de las emociones.

En relación con los distintos estados de ánimo que sienten los jóvenes, un 47,7% asegura que se siente cansado o con poca energía casi todos los días o más de la mitad de los días, un 42% asegura tener dificultad para concentrarse en las tareas escolares o laborales, leer o ver la televisión y un 41,4% tiene problemas para dormir con esta misma frecuencia.

Las puntuaciones más altas en esta escala correlacionan con otras cuestiones que tienen que ver con el bienestar personal y social como la soledad no deseada, el apoyo social, el nivel de ansiedad y la satisfacción con la propia vida. De tal forma que, a mayor **apoyo social** percibido, menor sintomatología depresiva. Simultáneamente, los estados afectivos graves se relacionan con un índice moderado y grave de **soledad no deseada**. Por otro lado, la **ansiedad** grave y la depresión severa están estrechamente relacionadas, de tal forma que quienes dicen experimentar una sintomatología grave de depresión, también presentan una sintomatología moderada a grave y grave de ansiedad. Es fácilmente deducible que la satisfacción con la propia vida se va a ver afectada por la existencia de estados de ánimo depresivos y así lo muestran los datos: el grupo que dice estar muy insatisfecho con la vida, aunque es minoritario, está asociado con los niveles más graves de este trastorno afectivo.

En cuanto a la relación de los síntomas depresivos con el riesgo de comportamiento suicida se comprueba que quienes han contestado con una alta frecuencia de ideas suicidas o autolesivas (item 9 de la escala que mide depresión) también refieren unas dificultades severas en la puntuación total, aunque veremos este tema con mayor detalle en el siguiente punto.

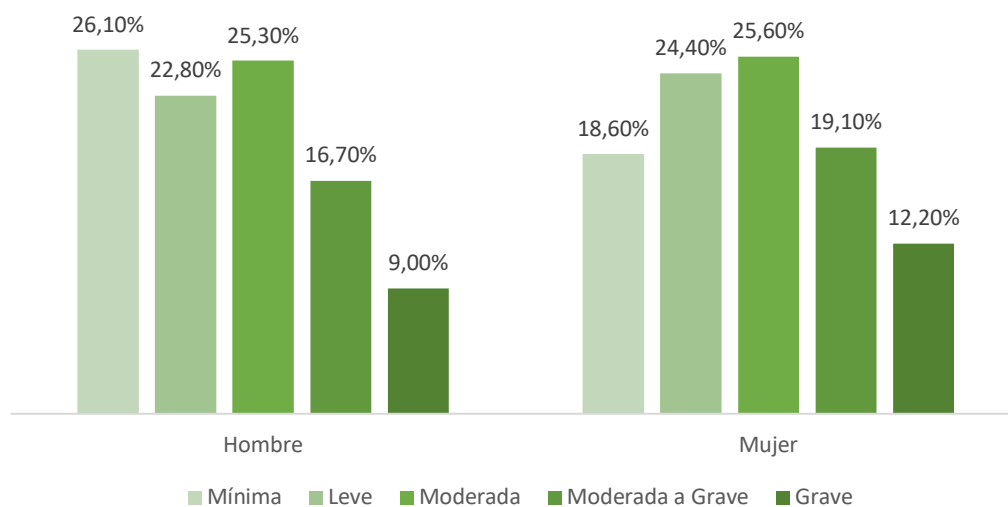
Gráfico Nº 8. Índice de sintomatología de depresión



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

En cuanto al género, se puede afirmar que **tanto ellas como ellos refieren dificultades relacionadas con la sintomatología depresiva, encontrándose las chicas en peor situación**, con un 57% de respuestas situadas en los tres últimos niveles frente al 51% de los chicos, lo que coincide con todos los estudios epidemiológicos realizados. Si analizamos más detenidamente las respuestas de unas y otros, resultan ser análogas para los niveles leve y moderado; es a partir del rango moderado a grave cuando las diferencias empiezan a llamar la atención, y en el nivel más grave llegan a ser significativas, siendo ellas quienes presentan mayores dificultades en este aspecto. Basándonos en estudios previos, en investigaciones y en la bibliografía sobre trastorno depresivo, son las mujeres quienes presentan más dificultades en este ámbito. Sin embargo, los resultados recogidos en el presente estudio muestran que es **un problema que también les afecta a ellos**, aunque de forma menos pronunciada. No obstante, es una situación que requiere ser atendida para evitar que evolucione hacia niveles más críticos.

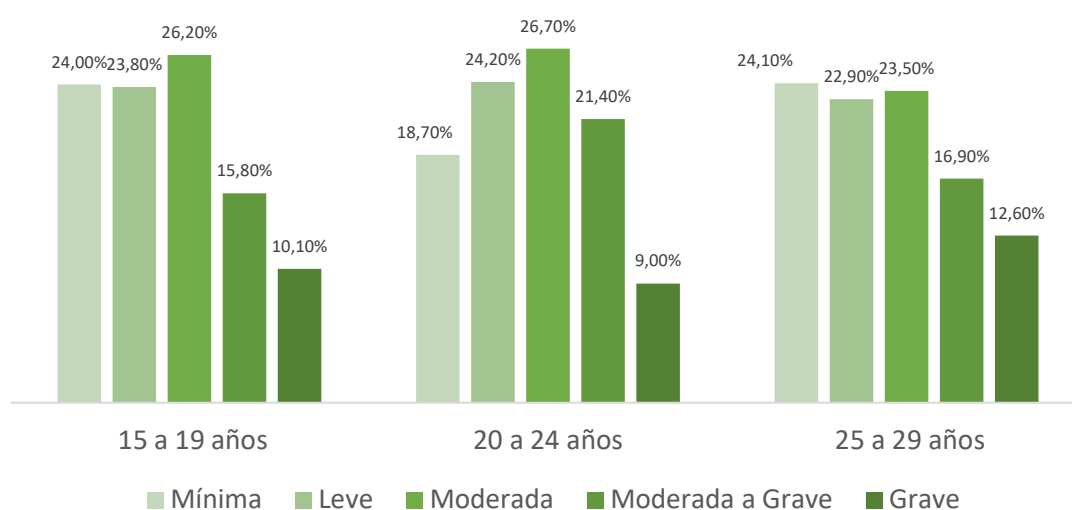
Gráfico N° 9. Índice de sintomatología de depresión según género



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Quienes presentan mayores problemas con su estado de ánimo son los jóvenes entre 20 y 24 años en comparación con los otros dos grupos de edad, con un porcentaje de 57,1% frente al 53% de jóvenes adultos y 52,1% de adolescentes que se encuentran en los niveles desde moderado hasta grave. Sin embargo, las respuestas más preocupantes se dan entre los jóvenes adultos, es decir quienes tienen entre 25 y 29 años, tanto chicas como chicos.

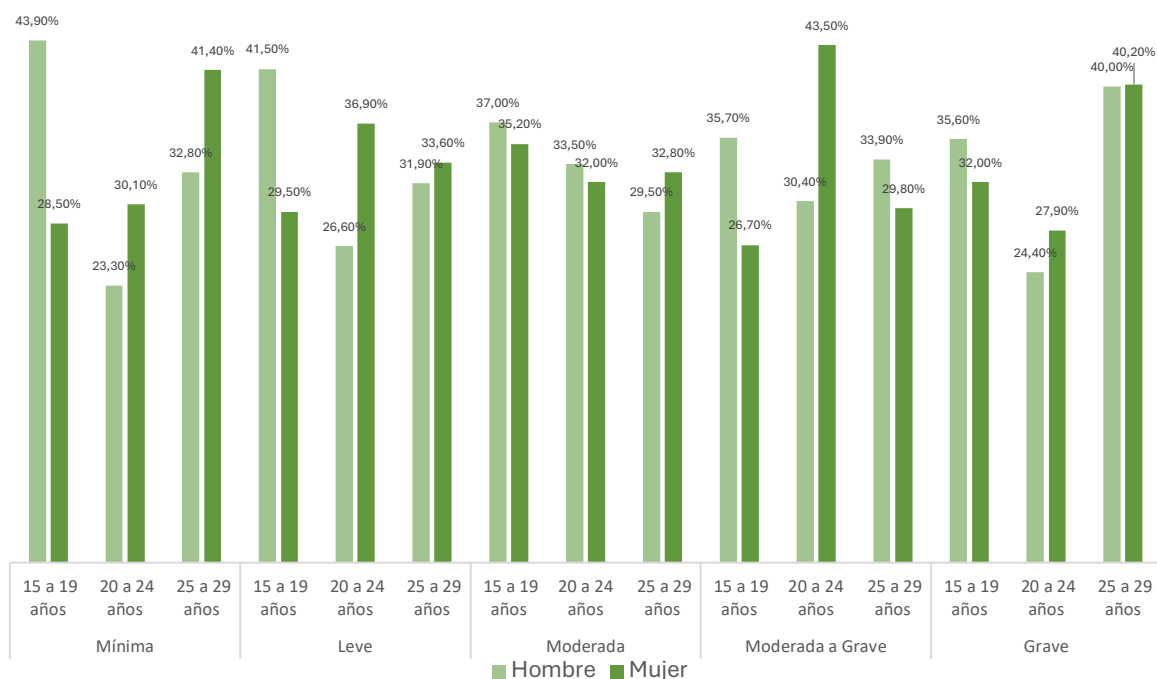
Gráfico N° 10. Índice de sintomatología de depresión según edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Cabe resaltar que **los trastornos afectivos constituyen un problema generalizado en la juventud española, independientemente del género y la edad**. Además, en los siguientes grupos se observan niveles más preocupantes: chicas y chicos de 25 a 29 años y chicos de 15 a 19 años. Esto nos da a entender que los chicos, como ya apuntábamos, también requieren de medidas preventivas e interventivas a este respecto de forma inminente. A continuación, las chicas jóvenes de 20 a 24 años contestan a esta escala con una frecuencia de más de mitad de los días presentando una frecuencia superior al resto de grupos, que también resulta preocupante.

Gráfico Nº 11. Índice de sintomatología de depresión según género y edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

P7: A continuación, vamos a mencionar distintos estados de ánimo que has podido sentir durante las últimas dos semanas ¿con qué frecuencia has sentido malestar por alguno de los siguientes problemas? Utiliza una escala de 0 a 3, siendo 0 "nunca", 1 "varios días", 2 "más de la mitad de los días" y 3 "casi todos los días".

- 7.1 ¿Te sientes desanimado/a, deprimido/a, irritado/a o sin esperanza?
- 7.2 ¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas?
- 7.3 ¿Tienes problemas para dormir, mantenerte dormido/a o duermes demasiado?
- 7.4 ¿Tienes falta de apetito, pérdida de peso o comes en exceso?
- 7.5 ¿Te sientes cansado/a o con poca energía?
- 7.6 ¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo/a o a tu familia?
- 7.7 ¿Tienes dificultad para concentrarte en las tareas (escolares, laborales), leer o ver la televisión?
- 7.8 ¿Te mueves o hablas tan lentamente que la gente a tu alrededor lo nota? o lo contrario, ¿estás tan agitado/a o inquieto/a que te mueves más de lo acostumbrado?
- 7.9 ¿Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que quieres hacerte daño?

3.1.4. Riesgo de comportamiento suicida

Tal como se explica en el apartado 2, esta pregunta no es administrada a toda la muestra participante sino solo a aquellas personas que muestran una puntuación elevada en dos de los ítems de depresión o una insatisfacción muy alta con la propia vida. Así, la escala sobre riesgo de conducta suicida la ha contestado solamente el 7,1% de los participantes en el presente estudio.

Los resultados obtenidos a este respecto se distribuyen de la siguiente manera, de menor a mayor gravedad: el 1,3% se sitúa en un riesgo mínimo de suicidio y el 1,8% en un riesgo leve, mientras que el 2,5% se encuentra en un riesgo moderado de suicidio y el 1,5% en un riesgo grave, siendo por tanto el riesgo moderado el más destacable entre las personas que han contestado a esta escala. Por tanto, del total de la muestra, 26 jóvenes se sitúan en un nivel de riesgo mínimo, 36 en un riesgo leve, 50 presentan un riesgo moderado y 31 un riesgo grave.

Los ítems con una mayor tasa de respuesta son los que se refieren a la ideación (103 personas), como el deseo de estar muerto/a o haber tenido ideas de quitarse la vida (96 personas). Son menos habituales la comunicación con los demás y los intentos de suicidio, si bien es preocupante que un 2,5% del total de jóvenes de la encuesta, es decir, 50 jóvenes, ha intentado quitarse la vida en los últimos 6 meses. Por ello, las medidas de afrontamiento de esta situación han de ser ágiles y en este sentido, hay nuevas formas de intervención que se han puesto en marcha desde las administraciones y políticas públicas. Por nuestra parte, como se detalla en el punto 2, el ofrecimiento de apoyo psicológico ha sido inmediato para los jóvenes que, al puntuar alto en depresión y bajo en satisfacción, pasaron a contestar estas preguntas.

Gráfico Nº 12. Riesgo de comportamiento suicida



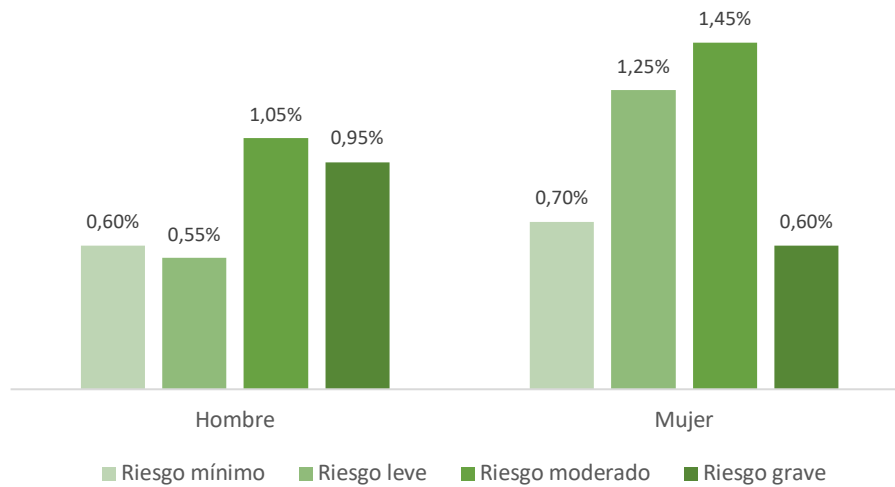
Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Si atendemos a los datos según el género, **son las chicas en mayor número quienes responden a esta escala de riesgo de suicidio: 80 chicas frente a 63 chicos**, lo cual concuerda con los datos obtenidos en la escala de depresión que acabamos de ver y con los que encuentran más adelante acerca de satisfacción con la propia vida.

Asimismo, se observa una evolución muy diferente entre chicas y chicos: **mientras que ellas se sitúan mayoritariamente en un nivel leve y moderado de riesgo, ellos muestran más respuestas de riesgo moderado y grave de suicidio**. Estos resultados coinciden con la disociación de más intentos e ideación en mujeres y más suicidio consumado en varones, tal como muestran los últimos datos del INE en el ámbito nacional (INE:2023) y de la OMS a nivel internacional (OMS:20204). Por tanto, aunque son mayormente las mujeres quienes presentan síntomas depresivos e insatisfacción con la propia vida, su

nivel de riesgo de suicidio está entre leve y moderado mientras que ellos muestran un riesgo de suicidio mayor.

Gráfico N° 13. Riesgo de comportamiento suicida según género

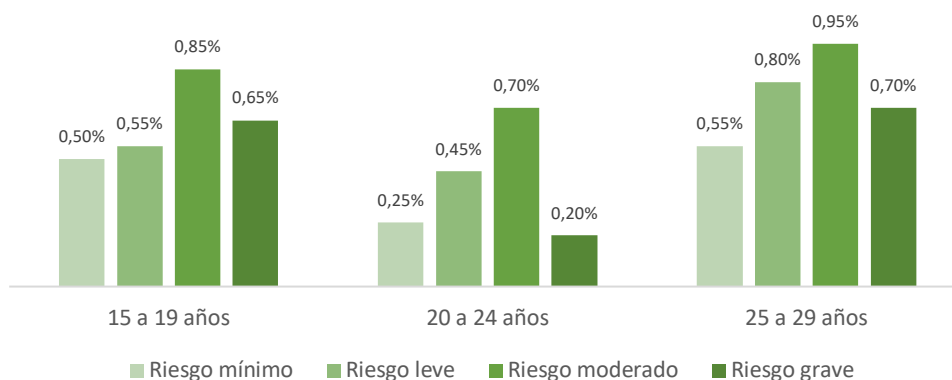


Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

En cuanto a la edad, **las personas que se encuentran en riesgo grave de conducta suicida son las que pertenecen al grupo de jóvenes adultos, seguidas por las del grupo adolescente**, mostrando así una disposición en forma de “U”.

De igual modo, en el tramo de edad de los 25 a los 29 años la insatisfacción con la vida es más alta y la sintomatología depresiva más grave. Estos datos también correlacionan con la soledad no deseada, que constituye un factor de riesgo ante la conducta suicida, según indican otros estudios y los análisis bivariados realizados en el presente estudio, siendo el grupo de mayor edad quien más solo se siente en comparación con el grupo adolescente y joven. Por tanto, sería necesario establecer medidas de prevención desde edades tempranas y centrar las acciones de intervención para apoyar a los jóvenes de más edad en el momento de su emancipación y otros retos asociados a la vida adulta.

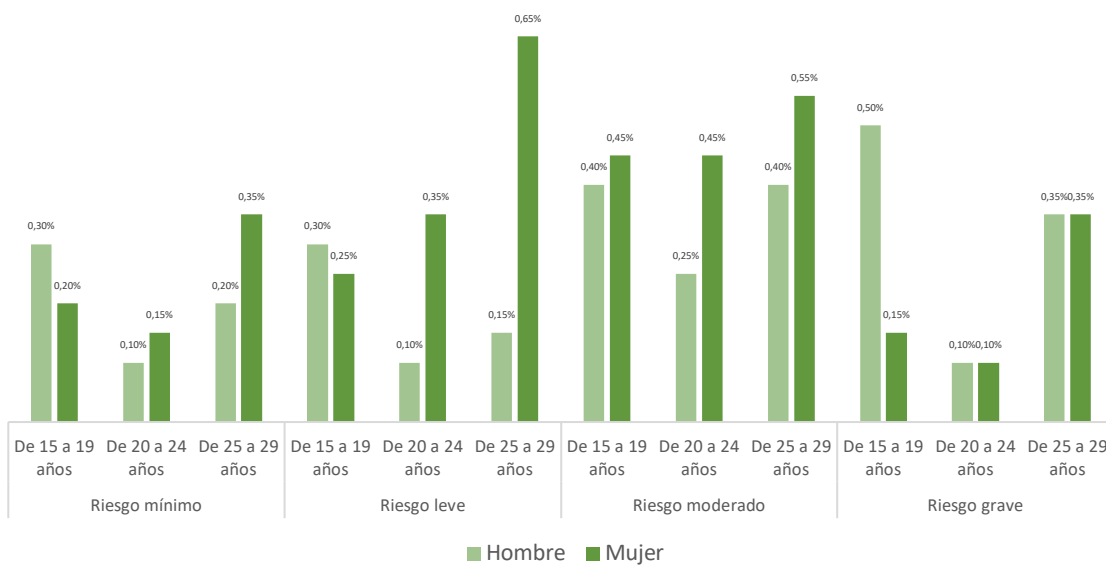
Gráfico N° 14. Riesgo de comportamiento suicida según edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

En el siguiente gráfico se puede observar un análisis más detallado de las respuestas al cruzar las variables género y edad. Así, se puede concluir que, en contraste con lo esperado y observado según los datos desagregados por género, **son los chicos adolescentes, entre 15 y 19 años, quienes se encuentran en la peor situación**, y a continuación, el grupo de 25 a 29 años, sin distinción de género. Es cierto que, en relación con el riesgo moderado, son ellas quienes presentan puntuaciones más preocupantes.

Gráfico N° 15. Riesgo de comportamiento suicida según género y edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

P9: Dinos a continuación si has pensado o has hecho lo siguiente en los últimos 6 meses. Por favor, responde de forma sincera atendiendo a tu forma de pensar y sentir. Responde con SI o NO.

- 9.1 ¿Has deseado estar muerto/a?
- 9.2 ¿Has tenido ideas de quitarte la vida?
- 9.3 ¿Has planificado quitarte la vida?
- 9.4 ¿Has comentado a alguien que quieres quitarte la vida?
- 9.5 ¿Has intentado quitarte la vida?

3.2 Ámbito de Bienestar Social

3.2.1. Soledad no deseada

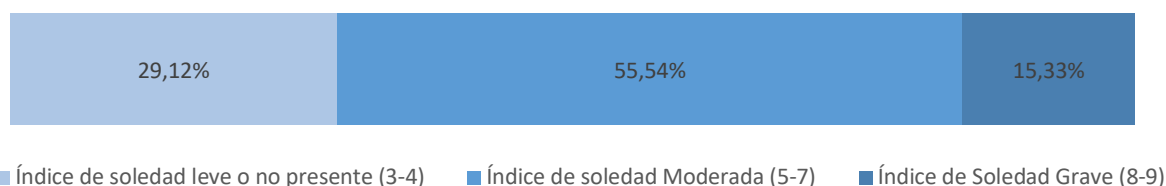
El sentimiento de soledad no deseada, que se refiere a un sentimiento subjetivo de carencia en las relaciones sociales y/o afectivas, está presente de forma moderada en el 55,5% de los jóvenes, quienes la sienten algunas veces, y de forma grave en el 15,3%, que afirma sentirla frecuentemente, mientras que para el 29,1% de los jóvenes apenas está presente. Con estos datos, podemos afirmar que **la soledad no deseada es un problema real de la población joven y adolescente en España.**

Cuando analizamos detalladamente los tres ítems que forman esta pregunta, queda patente que el aspecto donde más frecuentemente se resiente la juventud es en la **sensación de aislamiento** respecto a los demás (20,2%), seguido de la falta de compañía y, por último, la sensación de haber sido excluido (18,7%).

Si analizamos otros componentes importantes de la muestra, destaca que los habitantes de medios rurales presentan mayores índices de soledad, así como los jóvenes que están en paro o estudiando y buscando empleo. Además, encontramos que quienes comparten casa con otros jóvenes o personas, presentan un índice de soledad moderada en comparación con aquellos que viven con la familia o la pareja; dato que se confirma en otras investigaciones y estudios como la del Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (2023).

Observando las correlaciones entre esta cuestión y otras preguntas del estudio, podemos afirmar que las personas jóvenes que sufren soledad padecen problemas graves de ansiedad y depresión, y también comportamientos autolíticos; estos últimos en un nivel menos severo. Las personas jóvenes que presentan un índice de soledad no deseada grave se encuentran insatisfechos o muy insatisfechos con la vida, manifiestan un bajo nivel de apoyo social y valoran su salud mental como insatisfactoria.

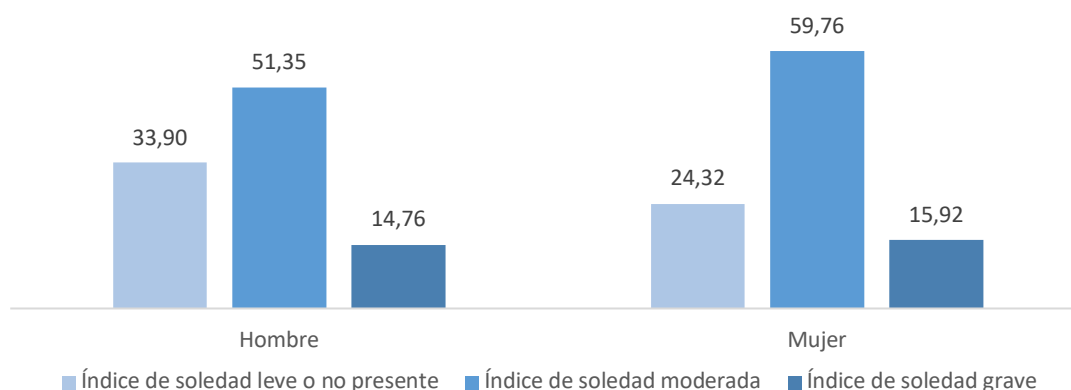
Gráfico Nº 16. Índice de soledad no deseada



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Analizando los resultados según género, podemos observar diferencias significativas entre chicos y chicas en los dos primeros niveles, es decir, en el nivel de soledad leve o no presente y en el moderado, **siendo los chicos quienes experimentan menor sensación de soledad que las chicas** (33,9% frente a 24,3%). En relación con el nivel grave de soledad, las diferencias según el género son mínimas, aunque siguen siendo ellas quienes se sienten solas con mayor frecuencia, en este caso las puntuaciones son más cercanas, separándose tan solo por un punto de diferencia.

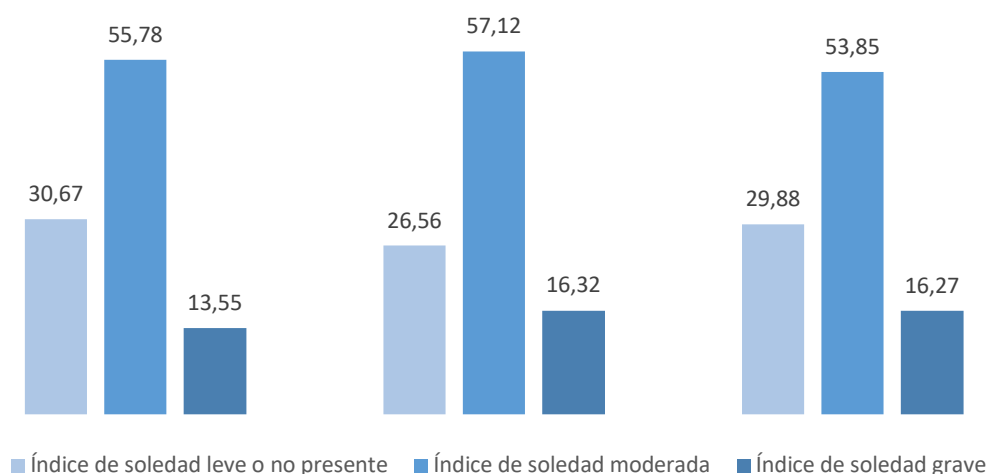
Gráfico N° 17. Índice de soledad no deseada según género



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

En cuanto al factor edad, los adolescentes entre 15 y 19 años son quienes menos sentimiento de soledad no deseada perciben. Esto contrasta con la mayoría de las investigaciones, que hablan de un patrón en forma de “U” donde los mayores índices de soledad se sienten en la adolescencia y, después, durante la tercera edad. En nuestro estudio, la sensación de soledad es más acentuada en el grupo de 25 a 29 años, donde casi 1 de cada 10 jóvenes adultos se siente solo frecuentemente.

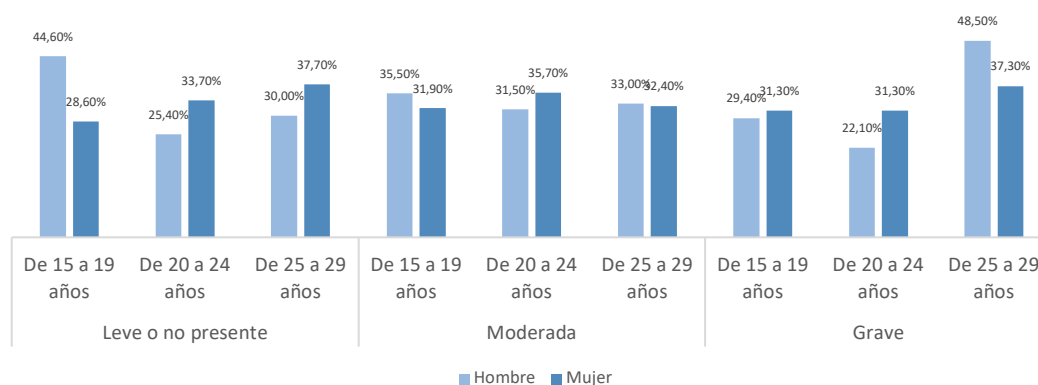
Gráfico N° 18. Índice de Soledad no deseada según edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Un análisis más detallado por grupo de edad y género arroja datos muy interesantes. Vemos a continuación que los chicos adolescentes, de 15 a 19 años, son quienes menos perciben este sentimiento y, sin embargo, son ellos quienes se sienten más solos al aumentar la edad (grupo de jóvenes adultos). En el caso de las chicas, la soledad es un sentimiento muy frecuente que supera al de los chicos en los dos grupos de menor edad. Sin embargo, en el tercer grupo son ellos quienes se sienten más solos. Gracias a este análisis multivariado queda de manifiesto que **el sentimiento de soledad no deseada aumenta considerablemente tanto en chicas como en chicos a partir de los 25 años** y que, por tanto, debemos poner el foco en la prevención y sobre todo en las estrategias de afrontamiento destinadas a este grupo de edad.

Gráfico Nº 19. Índice de Soledad no deseada según género y edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

P2: Las siguientes preguntas son sobre cómo te sientes en relación con algunos aspectos de tu vida. Para cada uno dinos con qué frecuencia te sientes así, siendo 1 "casi nunca", 2 "algunas veces" y 3 "frecuentemente".

- 2.1 ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?
- 2.2 ¿Con qué frecuencia sientes que te han dejado de lado o excluido/a?
- 2.3 ¿Con qué frecuencia te sientes aislado/a de los demás?

3.2.2. Valoración de la cohesión social (índice de anomia)⁴

Del total de las personas encuestadas, **el 18,4% presenta un índice alto de anomia, es decir, una valoración baja de la cohesión social**, casi el triple que se siente conectado socialmente (el 6,3%) lo cual es muy llamativo, y alarmante también, si no se toman las medidas oportunas para mejorarlo. Como aspecto positivo, **encontramos a la gran mayoría en el nivel medio o moderado**, un 75,2%, lo cual aporta esperanza y también afianza la necesidad de trabajar desde todos los estamentos con el fin de promover la cooperación, la solidaridad y la cohesión social de la población española, fomentando, en especial, los canales de participación juvenil.

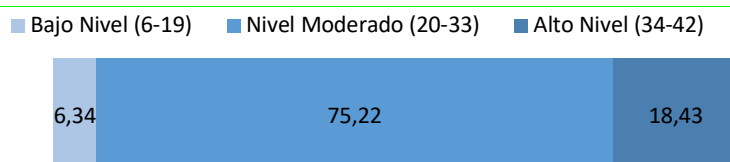
Si tenemos en cuenta las respuestas a los ítems, más de la mitad opina que a la mayoría de la gente no le importa lo que sucede con el de al lado (68,6%), que la mayor parte de los cargos públicos no están realmente interesados en los problemas de los ciudadanos (66%) y que la vida de los ciudadanos medios está empeorando (64,5%), siendo estas tres las cuestiones peor valoradas por la juventud.

Al relacionar este ámbito con el posicionamiento ideológico, se puede comprobar que quienes presentan un alto nivel de anomia o sensación de baja cohesión social, contestan al dato sobre el peso que dan a la política como "nada importante", pero también se relaciona con las respuestas "muy importante". En ambos casos, parece que la juventud no confía en el funcionamiento del sistema y puede que no se sientan representados por sus dirigentes. En cuanto a la clase social y al hábitat, el nivel elevado de anomia se relaciona con quienes se posicionan en una clase social baja y con los jóvenes que habitan en poblaciones semiurbanas.

⁴ La cohesión social se refiere al hecho de sentirse parte de una comunidad, aceptar las reglas que la rigen y valorarla como algo importante (Tironi: 2007). Se denomina anomia cuando este sentimiento se reduce debido a una carencia de normas y valores sociales así como de una estructura social que garantice los derechos y oportunidades de todos.

Los resultados obtenidos muestran la diferencia entre el apoyo social que perciben los jóvenes, y que se muestra en el siguiente apartado, y la sensación de desconexión social. El primero tiene que ver con los vínculos de confianza y seguridad con las personas del entorno, mientras que el segundo está enfocado en el resto de la sociedad y la valoración que se hace del orden social, la existencia de unos valores comunitarios, la confianza en los líderes políticos, en las oportunidades de futuro y en la cooperación entre las personas.

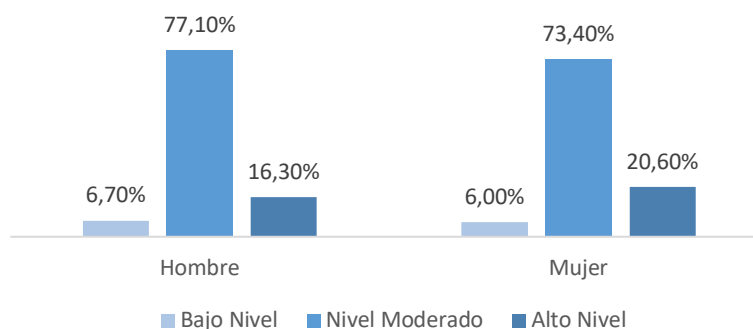
Gráfico N° 20. Valoración de la cohesión social (índice de anomia)



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Esta sensación de falta de solidaridad y de cohesión social es bastante similar entre las chicas y chicos, siendo algo mayor en ellas, sin diferencias significativas.

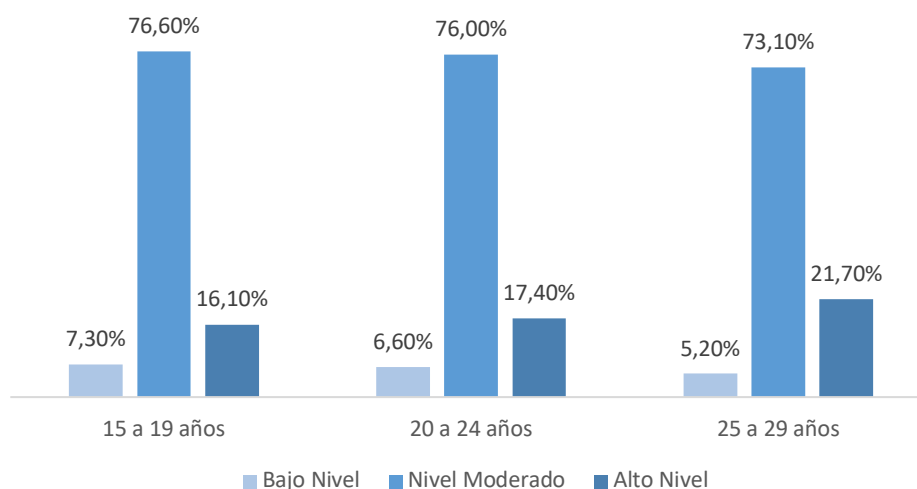
Gráfico N° 21. Valoración de la cohesión social (índice de anomia)



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Los niveles más altos de anomia y desconexión son expresados por el grupo de mayor edad, sobre todo en cuanto al tema político, sin grandes diferencias significativas con los otros grupos. Si nos fijamos en el nivel moderado, la distribución de los datos es bastante homogénea, es decir, los jóvenes, independientemente de su edad, contestan con respuestas intermedias a esta cuestión.

Gráfico N° 22. Valoración de la cohesión social (índice de anomia)



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

P3: Señala a continuación en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases... Utiliza una escala del 1 al 7, siendo 1 "completamente en desacuerdo" y 7 "completamente de acuerdo".

3.1 Hoy en día, una persona tiene que preocuparse por el presente y dejar que el mañana se cuide solo.

3.2 A pesar de lo que algunas personas dicen, la vida del ciudadano medio está empeorando y no mejorando.

3.3 No es justo traer un niño al mundo teniendo en cuenta cómo se ven las cosas para el futuro.

3.4 La mayoría de las personas en cargos públicos no están realmente interesadas en los problemas del ciudadano medio.

3.5 En estos días, una persona realmente no sabe con quién puede contar.

3.6 A la mayoría de la gente no le importa lo que suceda con el de al lado.

3.2.3. Apoyo social percibido

Los resultados son muy positivos ya que **la mayoría de los jóvenes goza de apoyo social en su vida cotidiana**: el 42,5% lo expresa de forma moderada y el 35% de forma más sólida. Esta red de apoyo está formada por la familia, los amigos y personas relevantes. Tampoco hay que olvidar que un 22,5% de la juventud manifiesta un sentimiento de apoyo social bajo.

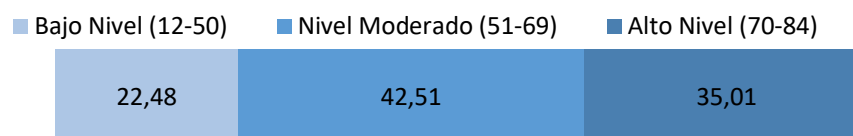
Las afirmaciones que más grado de acuerdo han generado entre los encuestados hacen referencia, en primer lugar, a la existencia de una persona que realmente es una fuente de bienestar, con un 73,3%; a continuación, la certeza de que la familia realmente intenta ayudar, con 72,1% y, en tercer lugar, que existe una persona especial con la cual poder compartir penas y alegrías, con un 70,6% de respuestas positivas.

Como se expone en el punto anterior, esto contrasta con la sensación de anomia o desconexión que los jóvenes perciben a un nivel más macro. Si bien, el porcentaje de jóvenes que sienten un apoyo social fuerte es del 35%, casi el 18,5% manifiesta un grado de anomia alto.

Los jóvenes que perciben un mayor apoyo social son los residentes en núcleos urbanos frente a rurales, los que tienen estudios superiores y los de clase social media o alta.

Comparando estos datos con los obtenidos en la cuestión sobre soledad no deseada, se observa que la juventud se siente muy apoyada por sus seres queridos cuando hablamos de los niveles alto y bajo, aunque en un nivel intermedio sí sobresale el sentimiento de soledad frente al apoyo social percibido.

Gráfico Nº 23. Índice de apoyo social percibido

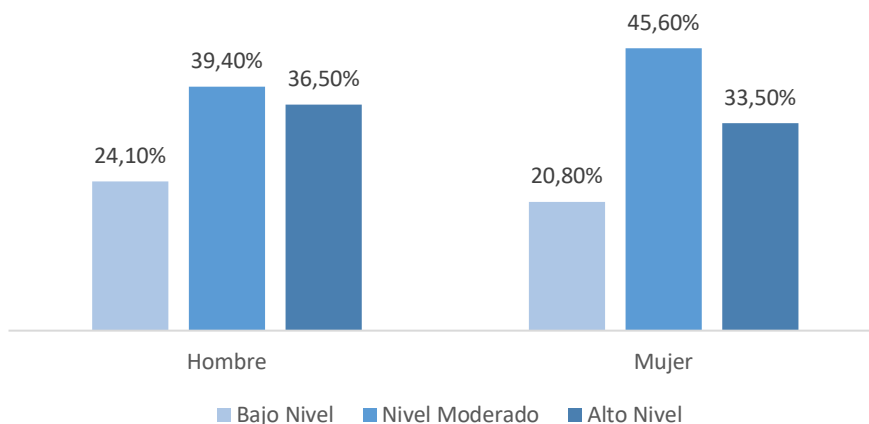


Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Los resultados son similares entre chicos y chicas en los niveles bajo y alto de apoyo social percibido, sintiéndose las mujeres significativamente más cercanas a su familia, amigos y personas relevantes, cuando hablamos del nivel moderado.

Si comparamos estos datos con las respuestas dadas por los jóvenes en relación con el índice de soledad no deseada, es llamativo que en las chicas este sentimiento es mayor que entre ellos y, sin embargo, el apoyo social también es significativamente más alto para ellas en el nivel intermedio. Estos resultados dan a entender el carácter más subjetivo e interno de esta vivencia de soledad no deseada.

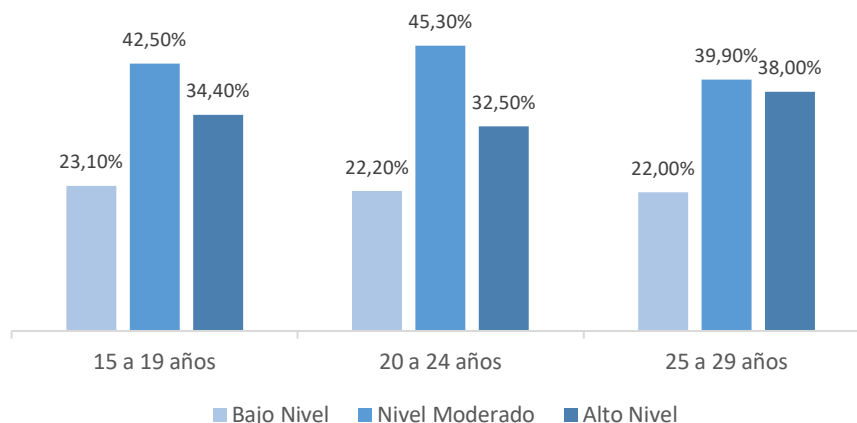
Gráfico Nº 24. Índice de apoyo social percibido según género



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Según grupos de edad, no se encuentran grandes diferencias, ya que en los tres grupos las puntuaciones más bajas fluctúan entre el 22 y el 23%. Los que se sienten más apoyados por sus seres queridos son los jóvenes adultos, que al mismo tiempo son quienes sienten un mayor grado de soledad no deseada. El grupo que siente un menor apoyo es el de 15 a 19 años, dato que posiblemente tiene que ver con las características de la adolescencia temprana, en la cual el adolescente va modificando su rol en la familia, va tomando distancia, creciendo en autonomía y dando más importancia a los vínculos de amistad y pareja, a la par que aumentan los conflictos entre padres e hijos; todo ello contribuye a una sensación de menor apoyo social por parte del chico o chica adolescente.

Gráfico Nº 25. Índice de apoyo social percibido según edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

P5: Señala ahora en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones, referidas al apoyo de personas próximas, usando una escala de 1 a 7, en la que 1 significa que estás 'Totalmente en desacuerdo' y 7 que estás 'Totalmente de acuerdo' con la afirmación.

- 5.1 Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.
- 5.2 Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir mis penas y alegrías.
- 5.3 Mi familia realmente intenta ayudarme.
- 5.4 Obtengo de mi familia el apoyo emocional que necesito.
- 5.5 Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.
- 5.6 Mis amigos realmente tratan de ayudarme.
- 5.7 Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.
- 5.8 Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia.
- 5.9 Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías.
- Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.
- 5.10 Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.
- 5.11 Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.

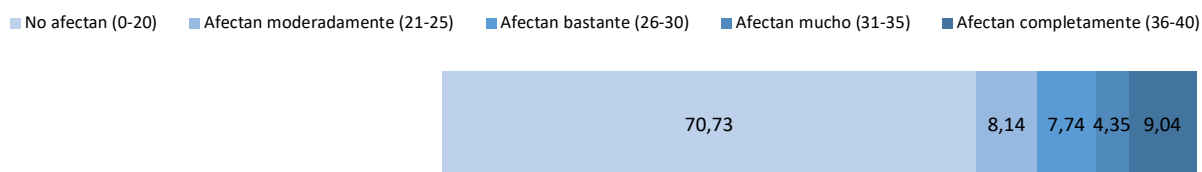
3.2.4. Inseguridad

Los jóvenes, en general, piensan que las situaciones de riesgo relacionadas con ser víctima de violencia o acoso y con el consumo de drogas no les afectan personalmente, por lo que su índice de inseguridad resulta ser bajo. De hecho, las respuestas se sitúan de media en 3,5 puntos sobre 10, donde 0 significa “no me afecta nada en absoluto” y 10 “me afecta completamente”.

De las cuatro cuestiones que se plantean, hay tres que les preocupan más: la inseguridad a recibir acoso en el centro de estudios o trabajo con un 27,5% de respuestas máximas; recibir violencia física con un 26,2%; y ser víctima de acoso en redes sociales con un 24,8%. Por último, se encuentra sufrir los riesgos del consumo de drogas, con un 18,3% de respuestas máximas.

Las personas jóvenes con una sensación de inseguridad alta también presentan un índice de soledad alto y un índice de anomia y desconexión elevado.

Gráfico Nº 26. Percepción de inseguridad personal

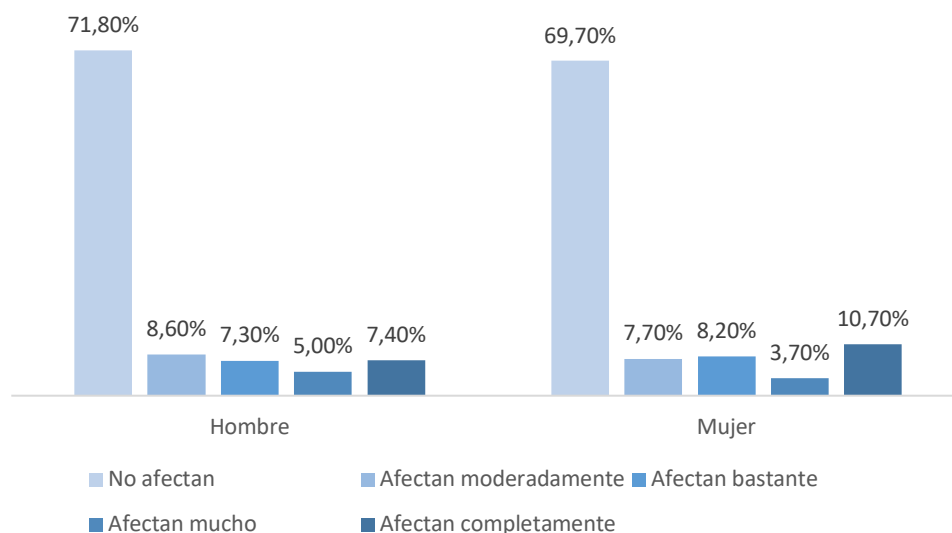


Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Si bien los resultados generales son positivos pues muestran un grado bajo de inseguridad y exposición a riesgos sin distinción de género, hay una diferencia significativa entre las chicas y chicos que responden afirmativamente al nivel más alto de respuesta, **siendo ellas quienes sienten mayor inseguridad**. Las investigaciones aseveran que ser hombre o mujer no es significativo como factor de riesgo, pero estos resultados ponen de manifiesto que las chicas sienten más probabilidades de ser víctima de ciberacoso. Tal como muestran los datos, existe más ciberacoso en las chicas (Save the Children España: 2016).

Si observamos los datos según las situaciones planteadas, las chicas perciben un riesgo mayor en todos los supuestos excepto en sufrir los riesgos del consumo de drogas. Esta diferencia es superior en 3,5 puntos en los casos de recibir violencia física y acoso en el trabajo, y crece hasta los 8 puntos de diferencia con ellos en el caso de ser víctima de acoso en redes sociales. Así se observa **que los chicos se sienten más vulnerables ante un comportamiento de riesgo como es la adicción a sustancias y las chicas a ser receptoras de cualquier tipo de violencia**.

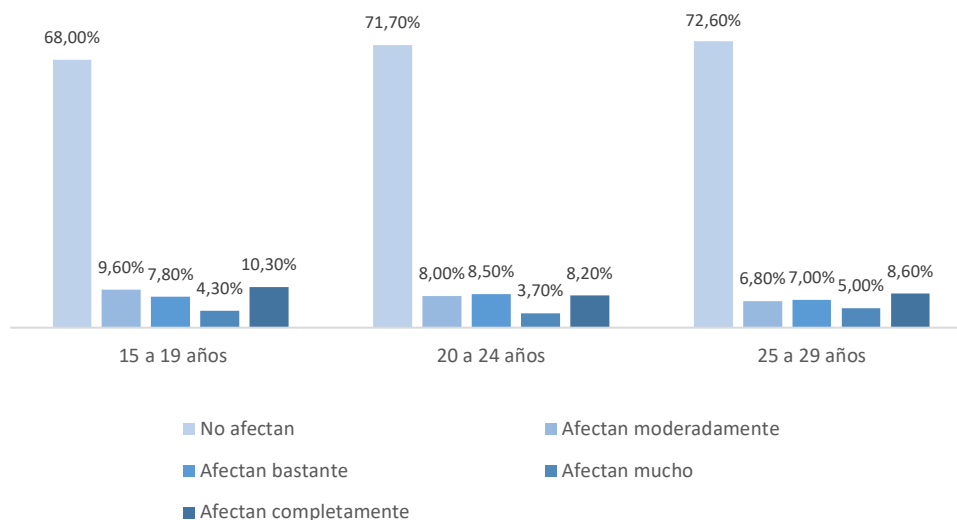
Gráfico Nº 27. Percepción de inseguridad personal según género



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Observando los tres grupos de edad no se encuentran diferencias significativas; no obstante, son los perfiles más juveniles, de 15 a 19 años, quienes expresan mayor inseguridad personal.

Gráfico N° 28. Percepción de inseguridad personal según edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

P13: En líneas generales, ¿en qué medida sientes inseguridad o piensas que te pueden afectar personalmente las siguientes situaciones? Utiliza una escala de 0 a 10, siendo 0 “No me afecta nada en absoluto” y 10 “Me afecta completamente”

- 13.1 Sufrir los riesgos del consumo de drogas
- 13.2 Recibir violencia física
- 13.3 Recibir acoso en el centro de estudios o trabajo
- 13.4 Recibir acoso en redes sociales

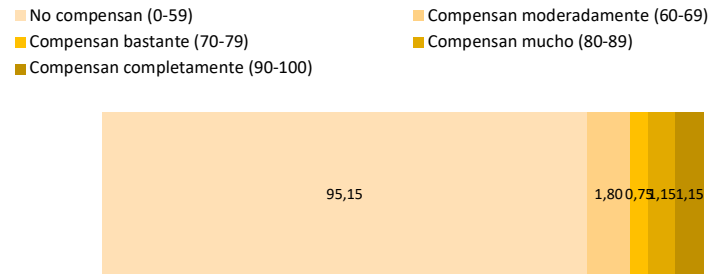
3.3. Ámbito de Conductas de Riesgo

3.3.1. Aceptación del riesgo

Los jóvenes españoles, en su gran mayoría, declaran que no les compensa asumir riesgos (95%). Profundizando en las respuestas dadas a las distintas situaciones, el 16,6% asegura que les compensaría practicar deportes de riesgo, el 14,7% emborracharse sin perder el conocimiento y el 13,4% dormir menos por estar conectado a internet.

Los jóvenes que, en mayor proporción, llevan a cabo conductas de riesgo son los chicos, los que residen en entornos rurales y quienes viven solos. También se relaciona esta **mayor asunción de riesgos con aquellos jóvenes que presentan sintomatología depresiva**; por ello, trabajar estos sentimientos con la población joven y adolescente es clave como factor de protección ante el desarrollo de conductas de riesgo.

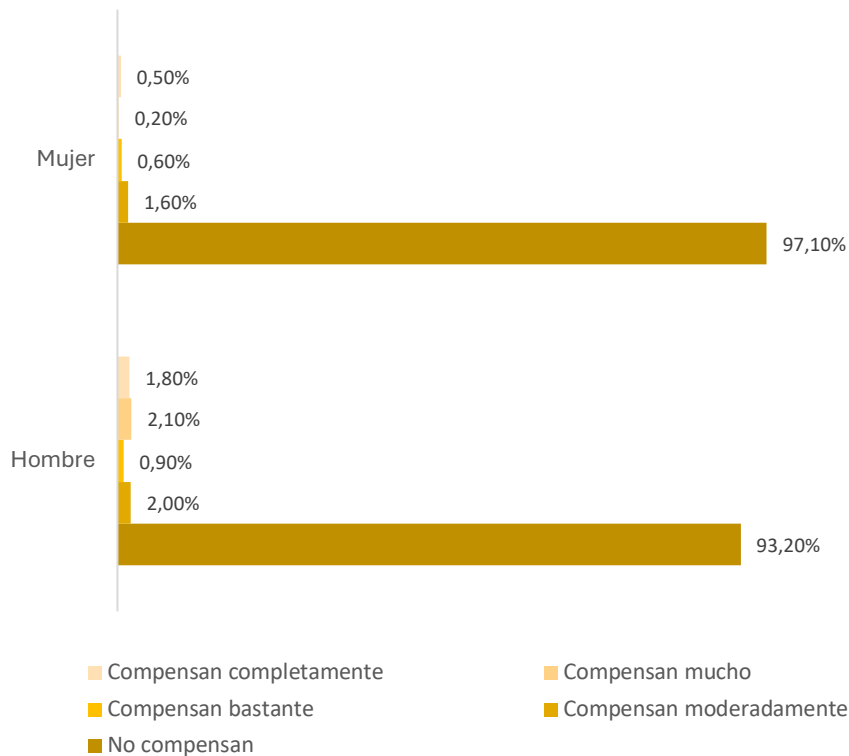
Gráfico Nº 29. Grado de valoración de conductas de riesgo



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Contrastando las respuestas de chicas y chicos, **a ellas no les compensa asumir los riesgos que implican estos comportamientos en un grado significativamente mayor que a ellos**: no les compensa nada en absoluto al 97% de chicas frente al 93% de chicos.

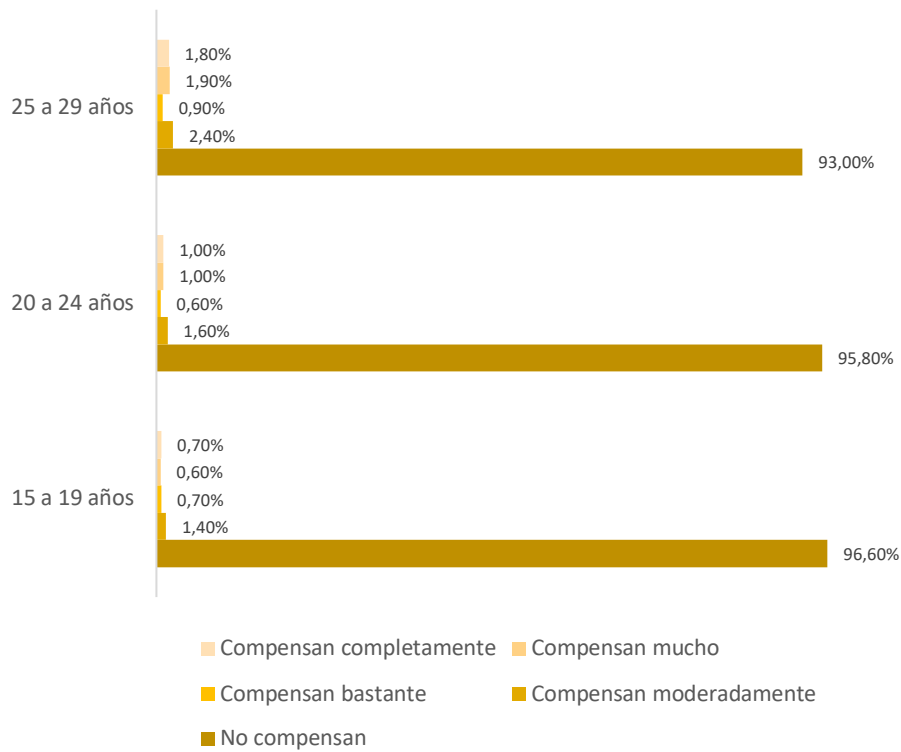
Gráfico Nº 30. Grado de valoración de conductas de riesgo según género



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Como podemos ver en el siguiente gráfico, **las diferencias según grupo de edad son mínimas, si bien la asunción de riesgos va aumentando con la edad**, como es lógico por la mayor autonomía, toma de decisiones, independencia económica, etc.

Gráfico Nº 31. Grado de valoración de conductas de riesgo según edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

P10: En la vida casi todo tiene ventajas y desventajas. ¿Hasta qué punto te compensaría asumir los riesgos que puedan tener los siguientes comportamientos para poder disfrutar de las posibles ventajas? Utiliza una escala de 0 a 10, siendo 0 "no me compensaría nada en absoluto" y 10 "me compensaría completamente".

- 10.1 Colgar fotos íntimas en redes sociales
- 10.2 Emborracharse sin perder el conocimiento
- 10.3 No usar protección en relaciones sexuales (ni siquiera con personas desconocidas)
- 10.4 Fumar porros
- 10.5 Conducir vehículos cuando se han consumido drogas o alcohol
- 10.6 Meterse en peleas
- 10.7 Consumir cocaína o pastillas
- 10.8 Practicar deportes de riesgo
- 10.9 Conducir a mucha velocidad
- 10.10 Dormir menos por estar conectado a internet

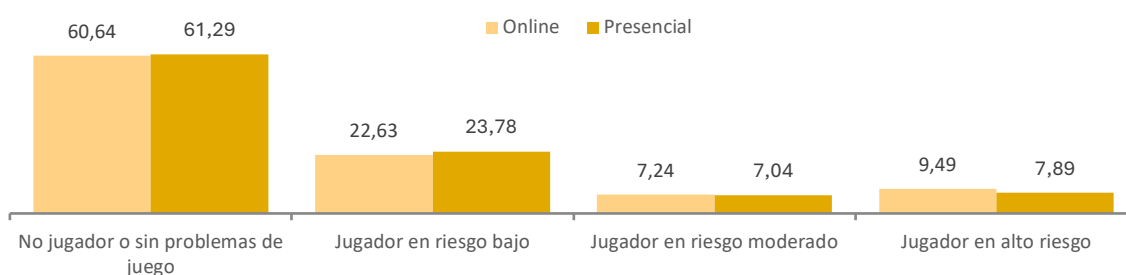
3.3.2. Juego con dinero

Los resultados reflejan un **riesgo bajo de juego con dinero entre la población juvenil**. Las diferencias entre juego online y presencial, aunque no son significativas, muestran un riesgo más alto entre quienes lo practican de forma online ya que el acceso sencillo, rápido, está disponible 24 horas, 365 días al año y requiere más capacidad de autocontrol.

Quienes tienen un alto riesgo de juego con dinero online y presencial, se **relacionan con quienes tienen una sintomatología moderada de ansiedad**. También hemos analizado este mayor riesgo de juego con el ítem que trata sobre los problemas para dormir y el sentimiento de estar cansado y también tienen una relación positiva y significativa.

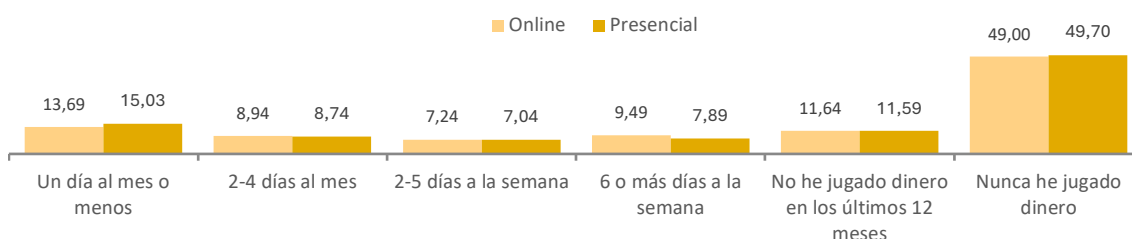
Por otro lado, presentan un riesgo alto de juego con dinero quienes están estudiando y buscando trabajo, y quienes eligen ganar dinero como una de sus preferencias de vida. Por tanto, se relaciona con la incertidumbre que suele provocar el futuro a los jóvenes y con sus prioridades.

Gráfico Nº 32. Riesgo de adicción al juego con dinero



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

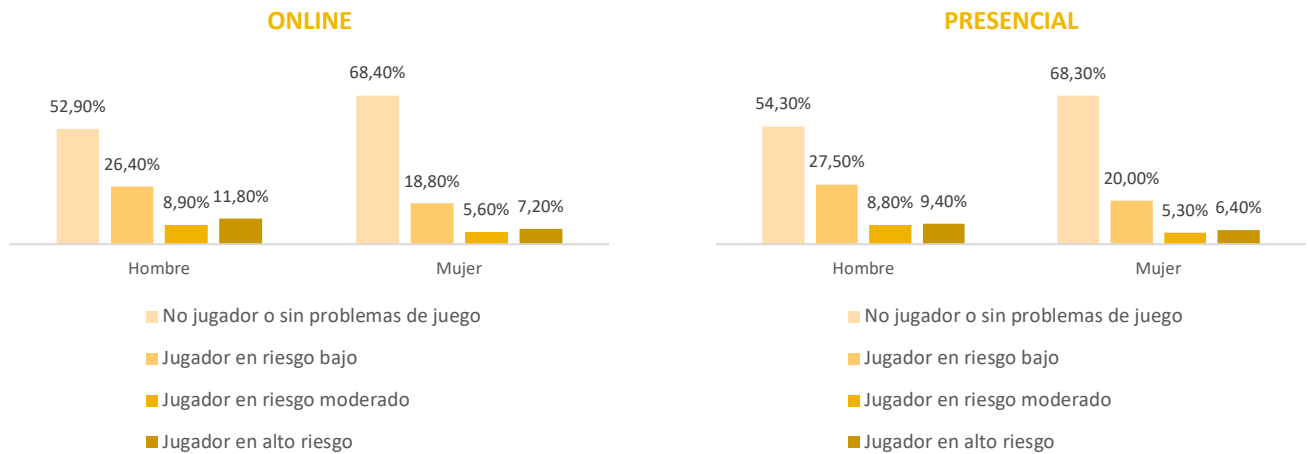
Gráfico Nº 33. Frecuencia de juego con dinero



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

En cuanto a las diferencias entre chicos y chicas, se observa **que son ellos quienes se encuentran en una situación de riesgo mayor** en lo referente al juego con dinero, en cualquiera de sus modalidades. Como ya se ha adelantado en el apartado anterior, **el riesgo de juego online es más acentuado que el juego con dinero presencial**, y esto ocurre sin distinción de género.

Gráfico N° 34. Riesgo de adicción al juego con dinero según género

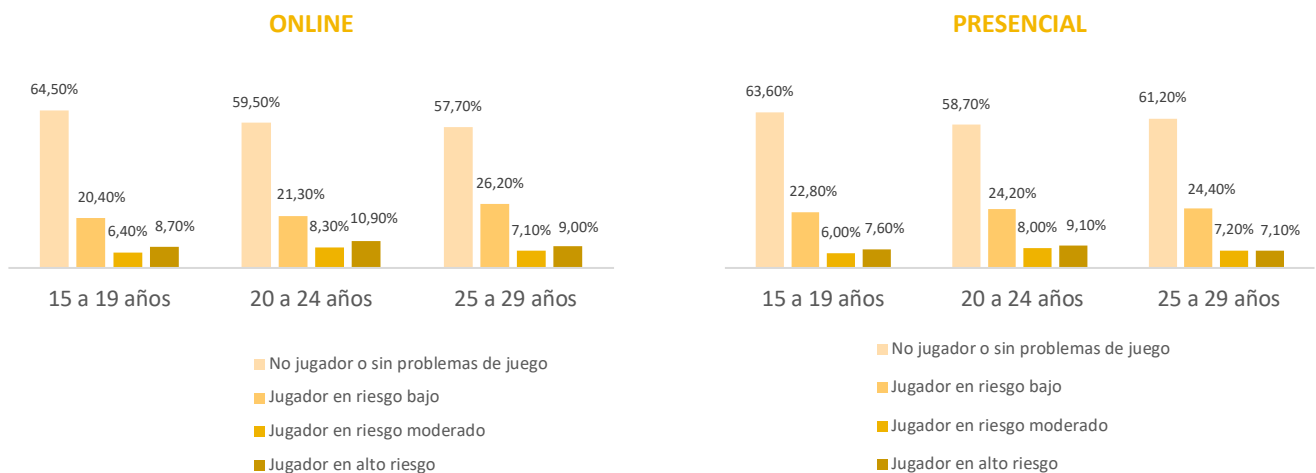


Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Quienes presentan mayor riesgo de juego con dinero son los jóvenes del grupo intermedio, de 20 a 24 años, tanto en el nivel moderado como en el alto, seguido muy de cerca por el grupo de mayor edad.

Realizando un análisis más detallado, **el mayor riesgo de juego con dinero en modalidad presencial correlaciona con un riesgo también alto en la modalidad online**, es decir, las personas que están jugando con mucha frecuencia lo hacen tanto de forma online como presencial. Asimismo, son los chicos quienes expresan un mayor riesgo en ambas modalidades 3,70% frente al 1,70% de las chicas.

Gráfico N° 35. Riesgo de adicción al juego con dinero según edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

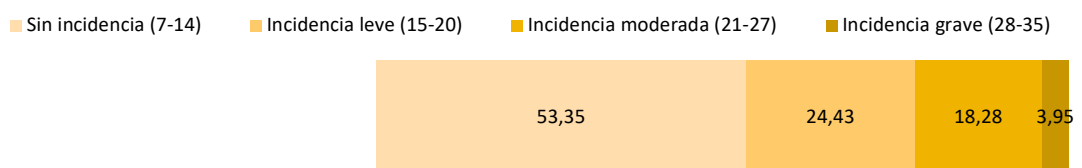
P11: En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has jugado dinero? Marca una casilla por columna: juego online (en internet) y juego presencial (fuera de internet), utilizando la siguiente frecuencia: "Un día al mes o menos", "2-4 días al mes", "2-5 días a la semana", "6 o más días a la semana", "No he jugado dinero en los últimos 12 meses", "Nunca he jugado dinero".

3.3.3. Dificultades con el uso de videojuegos

No se aprecian dificultades graves entre los jóvenes encuestados en cuanto al uso de videojuegos puesto que el 53,4% dice no presentar problemas al respecto, el 24,4% una incidencia leve. Por tanto, el 77,8% se sitúa en una posición fuera de peligro ante el uso de videojuegos.

Dentro de la escala utilizada, el ítem que obtiene respuestas más altas es el que pregunta por el motivo para jugar indicando el deseo de olvidarse de la vida real. El siguiente es el de pensar en jugar durante el día y a continuación el de aumentar el tiempo dedicado a jugar.

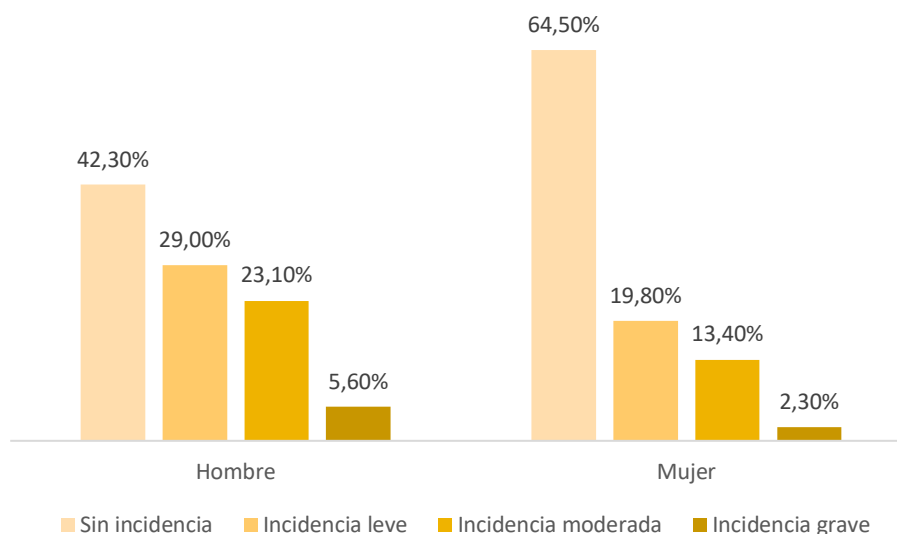
Gráfico Nº 36. Dificultades por uso de videojuegos



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

En el caso de las dificultades por uso de videojuegos, **las diferencias por género son significativas** en todos los niveles de incidencia. Del total de chicas, el 64,5% no presentan ningún problema con el uso de videojuegos frente al 42,3% de chicos. En riesgo moderado y alto se encuentran el 15,7% de las chicas frente al 28,7% de los chicos, lo cual requiere medidas y programas especializados para prevenir e intervenir según sea el caso.

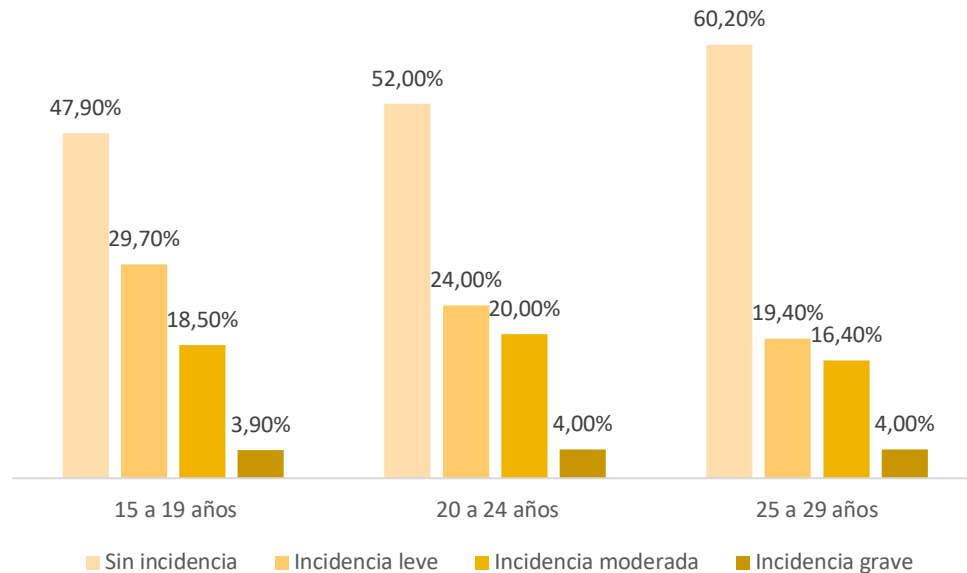
Gráfico Nº 37. Dificultades por uso de videojuegos según género



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Los resultados demuestran que a medida que aumenta la edad, disminuye la incidencia de problemas relacionados con el uso de videojuegos, tal como resaltan otras investigaciones. Resalta que, cuando la incidencia es grave, es homogénea en todas las edades y que la dificultad moderada es mayor en el grupo de 20 a 24 años.

Gráfico N° 38. Dificultades por uso de videojuegos según edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

P12. Los siguientes ítems hacen referencia a tu actividad con los videojuegos durante los últimos 6 meses. Por actividad en los videojuegos entendemos cualquier acción relacionada con los mismos (jugar desde un ordenador/portátil o desde una videoconsola) o desde cualquier otro tipo de dispositivo (por ejemplo, teléfono móvil, tablet, etc.) tanto conectado a Internet como sin estarlo y a cualquier tipo de juego. Utiliza una escala del 1 al 5, siendo 1 "nunca", 2 "casi nunca", 3 "a veces", 4 "a menudo" y 5 "muy a menudo".

- 12.1 Piensas en jugar durante el día.
- 12.2 Has aumentado el tiempo que dedicas a jugar.
- 12.3 Juegas para olvidarte de la vida real.
- 12.4 Otras personas han intentado que reduzcas el tiempo que dedicas al juego.
- 12.5 Te has sentido mal cuando no has podido jugar.
- 12.6 Te has peleado con otros (amigos, padres,...) por el tiempo que dedicas al juego.
- 12.7 Has desatendido actividades importantes (estudios, familia, deportes) por jugar.

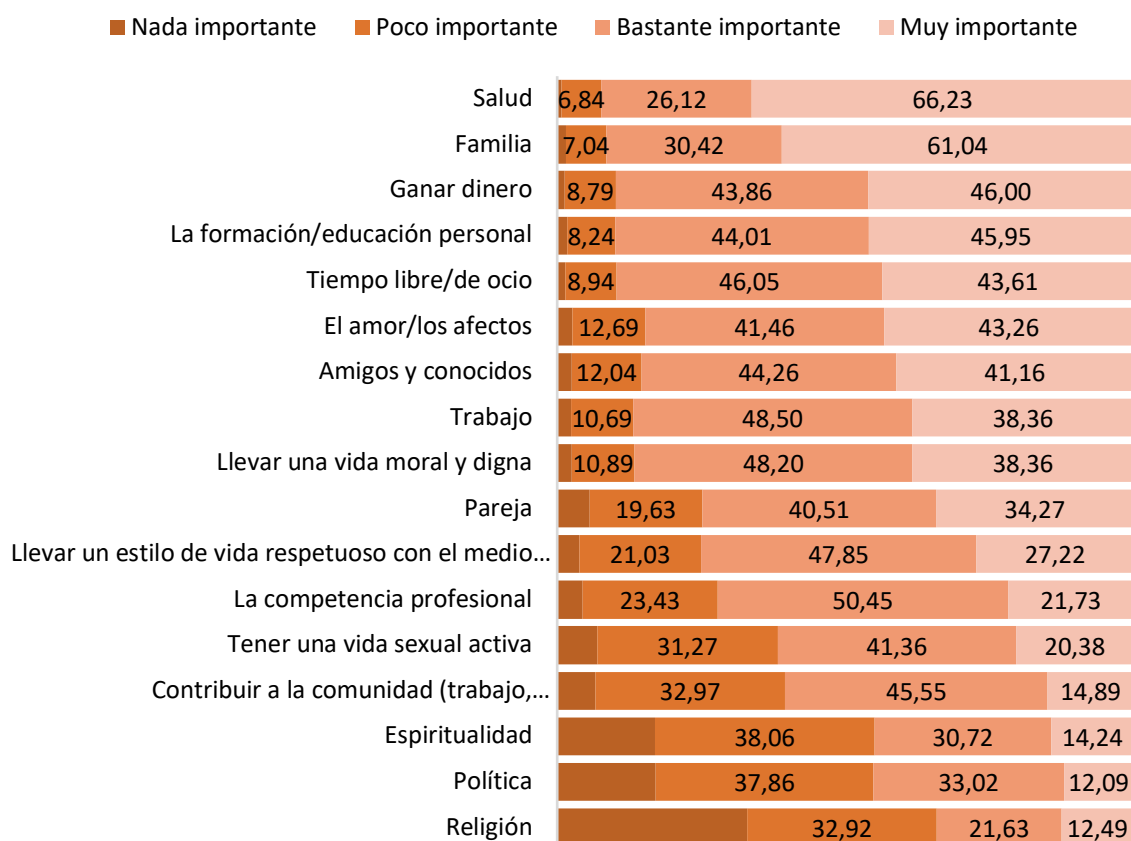
3.4. Ámbito de Satisfacción General con la Vida

3.4.1. Prioridades de la población juvenil

La salud y la familia son los aspectos prioritarios para la juventud española con una tasa de respuesta positiva del 92,4% y el 91,5% respectivamente, seguidos de la formación y la educación personal (90%), ganar dinero (89,9%) y el tiempo libre o de ocio (89,7%).

Teniendo en cuenta la misma pregunta del estudio realizado por Mar de Fondo en 2020 a 2.033 personas de 18 a 75 años, tanto la juventud como la población general coinciden en que los dos temas más importantes en su vida son la salud y la familia. La población general continúa con el amor/los afectos, la pareja, la formación y el tiempo libre; mientras que la población joven destaca en tercer lugar la formación, y después ganar dinero y el tiempo libre, lo cual coincide con su momento vital, repleto de desafíos que afrontar y proyectos que construir.

Gráfico Nº 39. Prioridades de la juventud



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Si contrastamos las prioridades entre chicos y chicas, la salud y la familia, se mantienen en los primeros puestos en el mismo orden, con porcentajes de respuesta muy homogéneos y significativamente superiores que los dados a los siguientes aspectos vitales. En el tercer y cuarto orden de prioridad, se

producen cambios, mientras que ellas eligen la formación/educación, ellos priorizan ganar dinero y a continuación la formación; mientras que ellas sitúan los afectos en el cuarto lugar. A pesar de algunas ligeras variaciones de orden, tanto chicas como chicos sitúan sus prioridades de forma similar, estando las amistades y los afectos por delante de la pareja. Llama la atención que, del décimo al decimocuarto lugar, el orden de prioridades es idéntico y en cuanto a los tres últimos varía solo el orden: para ellas es espiritualidad, religión y en último lugar, política; y para ellos, política, espiritualidad y religión.

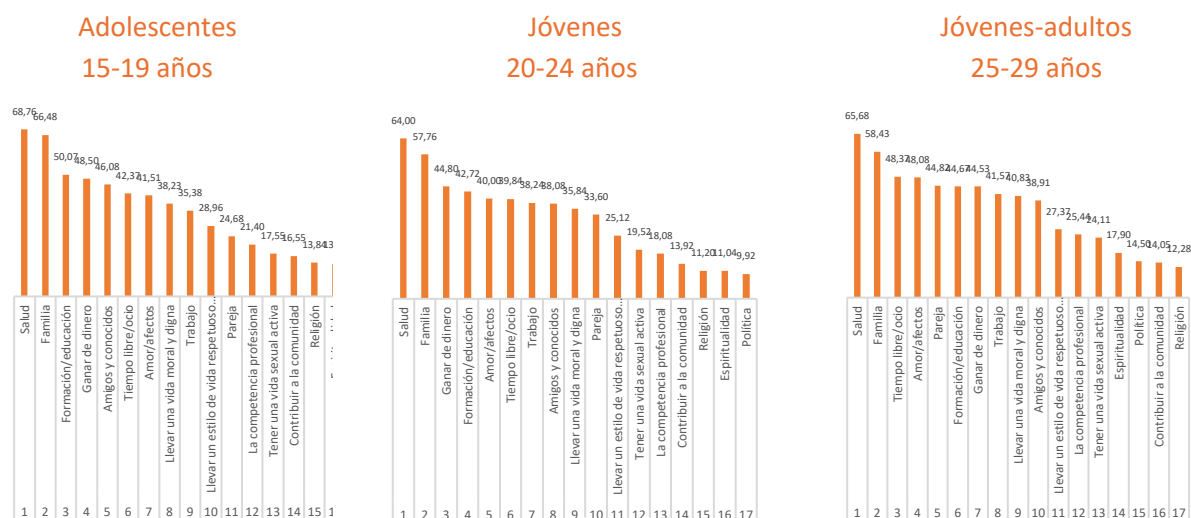
Gráfico Nº 40. Prioridades de la juventud según género



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Las respuestas en cuanto a estas preferencias cambian, como es de esperar, según el grupo etario, si bien las dos primeras se mantienen estables. Las diferencias entre los dos primeros grupos son mínimas, si bien los adolescentes destacan antes la formación y el grupo de jóvenes ganar dinero. Es remarkable que el trabajo lo sitúan los tres grupos en posiciones intermedias. Para el grupo de jóvenes adultos, ganar dinero pierde peso y otorgan más importancia al tiempo libre, los afectos y la pareja.

Gráfico Nº 41. Prioridades de la juventud según edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

P1. ¿Qué grado de importancia tienen en tu vida cada uno de los siguientes aspectos? Señala la importancia que tiene cada aspecto para ti, utilizando una escala del 1 al 4, donde 4 es "Muy importante", 3 es "Bastante importante", 2 es "Poco importante" y 1 es "Nada importante".

- 1.1 Trabajo
- 1.2 Familia
- 1.3 Amigos y conocidos
- 1.4 Pareja
- 1.5 Tiempo libre/de ocio
- 1.6 Política
- 1.7 Salud
- 1.8 Religión
- 1.9 Espiritualidad
- 1.10 Ganar dinero
- 1.11 Llevar una vida moral y digna
- 1.12 La formación/educación personal
- 1.13 La competencia profesional
- 1.14 Tener una vida sexual activa
- 1.15 Contribuir a la comunidad (trabajo voluntario/asociaciones...)
- 1.16 Llevar un estilo de vida respetuoso con el medio ambiente
- 1.17 El amor/los afectos

3.4.2. Satisfacción con la propia vida

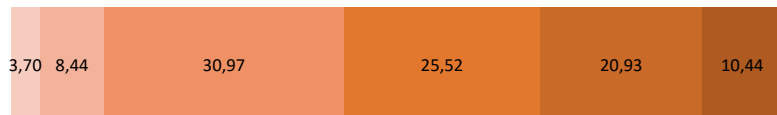
Se comprueba que **más de la mitad de la juventud española no se encuentra satisfecha con su propia vida**, siendo el 56,5% quienes contestan sentirse "un poco insatisfecho/a" o "un poco satisfecho/a" en un 31% y 25,55% respectivamente.

Al observar las respuestas dadas a cada ítem, las respuestas más frecuentes son dadas al ítem sobre estar satisfecho con su vida (57%), a continuación, que las circunstancias de su vida son muy buenas (55%) y que ha conseguido de la vida cosas que considera importantes (en un 54%). Están menos de acuerdo con afirmaciones como que en la mayoría de los aspectos su vida es como desean o que, si pudieran, no cambiarían casi nada de su vida.

Entre los jóvenes que se encuentran insatisfechos o muy insatisfechos con su propia vida, se aprecian dificultades graves de ansiedad y depresión, así como un bajo apoyo social percibido y un índice de soledad grave, mientras que quienes se sienten muy satisfechos con la vida manifiestan un alto nivel de apoyo social y una ausencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

Gráfico N° 42. Índice de satisfacción con la propia vida

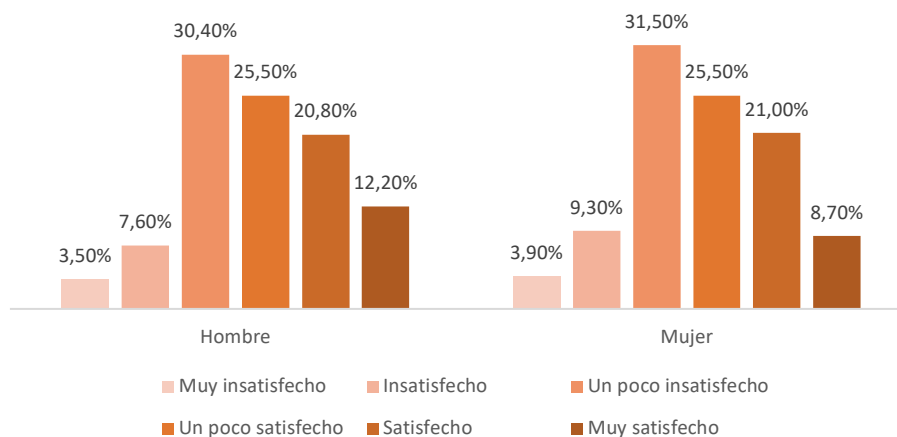
■ Muy insatisfecho (5-9) ■ Insatisfecho (10-14) ■ Un poco insatisfecho (15-20)
■ Un poco satisfecho (21-25) ■ Satisfecho (26-30) ■ Muy satisfecho (31-35)



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

El grado de satisfacción es muy similar entre chicos y chicas, siendo ellos quienes valoran su satisfacción con la vida de forma ligeramente más positiva.

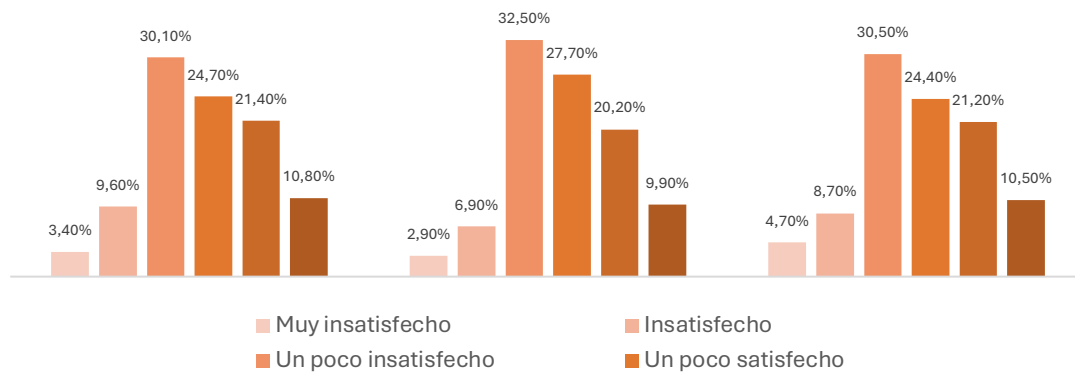
Gráfico N° 43. Índice de satisfacción con la propia vida según género



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

Los datos son bastante parecidos entre grupos de edad, si bien a medida que esta aumenta descende la satisfacción personal, lo cual coincide con los datos ya analizados previamente.

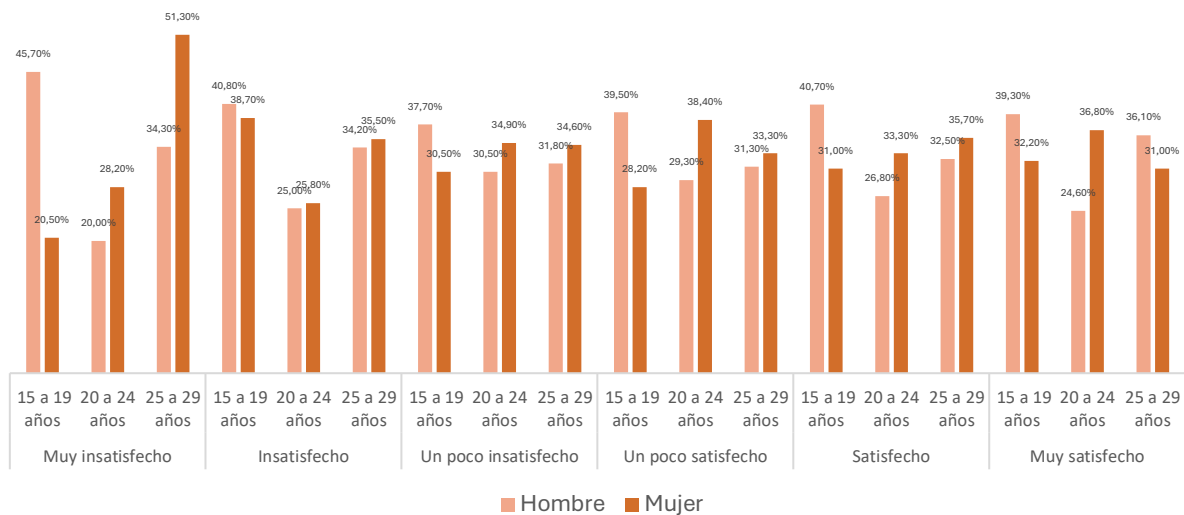
Gráfico N° 44. Índice de satisfacción con la propia vida según edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

De nuevo observamos que los chicos de 15 a 19 años son quienes destacan, en este caso, por su alta insatisfacción con la vida, así como las mujeres de 25 a 29 años, que muestran el índice más alto.

Gráfico N° 45. Índice de satisfacción con la propia vida según género y edad



Fuente: Elaboración propia; Base Total Muestra (2.002 personas)

P8. Señala en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones usando una escala de 1 a 7, en la que 1 significa que estás 'Muy en desacuerdo' y 7 que estás 'Muy de acuerdo' con la afirmación.

- 8.1 En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea.
- 8.2 Las circunstancias de mi vida son muy buenas
- 8.3 Estoy satisfecho con mi vida
- 8.4 Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes
- 8.5 Si pudiera vivir mi vida otra vez, no cambiaría casi nada.

4. CONCLUSIONES

El presente estudio ha permitido conocer desde una mirada integral el estado actual de la salud mental de los jóvenes que viven en España. Los datos parecen indicar, al no concordar la autovaloración de **salud mental** con los porcentajes de sintomatología depresiva y ansiógena, que la juventud piensa en salud mental como ausencia de trastorno mental y no como un estado de bienestar emocional, psicológico y social, siendo ésta esencial para el funcionamiento general y la calidad de vida.

La sintomatología de **ansiedad** la presenta mayoritariamente las mujeres y se relaciona con problemas de sueño y con dificultades para relajarse. Al respecto, resulta importante contar con herramientas socioemocionales para que las personas jóvenes aprendan a llevar mejor sus preocupaciones y a relajarse. Por su parte, el **bajo estado de ánimo** es un problema generalizado en la juventud española, independientemente del género y la edad, si bien afecta principalmente a los chicos de 15 a 19 y a los chicos y chicas de 25 a 29 años.

La **soledad no deseada**, la falta de **apoyo social percibido** y el **sentimiento de anomia y falta de cohesión social** se identifican como aspectos importantes en la salud mental de la población encuestada; siendo quienes perciben un mayor apoyo social los residentes en núcleos urbanos en relación con quienes viven en zonas rurales. Esto indica que las intervenciones deben abordar no solo al individuo, sino también al entorno en el que se desenvuelve, promoviendo entornos de estudio, de trabajo y familiares más saludables. En general, las situaciones de riesgo relacionadas con ser víctima (violencia física, acoso escolar, laboral y consumo de drogas) no les afectan personalmente, por lo que su **índice de inseguridad** resulta ser bajo. Los chicos se sienten más vulnerables ante un comportamiento de riesgo como es la adicción a sustancias y las chicas a ser receptoras de cualquier tipo de violencia, en especial con ser víctimas de acoso en las redes sociales.

A la gran mayoría de jóvenes en España no les compensa **asumir los riesgos** derivados del consumo de drogas o de la falta de protección en las relaciones sexuales entre otros, siendo más aceptados los deportes de riesgo o dormir menos, sobre todo por parte de los chicos y del grupo de mayor edad. Las respuestas dadas por chicas y chicos reflejan un riesgo bajo de **juego con dinero**, levemente más alto en la modalidad online frente a la presencial, dado su acceso sencillo, rápido y disponible en cualquier momento, lo cual es más difícil de autogestionar, y requiere ser regulado. En cuanto a los **videojuegos**, los jóvenes aseguran no tener problemas con su uso, siendo su prevalencia significativamente mayor entre los chicos. Sin embargo, es probable que las respuestas fueran distintas si preguntásemos a sus progenitores.

La mayor parte de los jóvenes se encuentra en un nivel intermedio de **satisfacción con la vida**, con un equilibrio entre bienestar y expectativas aún por cumplir. El apoyo social y la salud mental juegan un papel crucial, ya que quienes están más satisfechos disfrutan de mejores redes de apoyo y menos dificultades emocionales, mientras que la falta de apoyo se asocia con mayores niveles de insatisfacción y problemas psicológicos.

Se evidencia que los chicos (varones) de 15 a 19 años son quienes presentan una mayor alerta en varios temas de salud mental tratados en el estudio, por lo que se requiere de una intervención inmediata y también preventiva. Es de resaltar que los trastornos mentales suelen aparecer por primera vez en la adolescencia o en la juventud temprana, mostrando una alta prevalencia de trastornos como la ansiedad y la depresión en el grupo de edad de 15 a 29 años.

No se trata solo de identificar los problemas y/o necesidades de la población, la visión integral de la salud mental infanto-juvenil del presente estudio subraya la importancia de dar una respuesta coordinada e integral para abordar los principales desafíos identificados, por ello, a continuación se presentan las siguientes propuestas de mejora:

5. PROPUESTA DE RECOMENDACIONES

Este estudio proporciona una visión integral de la salud mental infanto-juvenil y subraya la importancia de dar una respuesta coordinada e integral para abordar los principales desafíos identificados, por ello se presentan las siguientes propuestas de mejora:

5.1. Salud mental

5.1.1. Autovaloración del estado general de salud mental

- Promover una educación socioemocional basada en valores y respeto a la diversidad, que se dé en los centros educativos y se promueva también entre las familias.
- La inclusión de profesionales de la Psicología en los equipos de atención primaria y la potenciación de los recursos de salud mental coordinados con la escuela.
- La realización de pruebas de autoevaluación/screening para los jóvenes y adolescentes que se administre tanto en los centros educativos (colegios, institutos, universidades, etc.) como en el ámbito laboral con el fin de conocer su salud mental, detectar problemas y ponerles solución.

5.1.2. Nivel de ansiedad auto percibido

- Los centros educativos tienen un papel crucial en el trabajo en emociones por lo que se propone implementar programas para ello, con estrategias para aprender a identificar y regular las emociones, entrenamiento en comunicación asertiva, escucha activa, empatía y respeto. Valores y actitudes que previenen, además, el acoso escolar y el ciberacoso.
- Madres y padres deben trabajar y mejorar los estilos de crianza positiva y la comunicación entre ellos, puesto que son factores para el desarrollo de la ansiedad en los niños y adolescentes. Para ello se sugiere la formación de los progenitores a través de cursos, escuelas de padres, campañas de sensibilización y facilitación de recursos, con especial atención a las familias en situación de vulnerabilidad.

- Promover la salud mental entre los estudiantes, incluyendo la etapa universitaria y prestando especial atención a las medidas dirigidas a las mujeres, por mostrar niveles de ansiedad mayores que los de los hombres, así como fomentar medidas preventivas para la ansiedad en el ámbito universitario.
- Fomentar el desarrollo de investigaciones que favorezcan la construcción de entornos saludables en todas las etapas educativas y en el ámbito laboral.

5.1.3. Síntomas de depresión

- Formación tanto a los profesionales de atención primaria como de los centros educativos, sociales, universitarios, etc. para que sepan detectar casos de depresión y hacer las respectivas derivaciones.
- Dotar de más recursos a los centros públicos especializados en salud mental y hacer alianzas/conciertos con centros privados de salud mental para cubrir las necesidades de la población.
- Trabajar en la identificación y la gestión de las emociones con la población joven y adolescente, así como su resiliencia, ya que es clave como factor de protección ante el desarrollo de conductas de riesgo.
- Desarrollar campañas de sensibilización para la población general. La psicoeducación para pacientes de salud mental, familiares y allegados es fundamental para conocer la enfermedad, reducir el estigma (con lo que se puede detectar más) y conocer sus tratamientos. Ofrecer así más apoyo social y familiar y tratar de mejorar la adherencia del paciente.

5.1.4. Riesgo de comportamiento suicida

- Disponer de herramientas para la evaluación de la conducta suicida, desarrolladas, validadas y baremadas para su uso en el contexto español, siguiendo los estándares científicos internacionales, que permitan tomar decisiones informadas.
- Investigar métodos fiables para la evaluación de la ideación e intencionalidad suicida en la práctica clínica en adolescentes que presentan autolesiones.
- Realizar campañas informativas para reducir el estigma social y los estereotipos que existen en torno a la salud mental.
- Planificar y realizar actividades formativas para profesionales implicados en el manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia, tanto en atención primaria como en especializada.
- Favorecer la puesta en marcha de actividades formativas sobre prevención del suicidio en el ámbito educativo y servicios sociales, así como a la ciudadanía en general.

5.2. Bienestar social

5.2.1. Soledad no deseada

- Favorecer la educación emocional y la inclusividad en todos los tramos educativos, que aborde de manera integral temas como, accesibilidad física, personas LGTBI, de origen extranjero, personas con alto o bajo rendimiento escolar, problemas de obesidad o menores habilidades comunicativas.
- Fomentar las relaciones sociales mediante campañas de ocio saludable. Se recomienda que estas actividades sean inclusivas, saludables, presenciales y que promuevan las relaciones intergeneracionales entre jóvenes y mayores que les ayude a hacer frente a sus soledades, dando más peso a lo presencial frente a lo digital.
- Desarrollar servicios de atención juvenil orientados a reducir la soledad. Los servicios de atención a la juventud son clave para detectar casos de soledad y especialmente para impulsar redes de apoyo y acciones de ayuda a personas solas.

5.2.2. Valoración de la cohesión social (índice de anomia)

- Aumentar las posibilidades de participación social mediante la creación de asociaciones, de vida comunitaria, de participación juvenil, etc.
- Realizar estudios de investigación sobre este fenómeno en España, teniendo en cuenta factores sociodemográficos como el estrato social y hábitat, con el fin de detectar factores de riesgo y de protección relacionados con la desconexión y falta de cooperación, y a partir de ahí buscar mejoras.
- Dar formación y asesoramiento tanto a los profesores como a las familias para que sepan ofrecer apoyo social y emocional ya que los padres y los maestros son los encargados de transmitir las normas y valores de la sociedad. Cuando los jóvenes no se sienten parte de las instituciones y desconfían de ellas (por no recibir ese apoyo) no son capaces de interiorizar sus preceptos.
- Promover relaciones intersectoriales entre las instituciones gubernamentales para diseñar organizaciones horizontales que promuevan política pública dirigida a los jóvenes, con el fin de promover su representación política.

5.2.3. Apoyo social percibido

- Generar recursos, actividades, talleres y propuestas diversas que fomenten la creación de redes de apoyo entre los adolescentes, haciendo hincapié en los de menor edad y en los jóvenes adultos (priorizando el hábitat rural).
- Formación para las familias en comunicación con los hijos y resolución de conflictos durante la preadolescencia y la adolescencia, con el fin de poder reducirlos y gestionarlos mejor.

5.2.4. Sensación de inseguridad

- Ofrecer herramientas destinadas a las chicas en específico que desarrollen su sensación de seguridad y la capacidad de defenderse de forma online y presencial.
- Destinar recursos formativos que fomenten la autorregulación de los chicos especialmente, y que les ayude a evitar adicciones.
- Promover acciones orientadas a promover una cultura de convivencia, de respeto mutuo, de manejo y de resolución adecuada de los conflictos.

5.3. Conductas de riesgo

5.3.1. Aceptación del riesgo

- ◆ Formación a profesionales y padres de familia en habilidades básicas en la crianza, tales como disciplina consistente y apoyo afectivo, donde ambos elementos contribuyen a la adaptación conductual y al desarrollo psicológico positivo del adolescente.
- ◆ Promover el desarrollo de habilidades de comunicación, construcción de destrezas sociales, además de la participación juvenil, las relaciones con adultos, la claridad en las normas y el acceso a información y servicios relevantes.

5.3.2. y 5.3.3. Juego con dinero y dificultades con el uso de videojuegos

- ◆ Estrategias de salud pública que promuevan el bienestar mental de los adolescentes y que regulen la publicidad y el control de acceso a webs de juego por parte de menores de edad.
- ◆ Mejorar los mecanismos de control y acceso de menores en los locales o sitios web de apuestas y juego con dinero.
- ◆ Concienciar a las familias de la importancia de disminuir el tiempo frente a la pantalla y aumentar la actividad física simultáneamente.
- ◆ Desarrollo de acciones de intervención que incluyan: psicoeducación y motivación; y tratamiento de las adicciones adaptado a la adicción a los videojuegos.
- ◆ Mejorar habilidades específica asociadas al uso de Internet, como reducción del tiempo de uso, mejora del autocontrol o la capacidad de identificar pensamientos negativos en relación con el comportamiento adictivo.

5.4. Satisfacción con la vida

5.4.2. Satisfacción con la propia vida

- Desarrollar estudios de investigación longitudinales, con el fin de analizar los niveles de bienestar desde la infancia, la adolescencia y la edad adulta; comprender mejor la magnitud de los cambios subjetivos en el bienestar de las personas, así como su disminución a lo largo de la adolescencia.
- Desarrollar intervenciones psicosociales dirigidas a la mejora de los ámbitos vitales, que proporcionen seguridad, perspectivas de futuro, condiciones y oportunidades a los adolescentes.
- Desarrollo de investigaciones y estudios sobre los aspectos positivos de la vida y la salud adolescente, con el fin de promover el bienestar psicológico, especialmente a los sectores más desfavorecidos.

6. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- Ariza Forero, E. B., Guillén Villamil, A. F., Ramírez Cortázar, F., & Bejarano Gómez, A. (2022). Percepción de anomia social e inseguridad percibida en jóvenes y adultos intermedios. Un estudio de comparación 2017 y 2021. *Estudios Políticos*, (63), 85-104. <https://doi.org/10.17533/udea.espo.n63a06>
- Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador-Méndez, M., Sánchez-Iglesias, I., & Labrador, F. J. (Año). Instrumentos de medida del trastorno de juego en internet en adolescentes y jóvenes según criterios DSM-5: una revisión sistemática. *ADICCIONES*, VOL. 32 NÚM. 4 · PÁGS. 291-302 <https://doi.org/DOI>
- Baader M., T., Molina F., J. L., Venezian B., S., Rojas C., C., Farías S., R., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M., & Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(1), 10-22. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
- Brain Treatment Centre Australia. (2020). *The client health questionnaire (PHQ-9)*. Brain Treatment Centre Australia. Revisado en: <https://braintreatmentcentre.com.au/wp-content/uploads/2020/05/PHQ-9-BTC-Aus-Depression.pdf>
- Cassiani-Miranda, C. A., Cuadros-Cruz, A. K., Torres-Pinzón, H., Scoppetta, O., Pinzón-Tarrazona, J. H., López-Fuentes, W. Y., Paez, A., Cabanzo-Arenas, D. F., Ribero-Marulanda, S., & Llanes-Amaya, E. R. (2021). Validity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression screening in adult primary care users in Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 50(1), 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.001>
- Castellá Sarriera, J., Saforcada, E., Tonon, G., Rodríguez de La Vega, L., Mozobancyk, S., & Bedin, L. M. (2022). Bienestar subjetivo de los adolescentes: Un estudio comparativo. Universidad de Federal do Rio Grande do Sul. Revisado en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82647963.pdf>
- Corona, F., & Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Condes*, 22(1), 68-75. En: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011703947>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Díez, A., Enesco, C., Pérez de Albéniz, A., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: Validación de la escala SENTIA-Breve. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(1), 24-34, En: Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., & Al-Halabí, S. (2022). Suicidal behavior in adolescents under review: Fostering hope through action. *Papeles del Psicólogo*, 43(3), 173-184. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

- Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Ortuño-Sierra, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2020). SENTIA: An adolescent suicidal behavior assessment scale. *Psicothema*, Vol. 32, No. 3, 382-389. En: <https://doi.org/DOI>
- Díez, A., Pérez-Albéniz, A., Sebastián-Enesco, C., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: validación de la escala SENTIA-Breve. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(1), 24-34. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2020.11.001>
- González Zabala, A. G., Olivera, M., Guiragossian, S., & Simkin, H. (2022). Evidencias de validez y confiabilidad de la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). *Fecha de recepción: 7 de diciembre de 2022; Fecha de aceptación: 20 de diciembre de 2022*. ARK CAICIT. <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26182327/dp71p87a1>
- Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. (2022). Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t.
- Instituto Nacional de Estadística | INE (2023). *Estadística de defunciones según la causa de muerte. Año 2023*. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/pEDCM2023.htm>
- Kuric, S., Sanmartín, A., Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A. (2023). Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: [10.52810.5281/zenodo.8170910](https://doi.org/10.52810.5281/zenodo.8170910)
- Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Revista de Ansiedad y Estrés*, 8(1), 73-92. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2002/anyes2002a13.pdf>
- Mar de Fondo, Instituto de Conocimiento. (2020). Las prioridades en la vida de los españoles: Estudio psico-sociológico de seguimiento (Diciembre 2019 – Junio 2020).
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del gobierno para el Plan Nacional de Drogas; 2023. 270 p.
- Organización Mundial de la Salud | OMS (2024). Datos y cifras *Suicidio*. Revisado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Pampamalco, M. y Matalinares, M. (2021). Ansiedad según Género, Edad y Grado de Estudios en Adolescentes de San Martín de Porres, Lima. *Socialium*, 6(1), 48-64. <https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2022.6.1.1106>
- Pedroso-Chaparro, M. del S., Márquez-González, M., Fernandes-Pires, J.-A., Gallego-Alberto, L., Jiménez-Gonzalo, L., Nuevo, R., & Losada, A. (2022). Validation of the Spanish version of the Three-Item

- Loneliness Scale (Validación de la versión española de la Escala de Soledad de Tres Ítems). *Studies in Psychology*, 43(2), 311-331. <https://doi.org/10.1080/02109395.2021.1989889>
- Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 Internet Gaming Disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior*, 45, 137-143. [doi:10.1016/j.chb.2014.12.006](https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.006)
- Reyes Pérez, V., Reséndiz Rodríguez, A., Alcázar Olán, R. J., & Reidl Martínez, L. M. (2017). Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. *Psicogente*, 20(38), 422-434. <https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2544>
- Rojo Puertas, J. R. (2024). *La política de los jóvenes en España: Cómo participan, actitudes políticas y representatividad en el primer cuarto del siglo XXI* (Documento de trabajo No. 235/2024). Fundación Alternativas. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9462260>
- Ruiz Villafranca, R., Tuñón Jiménez, A., Fresno García, J. M., del Río Hernández, F., & Sonat, D. (2023). Juventud y soledad no deseada en España. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. En: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estudio%20soledad%20juvenil_V12_accessible.pdf
- Sánchez Hidalgo, J., Hidalgo García, M. V., López Verdugo, I., Lorence Lara, B., & Menéndez Álvarez-Dardet, S. (2006). Análisis del apoyo social en la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 191-200. Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores, En: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-51672022000100132
- Sánchez Mascaraque, P., & Fernández-Natal, C. (2020). Adicción a nuevas tecnologías: Internet, videojuegos y smartphones. Revisión y estado del arte. *Adolescere*, 8(2), 10-17. En: <https://www.adolescere.es/adiccion-a-nuevas-tecnologias-internet-videojuegos-y-smartphones-revision-y-estado-del-arte/>
- Sarabia Gonzalvo, I., Estévez Gutiérrez, A., & Herrero Fernández, D. (2014). Situación actual del juego con dinero en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 39 (3) 57-68. 2014. <https://doi.org/DOI>
- Save the Children España (2016). Yo a eso no juego. Bullying y cyberbullying en la infancia. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Kroenke, K., et al. (1999). *Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire (PRIME-MD-PHQ)*. Pfizer Inc. Copyright© 1999 Pfizer Inc. Reproduced with permission. Revisado en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10568646/>
- Srole, L. (1956). Social integration and certain corollaries: An exploratory study. *American Sociological Review*, 21(6), 709-716. <https://doi.org/10.2307/2088422>

- Tironi, E., & Sorj, B. (2007). Cohesión social: Una visión desde América Latina. *Pensamiento Iberoamericano*, 1 (Ejemplar dedicado a Cohesión social en Iberoamérica: algunas asignaturas pendientes), 105-127.
- Torres Castro, C. (2005). Jóvenes y violencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37, 55-92. En: <https://rieoei.org/historico/documentos/rie37a03.pdf>
- Valenzuela Mujica, M. T., Ibarra, A. M., Zubarew, T., & Correa, M. L. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: Rol de familia. *Index Enferm*, 22(1-2), 45-52. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>
- Vinaccia Alpi, S., Parada, N., Quiceno, J. M., Riveros Munévar, F., & Vera Maldonado, L. A. (2019). Escala de satisfacción con la vida (SWLS): análisis de validez, confiabilidad y baremos para estudiantes universitarios de Bogotá. *Psicogente*, 22(42), 45-59. <https://doi.org/10.17081/psico.22.42.3468>
- Yárnoz Yaben, S. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 103-116. Universidad de Almería. En: <https://www.redalyc.org/pdf/560/56080109.pdf>

Patrocinador



Colaboradores



ATALAYA
FUNDACIÓN

www.fundacionatalaya.org

ATALAYA
OBSERVATORIO
DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

www.observatoriodefundacionatalaya.org