

JUVENTUD Y SALUD MENTAL

HUMAN RIGHTS TRAINING PROGRAMME 2025



ASOCIACIÓN
DEL PAÍS VASCO
PARA LA UNESCO
UNESCO SUSTATZEKO
EUSKAL HERRIKO
ELKARTEA

© UN Etxea - Asociación del País Vasco para la UNESCO, 2025.
<https://unetxea.org/>

Autoría (en orden alfabético): Ainhoa Gómez García, Claudia Astorqui Peña, Daniel Felipe Barrera Aguilera, Eva Quiroga Vázquez, Laura-Line Verguts, Leire Sánchez Fernández, Lorea González-Sagarra, Lucía López García y Martxel Zamora Diaz.

Maquetación: Binari Comunicación

Esta publicación ha sido posible gracias a la colaboración con la Dirección de Derechos Humanos y Atención a Víctimas del Gobierno Vasco.



Esta obra está sujeta a la licencia Creative Commons.

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente esta obra bajo las siguientes condiciones: Debe reconocer la autoría de la obra. No puede utilizar esta obra para fines comerciales. No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.es>

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. BLOQUE 1:	
MARCO CONCEPTUAL	5
A. La salud mental desde una perspectiva de derechos	5
B. Un cambio de paradigma necesario: respuestas basadas en las personas, los derechos humanos y la comunidad	6
3. BLOQUE 2:	
REFLEXIONES E IMPACTO DESDE PERSPECTIVAS ESPECÍFICAS DE LA SALUD MENTAL	8
A. El impacto de las redes sociales	8
B. Perspectiva generacional de la salud mental	9
C. La salud mental desde un enfoque de género	9
D. Impacto en la juventud de los colectivos LGTBI+	11
E. Impacto del racismo y la xenofobia en la salud mental de la juventud	11
F. Impacto en las personas jóvenes con diversidad funcional	12
4. BLOQUE 3:	
BUENAS PRÁCTICAS Y PERSPECTIVA LOCAL	13
A. Proyecto e iniciativas desde la academia y la investigación universitaria	13
B. Servicios de atención psicológica y recursos de salud mental en las universidades vascas	14
5. CONCLUSIONES GENERALES	16
6. REFERENCIAS	17

1. INTRODUCCIÓN

Human Rights Training Programme es un programa formativo que pretende conectar a la juventud vasca con el corazón del sistema internacional de derechos humanos: el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

El programa, impulsado desde *UN Etxea-Asociación del País Vasco para la UNESCO* y en colaboración con la *Dirección de Derechos Humanos y Atención a Víctimas del Gobierno Vasco* nace con la convicción de que las personas jóvenes somos agentes clave para construir sociedades más justas, inclusivas y respetuosas.

En esta nueva edición del 2025, 8 personas jóvenes de Euskadi, acompañadas por la técnica de educación y la directora de UN Etxea, Eva Quiroga y Arantzazu Acha, así como por la directora de Derechos Humanos del Gobierno Vasco, Ainhoa Zugazti, hemos tenido la oportunidad de participar en el **60º periodo de sesiones Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en Ginebra (Suiza)**.

Esta experiencia permitió al grupo aprender, debatir y reflexionar en espacios donde se toman decisiones que impactan en todo el planeta. Más allá de la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos, el programa ofrece la oportunidad de comprender la fuerza transformadora de la acción colectiva y la incidencia internacional, combinando formación académica con participación directa en los mecanismos de Naciones Unidas.

Tras esta vivencia, el grupo se ha volcado en la elaboración del presente informe sobre **salud mental y juventud**, una temática que ocupará un lugar central en la agenda del Consejo en los próximos años y que responde a un llamado global para escuchar las voces jóvenes.

Este documento es fruto de ese compromiso: una contribución que refleja la mirada, las inquietudes y las propuestas de una generación que cree en los derechos humanos como base para un futuro mejor.



2. BLOQUE 1: MARCO CONCEPTUAL

A. LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS

Partiendo de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud —OMS— como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (Consejo de Derechos Humanos, 2020a), entender la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, implica reconocer que se trata de un estado relacional e interdependiente de bienestar y dignidad necesario para garantizar que todas las personas puedan desarrollar sus capacidades, afrontar las tensiones de la vida y participar plena y activamente en sus comunidades, tal como la define la OMS (2013) en su marco normativo. Es clave reconocer y legitimar que los acontecimientos que ocurren en el mundo actualmente generan un impacto emocional significativo. Respuestas emocionales que no son, necesariamente, problemas de salud mental, sino reacciones humanas frente a las injusticias, la violencia, la inseguridad y las distintas crisis que se viven cotidianamente a nivel global (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Este bienestar intersubjetivo no se define por la ausencia de afecciones de salud mental o discapacidades psicosociales, sino por la existencia de entornos sociales y comunitarios que permitan vivir una vida digna, sostenida por vínculos sociales significativos y relaciones no violentas, pacíficas y saludables que promuevan el pleno disfrute de los derechos humanos y posibilidades de desarrollo personal y social en igualdad de condiciones, como lo recoge la Resolución 43/13 del Consejo de Derechos Humanos (2020b).

Un enfoque de derechos humanos para la salud mental demanda, asimismo, defender que todas las personas poseen dignidad inherente, autonomía, capacidad jurídica y derecho a decidir y participar sobre su propia vida, incluidas aquellas con discapacidad psicosocial o que usan servicios de salud mental, incluso cuando requieren apoyos (Consejo de Derechos Humanos, 2019). Lo que conduce a rechazar cualquier tipo de práctica o intervención que vulnere la autonomía —como la coerción, institucionalización o medicalización excesiva— pues, desde esta mirada de la salud mental, constituyen violaciones de derechos humanos con impactos desproporcionados sobre las personas (Consejo de Derechos Humanos, 2020b).

Los problemas de salud mental no surgen del vacío ni se mantienen exclusivamente por factores individuales. Comprender la salud mental desde un enfoque integral implica reconocer que el bienestar psicológico depende tanto de las experiencias personales como del contexto en el que las personas viven y se desarrollan (Organización Mundial de la Salud, 2022). Así pues, la salud mental requiere concebirse como un fenómeno profundamente determinado por condiciones sociales, estructurales, económicas y políticas, tales como la pobreza, la desigualdad, la discriminación, el racismo, la violencia de género, la inseguridad económica, entre otras (Consejo de Derechos Humanos, 2019). Por ello, garantizarla requiere políticas multisectoriales que abarquen áreas vitales como la vivienda, la educación, el empleo digno, el acceso a la justicia, la protección social y la eliminación y prevención de todo tipo de violencias (Consejo de Derechos Humanos, 2025).

Por consiguiente, hablar de salud mental y derechos humanos es hablar también de interseccionalidad, reconociendo que distintas formas de discriminación —por género y orientación sexual, edad, capacidades diferenciales, etnicidad, migración o estatus socioeconómico— se superponen, produciendo afectaciones diferenciadas sobre el bienestar emocional, relacional y psicosocial; así como mayores barreras para acceder a apoyos y servicios de atención y acompañamiento adecuados (Consejo de Derechos Humanos, 2025).

Este marco para la salud mental exige que los Estados desarrollen sistemas comunitarios, accesibles, culturalmente pertinentes, basados en la recuperación y libres de coerción, centrados en las personas y en los apoyos entre pares y en el respeto a la autonomía, la capacidad de decisión y la inclusión en la comunidad (Consejo de Derechos Humanos, 2020a). Del mismo modo, el Plan de Acción Integral de la OMS 2013–2030 y el Plan de Acción España 2025–2027 sostienen que los sistemas de atención en salud mental deben orientarse hacia la comunidad, basarse en el enfoque de derechos humanos y prevenir prácticas coercitivas, promoviendo el protagonismo de las personas y la corresponsabilidad comunitaria (Organización Mundial de la Salud, 2013; Ministerio de Sanidad, 2024).

En definitiva, definir la salud mental desde la perspectiva de derechos humanos, es salvaguardar y revelar el nexo inquebrantable entre el bienestar mental, emocional, relacional y psicosocial con la justicia social, la igualdad y la libertad. Garantizarla exige, por tanto, transformar las estructuras sociales que producen sufrimiento, exclusión, discriminación, desigualdad y exclusión, e invertir sostenidamente en acciones inter y multisectoriales —no únicamente clínicas o farmacológicas— que permitan condiciones de vida dignas y autónomas para todas las personas (Consejo de Derechos Humanos, 2025).

B. UN CAMBIO DE PARADIGMA NECESARIO: RESPUESTAS BASADAS EN LAS PERSONAS, LOS DERECHOS HUMANOS Y LA COMUNIDAD

La salud mental suele ser percibida, exclusivamente, como un asunto personal e individual, lo que hace que los servicios de atención que se presten a las personas, con frecuencia, se centren predominantemente en el diagnóstico, la medicación y la reducción de síntomas. Esta perspectiva limita la comprensión de un fenómeno que, como se ha definido previamente, es mucho más amplio, complejo, sistémico y multifactorial; por lo que necesita de una mirada comunitaria y de una perspectiva interseccional en su comprensión y abordaje.

Así las cosas, la salud mental no puede reducirse a la ausencia de problemas de salud mental o discapacidades psicosociales, sino que depende de la presencia de condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que permitan una vida digna, con sentido de pertenencia, autónoma y participativa. El bienestar emocional, mental y psicosocial se hace posible en entornos donde se garanticen condiciones de protección social, vinculación no violenta y oportunidades equitativas y de vida comunitaria. Se necesita, entonces, un giro en los sistemas y modelos de intervención para lograr un desplazamiento del modelo individual-biomédico a hacia otros colectivos, comunitarios y multisectoriales que aborden la pobreza, la vivienda, la discriminación, la violencia y las múltiples desigualdades (Consejo de Derechos Humanos, 2019). No puede haber buena salud mental sin la realización conjunta de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, pues son universales, interdependientes, indivisibles y determinantes para el bienestar de todas las personas (Consejo de Derechos Humanos, 2025).

Las experiencias de malestar emocional, los problemas de salud mental y el acceso a derechos están mediados por múltiples ejes de desigualdad: género y violencia de género, raza y racismo estructural, discapacidad psicosocial, edad (niñez, vejez), pobreza, orientación sexual e identidad de género, migración y refugio, entre otros. La combinación de estos factores produce mayor exposición a violencias, medicalización excesiva y a intervenciones coercitivas, iatrogénicas y centradas en la institucionalización, por lo que la interseccionalidad es un requisito clave para considerar cualquier transformación en los paradigmas de atención en salud mental a nivel global (Consejo de Derechos Humano, 2020b).

Lo anterior, pasa por reconocer que los determinantes sociales, políticos y estructurales explican más las desigualdades en el acceso, goce y disfrute al derecho a la salud mental que las variables biológicas. Por tanto, se requieren políticas públicas no solo interseccionales, sino intersectoriales que no se queden en meras reformas sanitarias, sino que abarquen cuestiones como la vivienda, la justicia social, la educación y las condiciones dignas de trabajo. Puesto que hablar de bienestar emocional y psicosocial no es sinónimo de hablar de diagnósticos o categorizaciones aislantes e individualistas, es hablar sobre cómo atender la pobreza y exclusión social, la violencia estructural, la precariedad laboral, el racismo, las migraciones en su diversidad, la desigualdad de género, la falta de vivienda y educación dignas y los entornos comunitarios debilitados (Consejo de Derechos Humanos, 2025).

Siendo así, se hace central el trabajar en el desarrollo, implementación y fortalecimiento de paradigmas, sistemas y servicios de salud mental de base comunitaria, centrados en la recuperación, la autonomía, la inclusión social y el apoyo entre pares. Cuyos pilares se fundamenten en la reducción de la institucionalización, la eliminación de la coerción y violencia, la adaptación a los diferentes contextos culturales, la puesta en valor de los recursos locales y comunitarios y la respuesta a las necesidades reales de las personas, y no a diagnósticos (Consejo de Derechos Humanos, 2019).

Así mismo, como se adelantaba con anterioridad, la hegemonía del paradigma biomédico ha reducido la salud mental a una cuestión individual tratada con medicamentos, ignorando las causas estructurales y sociopolíticas del malestar emocional y los problemas de salud mental. Esto ha resultado en una medicalización excesiva, en la patologización de experiencias sociales y en el refuerzo de prácticas coercitivas. Un enfoque incompatible con el derecho a la salud mental porque no aborda sus determinantes sociales y reproduce desigualdades (Consejo de Derechos Humanos, 2019, 2020a, 2025).

De hecho, la OMS afirma que existe una retroalimentación negativa entre la pobreza y la enfermedad mental: las personas que viven bajo condición de pobreza están expuestas a circunstancias vitales caracterizadas por la adversidad y dificultades que, mantenidas en el tiempo, incrementan el riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Sin un sistema público de sanidad y de redistribución de la riqueza, estas problemáticas se profundizan y aumentan la exposición a situaciones de vulnerabilidad. En el caso de la población del Estado español, los datos muestran que, entre los años 2023 y 2024, una mayor proporción de personas recurrió al consumo de medicación para trastornos de ansiedad, concretamente el 11,7% de la población —15% en mujeres y 8,4% en hombres—, frente a un 7,1% que refería haber acudido a un especialista en psicología, psicoterapia o psiquiatría —8,5% de las mujeres y 5,7% de los hombres— (Ministerio de Sanidad, 2025).

Queda en evidencia, entonces, que las desigualdades sociales, económicas, de género, raza y clase están en la base de gran parte de los problemas de salud mental. Las intervenciones farmacológicas no abordan la raíz del malestar emocional y psicosocial cuando estos surgen de condiciones estructurales (Consejo de Derechos Humanos, 2019, 2025). Es necesario transformar y enriquecer el paradigma biomédico con enfoques comunitarios, integrales y basados en derechos humanos, impulsados por pares y organizaciones de usuarios/sobrevivientes (Consejo de Derechos Humanos, 2020a). Por ello, una respuesta integral debe incluir políticas en educación, vivienda digna, trabajo decente, protección social, justicia social y prevención de violencias y discriminación.

La combinación de este paradigma dominante, junto con las asimetrías de poder y el amplio uso de prácticas coercitivas hacen que no solo las personas con problemas de salud mental, sino el conjunto de la población, esté expuesta a sistemas obsoletos e ineficaces. Es prioritario que los Estados y profesionales de la salud mental reflexionen críticamente sobre este modelo y aúnen esfuerzos para dejar atrás los sistemas basados en la discriminación, la exclusión y la coacción.

La transformación de los sistemas de atención en salud mental reside en trasladar el poder y fomentar la participación de las personas con problemas de salud mental, incluidas las personas con discapacidad, tanto en el diseño como en la supervisión y evaluación de los servicios y políticas públicas como en la producción de conocimiento, como una forma de mejorar la calidad, la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios y el fortalecimiento de los sistemas de salud mental (Consejo de Derechos Humanos, 2025).

Es esencial reequilibrar el poder hacia los agentes locales para mitigar la aplicación inapropiada de ideas que no se ajustan a las necesidades particulares y situadas. De ahí que se tenga que trabajar en enfoques basados en los derechos humanos situados y aterrizados en entornos con diferentes niveles de recursos. Hay una marcada desigualdad entre los países del Norte y el Sur Global, lo que significa que la participación no se extiende necesariamente a las personas con discapacidad psicosocial que viven en países de ingresos bajos y medianos. Por tanto, el énfasis está en poder garantizar y promover la participación plena y efectiva, el liderazgo de movimientos de usuarios/sobrevivientes, el fortalecimiento de la sociedad civil, y el reconocimiento de saberes comunitarios y no occidentales (Consejo de Derechos Humanos, 2025).

En consecuencia, se vuelve prioritario que los Estados se comprometan en resolver un consenso fracturado: mientras crece el reconocimiento global de la importancia de la salud mental, persiste la inacción y el mantenimiento del statu quo, lo que perpetúa discriminación, coerción e injusticia. Se necesita con urgencia la vigilancia de derechos, el desarrollo de reformas legales, la inversión en alternativas comunitarias, la medición de las desigualdades y sus determinantes; así como la implementación de mecanismos de rendición de cuentas transparentes y participativos (Consejo de Derechos Humanos, 2020a, 2025). Los Estados deben garantizar el acceso a servicios de salud mental accesibles, culturalmente pertinentes y basados en evidencia, priorizando el apoyo psicosocial, comunitario y de pares. La sobredimensión del tratamiento farmacológico sin alternativas, vulnera la autonomía, la capacidad jurídica, el acceso a derechos y la dignidad (Consejo de Derechos Humanos, 2019).

Las políticas públicas de salud mental deben construirse con la participación plena, efectiva y significativa de personas con problemas de salud mental, discapacidad psicosocial, usuarios de los sistemas de atención y sobrevivientes. Una intervención integral necesita construirse desde el codiseño de servicios, la investigación liderada por usuarios, una evaluación participativa, y el reconocimiento de saberes comunitarios. Sin estos elementos, las políticas continuarán reproduciendo un sesgo biomédico y excluyente (Consejo de Derechos Humanos, 2020b, 2025).

Además, una atención en salud mental basada en los derechos humanos requiere ampliar las alternativas al tratamiento farmacológico con intervenciones psicosociales, apoyo de pares, abordajes centrados y sensibles al trauma, respuestas comunitarias, prácticas culturales locales y diálogo abierto. La intervención farmacológica es solo una opción más y no puede constituir el eje exclusivo, ni usarse de forma coercitiva. El uso de psicofármacos puede ser una herramienta, pero no puede constituir la respuesta principal ni única, porque la salud mental es inseparable de los determinantes sociales, los vínculos comunitarios, la justicia social y la eliminación de violencias interseccionales.

El enfoque integral y comunitario, no coercitivo y basado en derechos, es el único compatible con la dignidad humana. Este enfoque supera la lógica patológica y reconoce que la salud mental se construye colectivamente y de manera interseccional, intersectorial, comunitaria, culturalmente situada, centrada en la autonomía, respetuosa de la diversidad y orientada a la reducción de violencias y desigualdades.

3. BLOQUE 2:

REFLEXIONES E IMPACTO DESDE PERSPECTIVAS ESPECÍFICAS DE LA SALUD MENTAL

A. EL IMPACTO DE LAS REDES SOCIALES

El uso de las redes sociales no deja de crecer. Sin embargo, las redes sociales no son espacios neutros e influyen de forma directa en cómo las personas se comunican, se informan y participan en la vida pública (Ekman, 2019). También juegan un papel importante en la formación de opiniones y en la construcción de la identidad (Zhang, 2025), especialmente entre las y los jóvenes que todavía están descubriendo quiénes son y cómo quieren relacionarse con el mundo.

Muchas personas jóvenes se enfrentan a una necesidad constante de validación, fundamentada en la comparación incesante con vidas o cánones de belleza irreales e inalcanzables. Esta situación, explícita a través de los algoritmos, puede conducir a un sentimiento de desesperanza y desmotivación que debilita la autoestima. El flujo constante de información, la necesidad de respuestas inmediatas, y el hoy conocido como *FOMO*, (miedo a perderse algo), incrementan los niveles de ansiedad y se traducen muchas veces en una sensación de aislamiento y desconexión con el mundo real.

Las redes sociales se presentan como un fenómeno profundo y complejo que impacta en la salud mental de las y los jóvenes. Actúan primordialmente como agentes amplificadores de problemas emocionales preexistentes (iniciativa Kristalezkoak, Euskadiko Gazteriarren Kontseilua, 2025). A este contexto se suma que los algoritmos de las redes sociales están diseñados con una lógica orientada al beneficio, por lo que buscan mantener a las personas el mayor tiempo posible interactuando en la plataforma (Velasco, 2025). En la práctica, esto significa que se prioriza aquel contenido que genera más atención e interacción, muchas veces por encima del bienestar de las personas.

Los mensajes emocionales y negativos reciben más interacción (Del Vicario, 2019; Antypas, 2023; Zhang, 2025) contribuyendo a discursos de odio, como el racismo, el sexismo o la discriminación hacia personas LGBTIQ+, entre otros: un fenómeno que sigue creciendo. Además, la creciente presencia de la Inteligencia Artificial complica aún más este panorama, ya que permite producir desinformación altamente convincente y tiende a reforzar patrones existentes de sesgo y discriminación (FRA, 2024; 2025). La IA es capaz de introducir, mantener y agravar sesgos al fragmentar la realidad mediante la clasificación estadística y la individualización, contribuyendo así a un entorno digital más polarizado y a la creación de un caldo de cultivo para el malestar psicológico (Coeckelbergh, 2021).

A todo esto se suma que las normas que rigen las redes digitales no son las mismas que las que operan en la vida fuera de línea. En estos entornos, las normas sociales tienen un peso mucho menor, ya que las plataformas digitales generan un sentimiento de desindividuación. Del mismo modo, las normas legales también pierden fuerza en las redes sociales, donde se evidencia una gestión deficiente por parte de las plataformas, así como de los actores e instituciones públicas (Keum & Miller, 2018). La regulación de estos espacios resulta especialmente compleja debido, entre otros factores, a la necesidad de equilibrar el derecho a la libertad de expresión con el derecho a la no discriminación.



B. PERSPECTIVA GENERACIONAL DE LA SALUD MENTAL

La perspectiva generacional permite comprender la diversidad de condiciones de vida de cada generación, sus percepciones y ejercicio de sus derechos, según el contexto histórico, social, económico y tecnológico en el que nacen y crecen. Cada generación enfrenta estresores distintos, así como percepciones con respecto a la salud mental.

Los contextos de las relaciones humanas están protegidos por los derechos humanos, cuya violación tiene un efecto negativo en la cohesión social. En función de cada etapa vital, las personas tienen necesidades diferentes y afrontan retos de diferente complejidad, que varían en función de cada contexto.

Actualmente existe una brecha entre las generaciones actuales y pasadas que refleja un cambio generacional en lo que respecta a la percepción de la salud mental. Por un lado, resulta favorable que las generaciones actuales aborden con mayor libertad la salud mental y el malestar emocional, promovido por factores tanto individuales como estructurales. Por otro lado, existe una incompreensión y desconexión por parte de generaciones anteriores (Checa, et al, 2024, 30-31)

Como buena práctica se ha resaltado la importancia de evitar la victimización de la juventud e invertir en campañas, políticas y proyectos sociales que permitan sensibilizar, prevenir y normalizar la salud mental. Resulta clave poner el foco en reducir etiquetas como la conocida “generación de cristal” y eliminar la carga de culpabilidad y vulnerabilidad que sienten los jóvenes por mostrar malestar. Por último, es importante que estas iniciativas se realicen a nivel colectivo y no solo individual, para visibilizar esta problemática y demandar más recursos accesibles (Gómez, et al, 2024).

Si bien las distintas etapas presentan situaciones diferenciadas en cuestiones de salud mental, estas se desarrollan dentro de contextos históricos y sociales específicos. Como afirma la Resolución A/HCR/41/34 del Consejo de Derechos Humanos (Consejo de Derechos Humanos, 2019) “Los traumas sociales, como el racismo sistémico, los conflictos violentos y los desplazamientos, pueden ocasionar daños a las comunidades durante generaciones” (Consejo de Derechos Humanos, 2019), dando lugar a un trauma intergeneracional.

Los acontecimientos traumáticos, específicamente aquellos relacionados con graves violaciones de derechos humanos como guerras, dictaduras y genocidios, inciden sobre aquellas personas que ven su vida afectada de forma directa. Este fue el caso de la Guerra Civil Española y la dictadura franquista. El trauma causado por estos acontecimientos es transmitido frecuentemente a sucesivas generaciones, ya sea de manera consciente o inconsciente (Armañanzas, 2012). En el caso español, el silencio y la negación de la memoria histórica ha sido el medio a través del cual el trauma se ha transmitido entre generaciones. Ha llegado a la generación de nietos/as y bisnietos/as (tercera y cuarta generación), quienes están siendo protagonistas en la realización del duelo mediante las acciones de exhumaciones de fosas comunes, entre otras (Armañanzas, 2012).

Así, la recuperación de la memoria histórica es un elemento necesario para la salud mental colectiva de las sociedades que han permitido y amparado la violencia (Gaborit, 2006). Aquellas asociaciones que trabajan por su recuperación vienen a cerrar heridas que han permanecido abiertas y han causado ruptura social, y que, al mismo tiempo, han sido transmitidas de generación en generación prolongando dolor y profundizando el odio. La recuperación de la memoria posibilita una reconciliación y un empoderamiento social que refuerza el cumplimiento de los derechos fundamentales de las víctimas, sus familiares y de la sociedad en su conjunto (Gaborit, 2006).

C. LA SALUD MENTAL DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO

El género, aunque abordado más a fondo en este apartado, conforma un factor transversal de todo el documento. No podía ser de otra manera al abordar la temática de Derechos Humanos, pues desde su origen la propia Carta de Naciones Unidas recoge la igualdad entre hombres y mujeres y la no discriminación como pilares fundamentales (Preámbulo Carta de las Naciones Unidas, 1945).

Según el enfoque de la interseccionalidad estudiado por Patricia Hill Collins y conocido como el famoso binomio privilegio/opresión, el género se identifica con uno de los ejes de desigualdad en sí mismo (Collins, 2000). En cuanto a la salud mental, la variable de género refleja de nuevo esta realidad.

De los resultados de la Encuesta Europea de Salud en España más reciente se desprende una mayor incidencia de trastornos mentales en mujeres que en hombres. (Instituto Nacional de Estadística & Ministerio de Sanidad,

Consumo y Bienestar Social, 2021). Atendiendo a esta realidad, en este trabajo colaborativo se ha decidido incidir en dos temáticas principales relacionadas con género: la vinculación entre violencia de género y salud mental; y la conexión de esta última con la carga de cuidados asignados social e históricamente a la mujer.

La relación entre salud mental y violencia de género se sustenta recíprocamente: a mayor malestar psicológico, la probabilidad de ser víctima de violencia de género aumenta; y al ser víctima de violencia de género, se produce un mayor deterioro de la salud mental. Como consecuencia de esta sucesión, el estado de vulnerabilidad de estas mujeres se refuerza, más si son jóvenes, y muchas se aíslan y apartan cada vez más de una red de apoyos que genera lo que algunos autores han definido como un “ciclo destructivo difícil de romper” (Pastor y Ruiz, 2024, 27).

Por un lado, según un estudio realizado en España con pacientes que padecen trastorno mental grave, se afirma que existe un riesgo mucho mayor de sufrir violencia por parte de la pareja en aquellos casos en los que se padece una enfermedad mental. La probabilidad se incrementa entre dos y cuatro veces. Además, aunque la violencia física y sexual alcanzan datos muy preocupantes, el tipo de maltrato más común es el psicológico (FEDEAFES, 2017, 6).

Por otro lado, existe un riesgo mucho mayor de sufrir problemas de salud mental en mujeres víctimas de violencia de género. La violencia psicológica se presenta como un instrumento más para ejercer ese abuso, de nuevo muy determinante en personas jóvenes al ser un perfil más vulnerable.

Casi el 21% de las mujeres residentes en España de 16 o más años han sido víctima de violencia psicológica emocional por parte de su pareja (4.454.473 mujeres). (Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024, 3). El 95,6% que han sufrido violencia física y/o sexual de una pareja actual o anterior, también han vivido algún tipo de violencia económica o psicológica. (Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024, 4).

Más preocupante es aún la siguiente cifra, que refleja que es 6 veces mayor la posibilidad de tentativa de suicidio entre aquellas mujeres que han sufrido violencia en la pareja que las que no. Pasa a ser 11 veces mayor cuando la violencia ha sido física o sexual. (Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024, 10). Cabe detenerse de nuevo en las mujeres jóvenes como perfil vulnerable y especialmente teniendo en cuenta el contexto actual, en el que los suicidios en adolescentes han sufrido una escalada alarmante.

Por último, se aborda la conexión entre salud mental y la carga de cuidados de las mujeres. En España y aunque en este perfil se incluyan tanto mujeres jóvenes como adultas, el 78% de las madres se sienten sobrecargadas y el 57% reporta sufrir algún tipo de problema de salud mental, prevaleciendo la ansiedad. Si se compara con el resto de los países europeos, las cifras son altas. A día de hoy, los motivos principales detrás de estos datos son el arraigo histórico de una concepción que sigue asignando socialmente y en gran medida los cuidados y tareas domésticas a las mujeres; la falta de flexibilidad académica o laboral y la falta de políticas públicas que remen en esta dirección apoyando a mujeres de todas las edades (Make Mothers Matter, 2024).

Las costumbres sociales e históricas han permanecido enraizadas en la sociedad española, y si bien la población y las nuevas generaciones se encuentran mucho más sensibilizadas, la realidad es que se sigue manteniendo a la mujer como referente en las tareas de cuidados familiares y del hogar. En Europa, España destaca como uno de los países que mayor arraigo mantiene en este sentido, junto con Italia y Polonia. (Eurofund, 2025, 30).

Esta problemática que muchas veces es silenciada se deja ver con claridad en contextos críticos o de crisis, donde nada puede taparla. Como ejemplo local, analizando en detenimiento el contexto post emergencia de la Dana en Valencia, sale a la luz la sobrecarga que supone a las mujeres el cumplir con el rol de “cuidadoras” que la sociedad les sigue imponiendo. Las mujeres se hacían cargo no solo del cuidado emocional familiar tras la pérdida y la catástrofe, sino que veían aumentadas las tareas de cuidados diarios del hogar. Todo ello deriva en problemas de salud mental que se han reflejado en los servicios de atención psicológica brindados. El perfil de personas atendidas era mayoritariamente mujeres (71% del total de los usuarios asistidos), predominando el rango de edad entre 35-65 años. En este contexto, Médicos del Mundo destacó la importancia de tener en cuenta el enfoque de género y alertó acerca de la carga de cuidados que se les viene encima a las mujeres en situaciones de catástrofe. A su vez, denunció la importancia de preguntarse “quién cuida a las que cuidan”. (Médicos del Mundo, 2025).

Si bien las cargas de cuidados se atribuyen habitualmente a las mujeres adultas, las mujeres jóvenes también lo sufren, siguiendo con la dinámica que ven en sus hogares. En contextos de emergencia esto se acentúa aún más dadas las exigencias y las necesidades que sobrepasan la carga común. Las mujeres jóvenes pasan a ser el segundo eslabón en esta cadena de cuidados. Este rol de género “asumido” y arraigado en nuestra sociedad hace que muchas no alcen la voz y puedan sentirse incomprendidas. Frente a lo que han visto en su infancia, algunas no sienten como justo quejarse ante excesos de tareas o responsabilidades y asumen la carga física y psicológica de tener que llegar a todo. Todo ello provoca un declive del bienestar emocional desde la juventud.

D. IMPACTO EN LA JUVENTUD DE LOS COLECTIVOS LGTBI+

Ser parte del colectivo LGTBIQ+ se presenta como un factor que influye de manera significativa en la salud mental de la juventud, sin cuestionar la identidad en sí misma, sino las condiciones estructurales y sociales que rodean a estas personas. Tras analizar dimensiones que afectan al bienestar juvenil tales como la perspectiva generacional o las desigualdades de género, resulta vital incorporar esta mirada. La experiencia vital de personas que forman parte del colectivo atraviesa formas de violencia, estigma y exclusión, que afectan directamente a la salud mental de los mismos.

Meyer (2003) señala que la salud mental de los jóvenes del colectivo no puede entenderse sin considerar el modelo del estrés de minoría, que describe el impacto psicológico del estigma social y la discriminación. En este sentido, el estrés se caracteriza por ser único, crónico y socialmente inducido. Según el autor, existen dos categorías de factores estresantes, el estrés distal y el proximal. El estrés distal se debe a cuestiones ajenas y externas a la propia persona, por ejemplo el rechazo social generalizado o la exclusión por parte de las instituciones. Por su parte, el estrés proximal son los procesos psicológicos a los que se enfrenta internamente la persona como respuesta a la hostilidad exterior, la ansiedad a ser rechazado o discriminado, y la asimilación de los prejuicios. La doble dimensión estructural del estrés permite explicar cómo la marginación sistémica se traduce en un profundo malestar psicológico, no como debilidad individual, sino como consecuencia directa del entorno adverso que rodea a la juventud del colectivo.

Datos recientes de la Unión Europea corroboran y refuerzan esta preocupante situación. Una tercera parte de las personas del colectivo tuvo pensamientos suicidas en 2024, tal y como indica el informe del FRA(2024). Es más, entre mujeres trans (59%), hombres trans (60%) y jóvenes de entre 15 y 17 años, un 30% señaló haber pensado o planteado la idea de suicidio a menudo o siempre. Los reportes de situaciones de violencia también tienen consecuencias negativas para la salud de los jóvenes, el 63% de aquellos que sufrieron agresiones de carácter físico o sexual reportaron tiempo después signos de ansiedad o depresión. La Agencia de la Unión Europea de los Derechos Fundamentales también apunta en su informe que el 24% de las personas del colectivo han experimentado en algún momento, y sobre todo las personas trans, prácticas de conversión.

Todo ello pone de manifiesto que la vulnerabilidad en la salud mental no es inherente e inseparable de la identidad de las personas LGTBIQ+, sino que es la causa directa de factores exógenos y de estructuras sociales excluyentes. Las cifras revelan la cruda realidad que en muchos casos las instituciones no quieren afrontar, los sistemas de educación y salud, así como la ciudadanía en su conjunto siguen reproduciendo estigmas. La violencia motivada por el prejuicio deriva en situaciones persistentes de acoso, que con frecuencia se traslada al entorno digital, demostrando que las políticas en la actualidad no son suficientes a la hora de garantizar de manera efectiva los derechos y el bienestar de la juventud.

E. IMPACTO DEL RACISMO Y LA XENOFobia EN LA SALUD MENTAL DE LA JUVENTUD

En esta misma línea, resulta clave destacar el impacto que el racismo, la xenofobia y las diversas formas de exclusión social ejercen sobre la salud mental, tanto a nivel individual como comunitario, incidiendo así de manera directa en el bienestar juvenil. De acuerdo con el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, la xenofobia y la intolerancia generan entornos emocionales y psicosociales hostiles que deterioran la calidad de las relaciones humanas, además de fomentar dinámicas sociales basadas en la desconfianza y el desprecio (Consejo de Derechos Humanos, 2019).

Precisamente, el racismo debe entenderse como una forma de violencia estructural basada en relaciones de poder desiguales que afectan de manera directa a la juventud. La exposición continuada al racismo produce un estrés racial persistente, con efectos negativos en la salud mental, como insomnio, ansiedad, depresión, e incluso estrés postraumático. En este marco, se distingue entre el estrés racial, asociados a la vivencia cotidiana de la discriminación, y el trauma racial, vinculado a experiencias especialmente dañinas o profundamente desestabilizadoras (Euskadiko Gazteriaren Kontseilua, 2025).

En los procesos migratorios, estas dinámicas adquieren una intensidad particular en la experiencia juvenil. La retórica xenófoba dirigida hacia las personas que se desplazan a los países de acogida pone de relieve la existencia de jerarquías sociales y relaciones de poder desiguales que impactan directamente en la vida de la juventud migrante. En muchos casos, la xenofobia y la intolerancia condicionan directamente el acceso a servicios de promoción de la salud, incluidos recursos de reducción de daños y servicios comunitarios no medicalizados, así como los derechos fundamentales como la educación, la vivienda y el empleo (Consejo de Derechos Humanos, 2019). Estas barreras estructurales limitan las oportunidades de emancipación y desarrollo vital de las personas jóvenes, y pueden traducirse en vulneraciones del derecho a la salud.

Asimismo, es fundamental diferenciar entre los resultados emocionales asociados al propio proceso migratorio y aquellos derivados de la experiencia del racismo, especialmente en la juventud. Por un lado, migrar implica atravesar un proceso de adaptación complejo que, en edades tempranas, suele vivirse con una mayor sensación de incertidumbre y desarraigo. La ruptura de redes sociales, la necesidad de integrarse en nuevos entornos educativos y sociales, y la presión por adaptarse rápidamente pueden generar estrés, tristeza y otros malestares emocionales. A ello se le suman las dificultades administrativas, como el empadronamiento, la homologación de estudios o la regularización de la situación administrativa, que afectan de forma directa a las trayectorias educativas y laborales de las personas jóvenes (Euskadiko Gazteriaren Kontseilua, 2025).

Por otro lado, el racismo constituye una forma específica de violencia social que se expresa a través de la exclusión, la estigmatización y el trato desigual (Euskadiko Gazteriaren Kontseilua, 2025). Estas experiencias suelen provocar ansiedad, miedo, ira y una disminución de la autoestima, interfiriendo así en los procesos de construcción de identidad y pertenencia propios de la etapa de juventud. Aún más, el racismo no afecta únicamente a jóvenes migrantes, sino también a jóvenes racializados no migrantes, incluidas 'segundas y terceras generaciones'.

Desde una perspectiva estructural, la salud mental de la juventud también está estrechamente vinculada a los modelos de gobernanza y al grado de participación social. El empoderamiento político y el fortalecimiento de la sociedad civil favorecen la implicación activa de las personas jóvenes en la identificación de problemas y en la construcción de soluciones colectivas, lo que constituye un elemento central para la promoción de la salud mental y el bienestar comunitario (Consejo de Derechos Humanos, 2019)

F. IMPACTO EN LAS PERSONAS JÓVENES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

Al abordar la salud mental desde un enfoque de derechos humanos, es crucial comenzar por el lenguaje. En este análisis, hemos optado por utilizar el término *diversidad funcional* por considerarlo el que mejor reconoce y engloba las diferentes condiciones que se abordan en este apartado (incluyendo las físicas, sensoriales y neurodivergentes), alineándose con el modelo social que guía nuestra investigación. Desde esta perspectiva, la diversidad funcional se entiende como el resultado de la interacción entre las personas y las barreras del entorno que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad (OMS y Banco Mundial, 2011). Ejemplos de estas barreras son la discriminación, el estigma y la exclusión, que centran nuestra atención en las restricciones externas y no en la condición médica.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) establece el marco de acción, reconociendo la igualdad de derechos. No obstante, sus necesidades de apoyo son distintas. Adoptar un enfoque de derechos en Euskadi significa garantizar una respuesta inclusiva, accesible y no discriminatoria, priorizando el empoderamiento y la participación juvenil.

La vulnerabilidad de la juventud con diversidad funcional se agrava por el fallo sistémico y la violación de Derechos Humanos dentro de las propias instituciones. La mayoría de los sistemas, al centrarse en el diagnóstico y la medicación, descuidan los determinantes sociales (pobreza, discriminación, violencia) que son fundamentales para el bienestar psicológico (OMS y OACDH, 2024). Como ejemplo, la falta de accesibilidad en entornos básicos como el sanitario y la discriminación estructural en el empleo generan exclusión masiva para las personas con diversidad funcional, vulnerando su salud mental y bienestar emocional.

La vida en un entorno inadaptado y estigmatizado tiene un efecto corrosivo en la salud mental. La vulnerabilidad psicológica no reside en la condición, sino en la falta de accesibilidad universal (física, cognitiva y sensorial) y en las barreras actitudinales (OMS y OACDH, 2024). Esto se traduce en:

- > Estrés Crónico por Discriminación: la exposición al estigma, a la discriminación y a la exclusión social funciona como un estrés de minoría (similar al analizado en el apartado LGTBIQ+), generando altos niveles de ansiedad, depresión y fatiga crónica.
- > Aislamiento y Desesperanza: la falta de apoyo y las dificultades para participar plenamente en la vida pública y social provocan un aislamiento que atenta contra el bienestar emocional y la autoestima. (OMS y Banco Mundial, 2011)
- > Brechas en la Atención: Estas personas enfrentan mayores dificultades para acceder a servicios de salud mental que son, a menudo, inaccesibles o desconocedores de sus necesidades específicas (OMS y OACDH, 2024).

En definitiva, es el entorno excluyente lo que impone una carga psicológica adicional a la juventud con diversidad funcional, perpetuando un estado de vulnerabilidad que impacta profundamente en su derecho a la salud y al bienestar.

4. BLOQUE 3: BUENAS PRÁCTICAS Y PERSPECTIVA LOCAL

A. PROYECTO E INICIATIVAS DESDE LA ACADEMIA Y LA INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA

Partiendo de los proyectos de investigación: *Conciliación laboral/familiar y su impacto en la parentalidad: Factores de riesgo y de protección en las familias actuales* (2021) y *Parentalidad y Adolescencia: fragilidad y resiliencia* (2024) desarrollados por el grupo de investigación Deusto Family Psych de la Universidad de Deusto, se ha identificado que los principales retos de salud mental que enfrentan los jóvenes en Euskadi tienen que ver con 5 factores predominantes. En primer lugar, el aumento del malestar psicológico y emocional representado en mayores niveles de ansiedad, síntomas depresivos y dificultades para regular y gestionar sus emociones. Esto se vincula, especialmente, con el impacto de las tensiones familiares en su estado emocional, de la conciliación familiar deficitaria y los cambios sociales acelerados del mundo líquido actual, que se vive como incierto e impredecible. Los niveles de malestar son mayores y hay más probabilidades de implicarse en conductas de riesgo cuando se perciben más dificultades de conciliación con la familia.

En segundo lugar, la soledad no deseada, que aparece como un fenómeno creciente entre adolescentes y jóvenes, afectando a más de la mitad de ellos. Este sentimiento suele dificultar el desarrollo de vínculos seguros y habilidades socioemocionales y relacionales. Suele aparecer cuando se enfrentan situaciones nuevas, se pierden amistades o se viven situaciones de exclusión o discriminación. Todas experiencias que generan dolor y sufrimiento emocional. De hecho, el 59,3% de la juventud española de entre 15 y 29 años reconoce padecer problemas de salud mental (IV Barómetro Juvenil, 2023, como se cita en Deusto Family Psych, 2024). Dentro de estos problemas, la soledad no deseada en la juventud ha emergido como un nuevo fenómeno que antes solo se atribuía a las personas de la tercera edad. Así, aproximadamente el 69% de las personas jóvenes y adolescentes han reportado sentirse solas en algún momento de su vida. Es más, una de cada cuatro sufre soledad no deseada actualmente. Este fenómeno no es temporal ni transitorio, ya que casi la mitad de los jóvenes españoles llevan sintiéndose solos por más de tres años —45,7%—. Adicionalmente, la soledad en la juventud es diversa y variada, mostrando diferencias significativas según los perfiles de los jóvenes; siendo más común entre las mujeres que entre los hombres: aproximadamente el 31,1% de las mujeres jóvenes se sienten solas, en comparación con el 20,2% de los hombres jóvenes (Observatorio Estatal de Soledad no Deseada, 2024, como se cita por Deusto Family Psych, 2025).



En tercer lugar, las dificultades de regulación emocional y el impacto de las mismas en su identidad, pues los jóvenes se enfrentan a un contexto social incierto e inestable que impacta su identidad y su sentido de vida. Muchos presentan baja autodeterminación, escaso sentimiento de eficacia, falta de metas vitales claras y dificultades para dar sentido a su vida, aspectos que afectan directamente a su bienestar existencial, emocional y psicosocial (Deusto Family Psych, 2024). Lo anterior es fundamental ya que factores como la globalización, la tecnología y los cambios sociales impactan directamente en la percepción de los jóvenes sobre su identidad, su lugar en el mundo y su relación con los demás. Se trata de un momento crítico para la construcción de la identidad y la búsqueda de sentido de vida (Arnett, 2000, como se cita en Deusto Family Psych, 2024).

En cuarto lugar, las conductas de riesgo, como respuesta a la desregulación emocional, la falta de conciliación en la familia, la baja resiliencia familiar o la ausencia de rutinas o apoyos sociales y familiares. Lo que se une al quinto reto, el cual se relaciona con el impacto del agotamiento parental —burnout— en el bienestar emocional y existencial. Agotamiento derivado de dificultades laborales y familiares, y que desencadena en una menor implicación emocional, menos supervisión y un clima familiar y relacional más estresante, lo que afecta directamente a la salud mental de los hijos e hijas en todas las etapas evolutivas (Deusto Family Psych, 2024).

Ahora bien, estos retos de salud mental descritos tienen efectos directos sobre varios derechos fundamentales de los jóvenes y los estándares internacionales de bienestar. En lo que respecta al derecho al bienestar integral, resaltando la salud mental como pilar central de este bienestar, el incremento del malestar psicológico, la ansiedad, la depresión y la sensación de soledad no deseada dificultan el goce pleno del derecho a la salud y al bienestar emocional, ya que los jóvenes carecen de las condiciones necesarias —familiares y sociales— para un desarrollo psicológico adecuado. De hecho, desde un punto de vista sistémico, la mala conciliación familiar y laboral y los altos niveles de estrés interfieren en el bienestar psicológico de todos los miembros de la familia (Deusto Family Psych, 2021).

A esto se suma el derecho a un entorno familiar adecuado y protector, pues la parentalidad positiva es un elemento clave para la garantía del derecho al buen trato. Cuando los progenitores están sobrecargados, estresados o emocionalmente ausentes, disminuye su capacidad de protección, supervisión y apoyo emocional, vulnerando el derecho de los jóvenes a vivir en un entorno seguro. De ahí que el burnout parental afecte negativamente a la implicación y sensibilidad parental, reduciendo la calidad protectora y segurizante del entorno familiar (Deusto Family Psych, 2021).

También es importante hablar del derecho a la participación, autonomía y desarrollo personal. Los extremos de, o bien la falta de apoyo emocional o la sobreprotección parental, afectan el derecho a la autonomía progresiva, ya que limitan la capacidad de los jóvenes para tomar decisiones, desarrollar habilidades y construir un sentido de vida propio. Por cierto, la garantía de este derecho constituye un factor protector ante el malestar de la juventud, ya que las habilidades de autodeterminación, la capacidad de tomar decisiones, de establecer metas personales y de resolver problemas, son esenciales para el bienestar de los jóvenes. Son elementos primordiales para encontrar un propósito y sentido en la vida. Por consiguiente, un equilibrio adecuado entre la orientación y la autonomía favorece el desarrollo de habilidades de autodeterminación; lo que añadido al apoyo emocional, tanto familiar como social, impacta positivamente en su bienestar (Deusto Family Psych, 2024).

En lo que respecta al derecho a la educación y a la igualdad de oportunidades. Hay que mencionar que los problemas de salud mental en la juventud pueden afectar o limitar el acceso a la educación o el adecuado rendimiento académico, así como la participación en otras actividades formativas o educativas. Además, la desigualdad en recursos de conciliación afecta más a familias monoparentales o con menos recursos, ampliando las brechas en el goce del derecho a la igualdad y al desarrollo pleno del potencial juvenil (Deusto Family Psych, 2021, 2024).

Por último, es importante mencionar a la luz de estas investigaciones, el impacto en el derecho a la protección frente a riesgos y conductas perjudiciales. La evidencia muestra que los problemas familiares y la falta de resiliencia aumentan la probabilidad de aparición de conductas de riesgo, del consumo de sustancias psicoactivas y de síntomas emocionales y/o problemas de conducta. Esto implica una afectación del derecho a la protección frente a situaciones dañinas para la integridad física y emocional de la juventud (Deusto Family Psych, 2021).

En resumen, estos estudios resaltan que unos de los principales retos de salud mental para los jóvenes en Euskadi están relacionados con el afrontamiento de su malestar emocional, de sentimientos de soledad no deseada, de la falta de sentido vital y de la aparición de conductas de riesgo. Lo que se ve agravado por el impacto del estrés y burnout parental presente en sus entornos familiares y sociales, cuando se hacen menos protectores. Todo esto repercute en que el goce o disfrute de sus derechos al bienestar integral, a un entorno seguro y afectivo, a la autonomía y participación, a la igualdad de oportunidades y a la protección.

B. SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y RECURSOS DE SALUD MENTAL EN LAS UNIVERSIDADES VASCAS

La atención a la salud mental del estudiantado universitario se encuentra recogida en el marco normativo estatal. El artículo 43.5 de la Ley Orgánica del Sistema Universitario (LOSU) establece que las universidades, en colaboración con las comunidades autónomas, deben ofrecer servicios gratuitos de orientación psicopedagógica, así como actuaciones de prevención y fomento del bienestar emocional dirigidas a su comunidad universitaria, prestando especial atención al estudiantado (Ley Orgánica 2/2023).

Desde el ámbito de la representación estudiantil universitaria, la Coordinadora de Representantes de Estudiantes de Universidades Públicas (CREUP) señala una serie de requisitos que deberían cumplir los servicios universitarios de atención a la salud mental. Entre estos se destaca en la necesidad de contar con un ratio adecuado de profesionales, que no supere 1 profesional por cada 1000 estudiantes, así como el desarrollo de actividades orientadas a la promoción del bienestar sociocomunitario y la oferta de talleres específicos para la gestión del tiempo y del estrés académico, entre otras medidas (CREUP, 2024).

En el caso de Euskadi, las universidades han desarrollado distintos recursos de atención psicológica dirigidos al estudiantado. La Euskal Herriko Unibertsitatea (EHU) cuenta con un Servicio de Atención Psicológica (SAP/APZ) que ofrece atención presencial, online y bimodal. Según datos del curso 2024-2025, el servicio está compuesto por 3 psicólogas clínicas o generales sanitarias que atienden a los tres campus de la universidad y a una comunidad estudiantil de aproximadamente 45.000 personas. La atención individual contempla un máximo de entre 8 a 10 sesiones, y se complementa con una oferta de talleres centrados en la gestión del estrés académico, el mindfulness y la inteligencia emocional. Asimismo, desde la universidad se impulsan campañas de sensibilización en fechas relevantes, como el Día Mundial de la Salud Mental (EHU, s.f.).

En la Universidad de Deusto, dentro del Servicio de Orientación Universitaria, se ofrece atención psicológica gratuita dirigida al estudiantado (Universidad de Deusto, s.f.a). Asimismo, la universidad dispone de la unidad Deusto Psych que, entre sus líneas de trabajo, ofrece asistencia clínica no solo a miembros de la comunidad universitaria, sino también a personas externas a la institución (Universidad de Deusto, s.f.b). No obstante, no se dispone de información pública sobre el número de profesionales que integran estos servicios ni sobre la existencia de talleres específicos dirigidos al estudiantado.

Por otro lado, Mondragón Unibertsitatea cuenta con un Servicio de Atención Psicológica (APZ) que ofrece atención individual y gratuita tanto al estudiantado como al personal trabajador. El servicio es prestado por profesionales, pero no se especifica el número de personas que lo conforman. La atención psicológica individual contempla un total de 10 sesiones, y se complementa con talleres y experiencias orientadas al desarrollo saludable (Mondragon Unibertsitatea, s.f.).

En resumen, la existencia de estos servicios refleja un avance en la incorporación de la salud mental como un elemento relevante del bienestar del estudiantado universitario vasco. No obstante, la escasa disponibilidad de datos públicos sobre la dotación de personal y la capacidad de atención de algunos servicios destaca la necesidad de seguir reforzando estos recursos, con el fin de garantizar una atención accesible, de calidad y acorde con las necesidades reales del estudiantado.



5. CONCLUSIONES GENERALES

La salud mental de las personas jóvenes no puede abordarse únicamente desde una perspectiva clínica; requiere un enfoque integral basado en derechos humanos, que considere los determinantes sociales, económicos y culturales. Las desigualdades estructurales, la violencia, la discriminación y la falta de recursos accesibles son factores que profundizan el malestar emocional y limitan el ejercicio pleno de derechos.

El análisis de impactos específicos muestra cómo factores como el uso intensivo de redes sociales, la presión por la validación digital y la exposición a discursos de odio afectan gravemente la salud mental de la juventud. A ello se suman las brechas generacionales, que evidencian la necesidad de normalizar el cuidado emocional y eliminar estigmas como la “generación de cristal”. El enfoque de género revela la relación directa entre violencia machista, sobrecarga de cuidados y deterioro psicológico, mientras que la situación de las personas jóvenes LGTBI+ confirma que la discriminación y el estigma son causas estructurales del malestar. Del mismo modo, el racismo y la xenofobia generan entornos hostiles que vulneran derechos y profundizan el malestar psicológico y la exclusión social; así como la falta de accesibilidad y oportunidades para la juventud con diversidad funcional incrementa la carga emocional y limita su participación plena.

Desde la perspectiva local, los estudios universitarios evidencian retos como la soledad no deseada, la falta de sentido vital y el impacto del burnout parental, que afectan derechos fundamentales como la educación, la autonomía y la protección frente a riesgos. Aunque existen servicios de atención psicológica en las universidades vascas, persisten carencias en recursos y accesibilidad, lo que exige reforzar estos mecanismos.

En este contexto, las iniciativas sociales y los proyectos de apoyo comunitario desempeñan un papel esencial para fortalecer capacidades y ampliar oportunidades, siempre que estén respaldados por transformaciones profundas tanto a nivel administrativo como social. Es imprescindible avanzar hacia políticas públicas intersectoriales, servicios inclusivos y espacios participativos que reconozcan la voz de la juventud y promuevan su autonomía.

En definitiva, garantizar la salud mental juvenil es garantizar dignidad, igualdad y justicia social. Este informe es una invitación a seguir construyendo entornos seguros, accesibles y libres de violencia, donde las personas jóvenes puedan desarrollarse plenamente y contribuir a sociedades más justas e inclusivas.



6. REFERENCIAS

- Ararteko. (2017). Diagnóstico de accesibilidad en los hospitales de la CAPV para las personas con discapacidad (Informe extraordinario). Ararteko.
- Antypas, D., Preece, A., & Camacho-Collados, J. (2023). Negativity spreads faster: A large-scale multilingual Twitter analysis on the role of sentiment in political communication (arXiv:2202.00396v3). arXiv. <https://arxiv.org/abs/2202.00396>
- Armañanzas Ros, G. (2012). Elaboración transgeneracional del trauma: Guerra Civil Española. *Norte de Salud Mental*, 10(43), pp. 13-17. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3969893>
- Checa, R., & García-Gil, A. (2024). Equilibristas. Las acrobacias de la juventud para sostener su salud mental en una sociedad desigual. Madrid: Oxfam Intermón; Consejo de la Juventud de España.
- Coeckelbergh, M. (2021). La filosofía política de la inteligencia artificial: Una introducción (L. Álvarez Cang, Trad.). Editorial Cátedra Teorema.
- Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2nd ed.). Routledge.
- Confederación Autismo España, & Real Patronato sobre Discapacidad. (2025). Guía breve de recomendaciones para facilitar el empleo público de las personas autistas. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Consejo de Derechos Humanos. (2019). A/HRC/41/34. *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Naciones Unidas.
- Consejo de Derechos Humanos. (2020a). A/HRC/44/48. *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Naciones Unidas.
- Consejo de Derechos Humanos. (2020b). A/HRC/RES/43/13. *Salud mental y derechos humanos*. Naciones Unidas.
- Consejo de Derechos Humanos. (2025). A/HRC/58/38. *Salud mental y derechos humanos. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*. Naciones Unidas.
- Coordinadora de Representantes de Estudiantes de Universidades Públicas (CREUP). (2024). *Resolución sobre los servicios de atención a la salud mental en el estudiantado universitario*.
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2025). Resumen ejecutivo: Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Resumen-ejecutivo-MACROENCUESTA-2024.pdf>
- Del Vicario, M., Vivaldo, G., Bessi, A., Zollo, F., Scala, A., Caldarelli, G., & Quattrociocchi, W. (2016). Echo chambers: Emotional contagion and group polarization on Facebook. arXiv. <https://arxiv.org/abs/1607.01032>
- Deusto FamilyPsych. (2021). *Conciliación laboral/familiar y su impacto en la parentalidad: Factores de riesgo y protección en las familias actuales. Memoria de actividades*. Universidad de Deusto.
- Deusto FamilyPsych. (2024). *Parentalidad y adolescencia: Fragilidad y resiliencia. Informe de investigación*. Universidad de Deusto.
- Ekman, M. (2019). Anti-immigration and racist discourse in social media. *European Journal of Communication*, 34(6), 606–618. <https://doi.org/10.1177/0267323119886151>

- Eurofound (2025), Unpaid care in the EU, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2024). Fundamental rights report 2024. Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu/>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2025). Fundamental rights report 2025. Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu/>
- Euskadiko Gazteriaren Kontseilua (2025). Kristalezkoak: Personas jóvenes y bienestar emocional. EGK. https://bi-deoak2.euskadi.eus/2025/09/10/news_104277/TXOSTENA.pdf.
- Euskal Herriko Unibertsitatea (EHU). (s.f.). Servicio de Atención Psicológica (SAP/APZ). <https://www.ehu.eus/es/web/servicio-atencion-psicologica>
- Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES). (2017). Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental: Guía. FEDEAFES.
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. (2024). *LGBTIQ equality: Evidence from the 2023/2024 survey*. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2024-lgbtqi-equality_en.pdf
- Gaborit, M. (2006). Memoria histórica: relato desde las víctimas. *Pensamiento psicológico*, 2(6), pp. 7-20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756028>
- Gobierno Vasco, y Consejo Vasco para la Promoción de la Accesibilidad. (2020). Estrategia vasca de Accesibilidad Universal. Eusko Jaurlaritza.
- Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. (2017). Número de personas con discapacidad ocupadas en función de la modalidad laboral. Euskadi 2017. Eusko Jaurlaritza.
- Gómez, A., Sanmartín, A., Kuric, S., Calderón, D., Zaragoza, E., Andújar, A. y Sabín, F. (2024). Salud mental y desigualdad de jóvenes en España. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12532224>
- Instituto Nacional de Estadística & Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2021). Encuesta europea de salud en España 2020 (ESEE-2020). https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/Metodologia_EESE_2020.pdf
- Keum, B. T., & Miller, M. J. (2018). Racism on the internet: Conceptualization and recommendations for research. *Psychology of Violence*, 8(6), 782–791. <https://doi.org/10.1037/vio0000201>
- Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario. *Boletín Oficial del Estado*, 70, de 23 de marzo de 2023. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/03/22/2/con>
- Make Mothers Matter (2024), State of Motherhood 2025: European Roll – out: Spain. Spain_One pager - MMM State of Motherhood 2024
- Médicos del Mundo (2025, 31 marzo). *Mujer, de 35 a 65 años, al cuidado de familiares y con síntomas de ansiedad y tristeza, perfil de las personas atendidas en la DANA*.
- medicosdelmundo.org/actualidad/noticias/mujer-de-35-a-65-anos-al-cuidado-de-familiares-y-con-sintomas-de-ansiedad-y-tristeza-perfil-de-las-personas-atendidas-en-la-dana/
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Ministerio de Sanidad. (2024). *Plan de acción de salud mental 2025–2027*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_accion_salud_mental_2025_27.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2025). *Nota técnica: Encuesta de Salud en España 2023*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEspana/ESdE2023/ESdE2023_notatecnica.pdf
- Mondragon Unibertsitatea. (s.f.). Servicio de Atención Psicológica (APZ). <https://www.mondragon.edu/es/facultad-humanidades-ciencias-educacion/apz>

Naciones Unidas. (1945). Carta de las Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/about-us/un-charter>

Organización Mundial de la Salud, & Banco Mundial. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030*. OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9286c654-3e36-4d45-8dcf-fe0c50bde18d/content>

Organización Mundial de la Salud, y Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2024). Salud mental, derechos humanos y legislación: Orientación y práctica. Organización Mundial de la Salud.

Pastor Moreno, G., y Ruiz Pérez, I. (Coords.) (2024). Guía para el abordaje sanitario de la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental (1.ª ed.). Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía

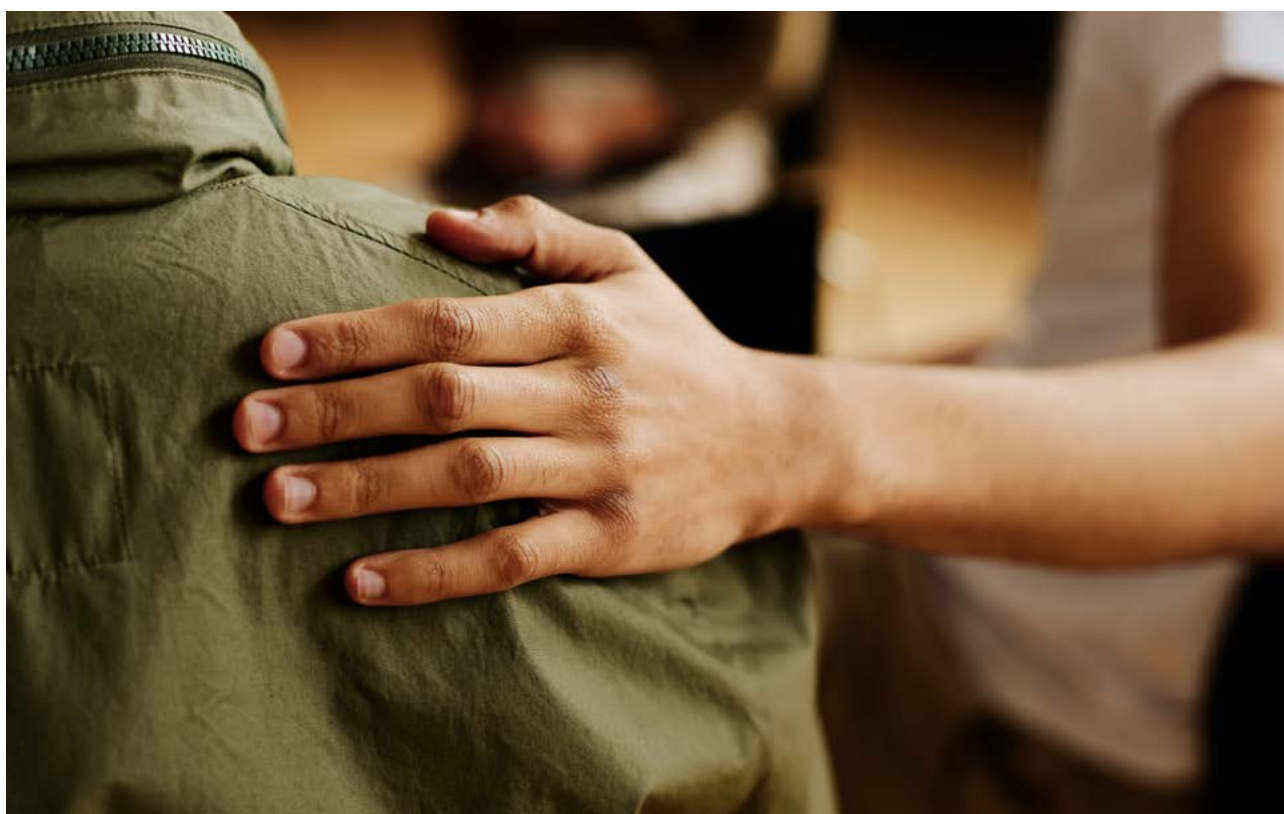
Statista. (s. f.). Social media – statistics & facts. Recuperado 3 de diciembre de 2025, de <https://www.statista.com/topics/1164/social-networks/#section-usage>

Universidad de Deusto. (s.f.a). *Orientación Universitaria*. <https://www.deusto.es/es/inicio/vive/servicios/orientacion-universitaria/en-que-podemos-ayudarte>

Universidad de Deusto. (s.f.b). *Unidad DeustoPsych*. <https://www.deusto.es/es/inicio/somos-deusto/centros-universitarios/otros-centros/unidad-deusto-psych>

Velasco Molpeceres, A., Miranda-Galbe, J., & Prieto Muñiz, M. (2025). Digital political communication in the European Parliament: A comparative analysis of Threads and X during the 2024 elections. *Journalism and Media*, 6(1), 42. <https://doi.org/10.3390/journalmedia6010042>

Zhang, Y., Zhou, B., Hu, Y., & Zhai, K. (2025). From individual expression to group polarization: A study on Twitter's emotional diffusion patterns in the German election. *Behavioral Sciences*, 15(3), 360. <https://doi.org/10.3390/bs15030360>





JUVENTUD Y SALUD MENTAL

HUMAN RIGHTS TRAINING PROGRAMME 2025