



**IMPACTOS DE LA POBREZA Y LA
SOLEDAD NO DESEADA EN LA SALUD
MENTAL Y EL BIENESTAR EMOCIONAL
EN ADOLESCENTES DE CONTEXTOS
VULNERABLES.**

**Un estudio centrado en los factores de
riesgo y los factores de protección**

AUTORÍA

Guillem Palà Nosàs

Coordinación. Consultoría y Estudios.

Laia Alamán Pascual

Técnica de proyectos. Consultoría y Estudios.

Caterina Guardiet Grande

Apoyo administrativo. Consultoría y Estudios.

Leire Franco Salazar

Técnica de proyectos. Consultoría y Estudios.

Josep Lluís Casanova Casamitjana

Técnico de proyectos. Consultoría y Estudios.

Macarena Soto Araya

Técnica de proyectos. Consultoría y Estudios.

Stephanie Duran Zabala

Prácticas curriculares. Grado de Pedagogía. Universidad Autónoma de Barcelona.

Ramon García Álvarez

Prácticas curriculares. Grado de Ciencia Política y Gestión Pública. Universidad Autónoma de Barcelona.

Joana Forn Boix

Prácticas curriculares. Grado en Historia, Política y Economía Contemporáneas. Universidad Autónoma de Barcelona.

Rosalía Mota

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia de Comillas

Eva M. Rubio Guzmán

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia de Comillas

Paco López Jiménez

Grupo de investigación en Innovación y Análisis Social – GIAS. Universitat Ramon Llull

Lisette Navarro Segura.

Grupo de investigación en Innovación y Análisis Social – GIAS. Universitat Ramon Llull

Óscar Martínez Rivera.

Grupo de investigación en Innovación y Análisis Social – GIAS. Universitat Ramon Llull

Cristina Alonso López.

Grupo de investigación en Innovación y Análisis Social – GIAS. Universitat Ramon Llull

ÍNDICE

Índice de tablas	4
Índice de figuras	5
Lista de abreviaturas	5
1. Contextualización y justificación	6
2. Objetivos	8
3. Metodología	9
4. Marco teórico	16
Bienestar emocional y salud mental en la adolescencia: un marco conceptual desde la perspectiva comunitaria	16
5. Resultados	19
Determinantes sociales de la salud mental en la adolescencia	19
Pobreza, vulnerabilidad social y salud mental: consecuencias y escudos	37
Soledad no deseada y salud mental en la adolescencia: vínculos, desigualdades y transversalidad ..	51
Factores de protección transversales en contextos de vulnerabilidad social	74
6. Análisis de los resultados del cuestionario a población adolescente	82
7. Del diagnóstico a la construcción de vínculos	88
Fundamentos y sensibilidades que orientan las acciones	88
Acción propositiva	89
Seguimiento y evaluación	99
8. Conclusiones	101
Bibliografía	106
Anexos	121
Anexo 1. Detalle del perfil de las personas entrevistadas y los grupos de discusión	122
Anexo 2. Indicadores de seguimiento en la planificación y gestión de los servicios.	127
Anexo 3. Adaptación y resultados de la escala de soledad	129

Índice de tablas

Tabla 1. Diferencias entre salud mental y bienestar emocional.....	18
Tabla 2. Factores de riesgo y protección relacionados con la adversidad temprana	23
Tabla 3. Factores de riesgo y protección relacionados con la educación.....	25
Tabla 4. Etapas del proceso migratorio y factores de impacto en adolescentes	26
Tabla 5. Factores de riesgo y protección relacionados a los procesos migratorios.....	28
Tabla 6. Factores de riesgo y protección relacionados al entorno físico	30
Tabla 7. Factores de riesgo y protección relacionados a la discriminación étnico-racial	32
Tabla 8. Factores de riesgo y protección relacionados a la orientación sexual y al género	33
Tabla 9. Factores de riesgo y protección relacionados a las desigualdades de género	35
Tabla 10. Factores de riesgo y protección relacionados al estrés y la vulnerabilidad social	46
Tabla 11. Factores de riesgo y protección relacionados con el discurso meritocrático	49
Tabla 12. Comparativa entre grupos de soledad respecto a las variables demográficas.	54
Tabla 13. Comparativa entre grupos de soledad respecto a las variables demográficas.	55
Tabla 14. Diferencias según posibilidades de acceder a recursos durante la pandemia	60
Tabla 15. Factores estructurales de riesgo y protección.....	66
Tabla 16. Factores relacionales y comunitarios de riesgo y protección.....	68
Tabla 17. Participantes por tipos de personalidad o grupos y sexo.....	72
Tabla 18. Características orientativas de los perfiles de autorregulación en la adolescencia	72
Tabla 19. Factores socioemocionales de riesgo y protección.....	73

Índice de figuras

Figura 1. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.	20
Figura 2. Causa – Efecto VS: malestar psicosocial, cronificación y exclusión	40
Figura 3. Ciclo de desventaja socioeconómica y SM	44
Figura 4. Modelo de Vulnerabilidad-Estrés.	45
Figura 5. Soledad emocional y soledad social.	52
Figura 6. índice de Soledad no deseada según género y edad.	53
Figura 7. Pirámide de Maslow.	57
Figura 8. Problemas de salud mental antes y después de la pandemia (15-19 años).....	59
Figura 9. Población que se siente a menudo sola (pregunta indirecta) según nacionalidad.	64
Figura 10. “¿Qué cosas te hacen sentir bien o te dan ganas de seguir adelante?”	84

Lista de abreviaturas

BE - Bienestar emocional

SM – Salud mental

SND – Soledad no deseada

VS – Vulnerabilidad social

1. Contextualización y justificación

El presente informe da cuenta de la ejecución y los resultados del programa “Impacto de la pobreza y la soledad no deseada en la salud mental y el bienestar emocional en adolescentes de contextos vulnerables: un estudio centrado en los factores de riesgo y los factores de protección” (101 / 2024 / 155 / 9), financiada por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 a través de la concesión de subvenciones a entidades que efectúan actividades de interés general consideradas de interés social con cargo a la asignación tributaria del IRPF y del Impuesto sobre Sociedades para el año 2024 (Ejecución 2025).

La relevancia del estudio se fundamenta en la necesidad de comprender cómo inciden los contextos de **vulnerabilidad social** (*a partir de ahora VS*) en el **bienestar emocional** (*a partir de ahora BE*) y la **salud mental** (*a partir de ahora SM*) de los y las adolescentes, poniendo el foco en dos ejes especialmente determinantes: la **pobreza** y la **soledad no deseada** (*a partir de ahora SND*). Resulta clave, además, visibilizar que estos ejes no suelen operar de forma aislada, sino que con frecuencia se interceptan, agravando sus efectos, más aún en una etapa vital en la que los vínculos y el sentido de pertenencia son centrales.

La adolescencia es un periodo decisivo para la construcción de la **identidad** y la **consolidación de los vínculos sociales**. Sin embargo, cuando se vive en contextos de VS —marcados por la exclusión social, los procesos migratorios, la discriminación y/o el aislamiento, además de la pobreza— se acumulan obstáculos que pueden comprometer gravemente el BE y la SM. La evidencia refuerza esta preocupación: cerca de la **mitad de los trastornos mentales** en la adultez tienen su **origen alrededor de los 14 años** (OMS, 2022). A ello se suma el aumento global de la **SND en adolescentes** —entre 2012 y 2018 se incrementó en 36 de los 37 países analizados por Twenge et al. (2021), con casi el doble de jóvenes con niveles elevados en 2018 respecto a 2012—, fenómeno estrechamente vinculado a la SM por su asociación con mayores niveles de ansiedad, depresión y malestar emocional. En este contexto, tanto la OMS (2025) como el *Departamento de Sanidad y Servicios Humanos de EE. UU.* (Murthy, 2023), han señalado recientemente la soledad como un problema de salud pública global.

En paralelo, la **pobreza** constituye un determinante clave: múltiples estudios han mostrado que los trastornos mentales son más frecuentes en los estratos socioeconómicos bajos, donde la inseguridad vital, la precariedad habitacional y la carencia de recursos educativos y sanitarios incrementan la probabilidad de padecer problemas de SM (OMS, 2022). Esta asociación se intensifica cuando la **pobreza intercepta** con otros ejes del entramado de la VS, como la **migración, el racismo o la discriminación de género**. Por ello, el estudio adopta una mirada amplia que permite situar el malestar adolescente en relación con condiciones sociales y estructurales, evitando interpretaciones reduccionistas centradas únicamente en lo individual.

En esta línea, el malestar emocional en la adolescencia en contextos de VS no puede entenderse como un problema individual, sino como expresión de **desigualdades sociales y estructurales**. Abordarlo solo desde una perspectiva clínica puede invisibilizar sus raíces en la precariedad, la exclusión o la falta de oportunidades, y aumentar el riesgo de respuestas parciales como la medicalización. De ahí la importancia de integrar una **mirada comunitaria y política**, capaz de situar el sufrimiento adolescente en un marco más amplio de las condiciones de vida.

La ejecución de este estudio ha permitido profundizar en algunos de los ejes que configuran la dimensión estructural del malestar emocional en adolescentes que crecen en contextos de VS, donde aumentan los riesgos de desarrollar problemáticas de SM. A medida que avanzaban las entrevistas y grupos focales, se mantuvo una actualización constante del diseño, incorporando nuevas miradas sobre qué afecta a la SM adolescente y, especialmente, sobre los **condicionantes estructurales** que la generan (más incertidumbre, ritmos acelerados, digitalización, desigualdades materiales). Por ello, el análisis se orientó hacia una **visión social** del fenómeno y hacia las **estructuras** que lo condicionan (precariedad, vivienda, cuidados, discriminación, desigualdades de género, acceso a espacios seguros, tejido comunitario y políticas locales), dejando en segundo plano los factores individuales o psicológicos (rasgos y estilos de afrontamiento) para no perder de vista las causas estructurales que producen y sostienen el malestar.

Dentro de los múltiples ejes que inciden en el BE y la SM de la adolescencia en contextos de VS, este informe se centra especialmente en dos, en coherencia con el alcance final del programa. Aunque inicialmente se contemplaba revisar en profundidad varias dimensiones de la VS, la financiación disponible llevó a reorganizar el estudio alrededor de dos ejes principales: **(1) pobreza/VS** y **(2) SND**, y su incidencia en la SM de adolescentes en situación de VS. Otros factores —como los procesos migratorios— no se abordan como un bloque independiente, sino que se incorporan como **elementos transversales** cuando forman parte del caso y atraviesan las experiencias, las oportunidades y los riesgos descritos.

Desde esta delimitación, el estudio busca **mapear y priorizar** los factores de riesgo y de protección vinculados a ambos ejes, y comprender **cómo operan conjuntamente** en la vida cotidiana de adolescentes en contextos de VS. La finalidad es identificar **qué daña y qué cuida** para traducirlo en **estrategias y propuestas de acción concretas** —desde la prevención, la acción participativa y las políticas públicas— orientadas a reducir los condicionantes estructurales, con especial atención a la pobreza y la SND, y a reforzar los apoyos comunitarios que sostienen el bienestar. En este marco, la SND adquiere relevancia no solo como vivencia individual, sino también como expresión de carencias de oportunidades, espacios seguros, vínculos de confianza y referentes positivos; cuando se prolonga y no encuentra canales de expresión ni acompañamiento, puede asociarse a efectos nocivos sobre la SM, favoreciendo el retraimiento, disminuyendo la autoestima e incrementando la ansiedad, y pudiendo derivar en cuadros depresivos o sintomatología asociada al trauma (Loades et al., 2020).

2. Objetivos

Con el fin de estructurar las bases sobre las que se asienta el estudio, detallamos a continuación los objetivos planteados:

Objetivo general

Elaborar un estudio sobre el impacto de la pobreza y la SND en adolescentes en contextos de VS, y **determinar los factores de riesgo y los factores de protección** que inciden sobre la SM y el BE de esta población.

Objetivos específicos

- Construir una **escala de medición** psicosocial y cultural de la SND y la pobreza, adaptada a adolescentes de 12 a 17 años a nivel estatal, que permita identificar los síntomas en los distintos niveles de avance de la SND en adolescentes en situación de VS.
- Desarrollar un **estudio multidimensional** que pueda aplicarse como **programa de acción participativa** en adolescentes en situación de VS, utilizable tanto por administraciones como por instituciones públicas y privadas.
- Dar cuenta, desde una perspectiva de género, los **procesos de afectación de la SM** de adolescentes en contextos de pobreza y VS
- Realizar y difundir el estudio que **relacione los factores de riesgo y los factores de protección** de la SM asociados a la pobreza
- Difundir, de forma adaptada y accesible a los diferentes agentes de interés, los materiales configurados a lo largo del programa (escala, resultados del estudio, propuestas de acción participativa) para facilitar su uso y transferencia.
- Obtener una evaluación externa de los materiales configurados por parte de personas beneficiarias y perfiles profesionales/asesores, con el propósito **de identificar mejoras potenciales, reforzar la calidad, pertinencia y aplicabilidad** de los recursos.

3. Metodología

La metodología del estudio se estructura a partir de un diseño metodológico mixto que integra una revisión bibliográfica, la segmentación de la población diana y diversas técnicas de recogida de información.

Tras delimitar conceptualmente el objeto de estudio, se definieron los perfiles de personas participantes y se desarrolló un trabajo de campo basado en entrevistas semiestructuradas, grupos de discusión y una encuesta dirigida a población adolescente. El proceso contó con la colaboración de profesionales y entidades sociales que facilitaron el acceso al campo.

Finalmente, los resultados se presentaron a través de un *webinar* y de una página web creada específicamente en el marco del proyecto para difundir los hallazgos y facilitar su consulta.

3.1 Diseño metodológico

Este estudio se aborda desde un **enfoque metodológico crítico–interpretativo y una perspectiva comunitaria** que entiende el BE adolescente como un fenómeno relacional y socialmente determinado por las condiciones estructurales del entorno de esta población, distanciado de lecturas individualistas o meritocráticas que atribuyen a los jóvenes la responsabilidad de malestares originados en las desigualdades estructurales.

El estudio parte de la **decisión metodológica de concentrar la mirada en dos ejes** troncales que construyen el **entramado de la VS** y que impactan sobre el BE y la SM de adolescentes, como son la **pobreza** y la **SND**.

Adoptaremos el marco de las **epistemologías situadas** (Haraway, 1988) que plantea que el conocimiento se produce desde posiciones concretas, en donde los vínculos, apoyos o resiliencia deben entenderse como procesos relacionales situados. Además, en diálogo con la teoría de las **relaciones de poder** de Bourdieu, pondremos el acento en reconocer cómo estas experiencias están atravesadas por estructuras sociales que distribuyen de forma desigual los recursos —materiales, simbólicos y relacionales— y condicionan las posibilidades de acción y bienestar de cada adolescente.

Para situar las bases conceptuales del estudio se realizó una revisión bibliográfica y la construcción de un marco teórico desde una perspectiva comunitaria, realizando una exhaustiva revisión de la literatura científica y académica para cartografiar el impacto de la pobreza y la SND de adolescentes en contextos de VS.

El estudio se realizó mediante un **diseño mixto**, integrando **técnicas cualitativas y cuantitativas**, con el propósito de comprender de manera amplia y profunda los factores de riesgo y protección que inciden en el BE y SM de esta población. La muestra está compuesta por adolescentes en situación de VS y por profesionales de su entorno comunitario; y la información se recogió mediante entrevistas semiestructuradas, grupos focales, encuestas y observaciones en terreno. La estrategia de análisis y los métodos utilizados permitieron la **triangulación de los resultados**, una codificación temática y un enfoque que articula categorías

teóricas y emergentes, permitiendo aumentar la fiabilidad de las conclusiones, **atendiendo especialmente a la dimensión estructural del fenómeno** en estudio.

A lo largo del trabajo de campo se mantuvo una **actualización constante del enfoque**, incorporando los hallazgos emergentes.

3.2 Revisión bibliográfica y construcción del marco teórico

Para la construcción del marco teórico realizamos una revisión exhaustiva de la literatura científica y académica. Partimos de **bases de datos** de amplio espectro como *Google Scholar*, *Scopus*, *Web of Science* y *PubMed*, y organizamos todas las referencias en *Mendeley* para clasificarlas, anotar hallazgos y depurar duplicidades. Esta fase no se limitó a “recoger artículos”, sino a cartografiar el estado de la adolescencia y la SM en contextos de VS, identificando consensos, controversias y vacíos de conocimiento que debían orientar el diseño del estudio.

Para la revisión bibliográfica, se definió un conjunto amplio de palabras clave orientadas a cubrir **tres grandes ámbitos**: a) **adolescencia y SM** (SM infanto-juvenil, etapas vitales, trastornos mentales, depresión, distimia, psiquiatría, bienestar, autoestima, inteligencia emocional); b) **determinantes sociales y vulnerabilidad** (VS, pobreza, precariedad económica, desigualdad y desventaja socioeconómica, estatus socioeconómico y trastornos mentales, exclusión, integración, inestabilidad residencial en la adolescencia, determinantes sociales de la SM, ley de cuidados inversos, y acceso a la atención en SM a familias en situación de vulnerabilidad); y por último c) **vínculos, soledad y resiliencia** (soledad, SND, aislamiento social en adolescentes, apoyo social/redes de apoyo, resiliencia, afrontamiento de la soledad, soledad y uso excesivo de internet). De manera transversal, se incorporaron términos vinculados a migración cuando era pertinente (migración, duelo migratorio, síndrome de Ulises, éxodo).

Dado que la evidencia científica específicamente centrada en la franja de edad abordada en este estudio es aún limitada en algunos de los ejes analizados, como puede ser la percepción de SND, se incluyeron también investigaciones referidas a población joven, siempre que sus resultados fueran analíticamente transferibles al grupo de interés. Esta extrapolación se realizó de forma razonada, atendiendo a la cercanía de las franjas etarias, a la pertinencia conceptual de los hallazgos y a su coherencia con la literatura específica sobre adolescencia.

3.3 Segmentación de la población diana del estudio

La Organización Mundial de la Salud describe la adolescencia como el periodo de la vida comprendido entre los 10 y los 19 años, un grupo poblacional que atraviesa una etapa vital caracterizada por profundas transformaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales. Durante esta etapa, múltiples factores contextuales pueden incidir negativamente en el BE y, como consecuencia en la SM, como son: acoso escolar, violencia familiar, exposición temprana a sustancias o riesgos derivados del uso de internet (como el ciberacoso o el *sexting*). Para Bueno (2022), esta etapa de transición representa una verdadera reconfiguración cerebral, en la que se eliminan conexiones neuronales propias de la infancia y se construyen nuevas estructuras mentales, determinantes en la formación de la identidad y los vínculos sociales. En este sentido, la adolescencia se considera una fase sensible en la que se establecen los cimientos del bienestar psicológico futuro. Es por ello por lo que se ha decidido considerar la **población de**

estudio siguiendo estos criterios, y estableciendo como **personas adolescentes** aquellas cuya edad esté comprendida **entre los 10 y los 19 años**, dado que los cambios más relevantes para el desarrollo emocional, relacional y cognitivo se concentran en estas edades.

Esta etapa no es homogénea ni lineal, sino que se divide en tres subetapas diferenciadas:

- **Adolescencia temprana (10-13 años):** predominan los cambios físicos asociados a la pubertad, así como la búsqueda de autonomía y de aceptación en el grupo de iguales
- **Adolescencia media (14-16 años):** se intensifican los vínculos con el grupo de pares, la emocionalidad se torna más compleja, se consolidan aspectos clave de la identidad
- **Adolescencia tardía (17-19 años):** se afianza la identidad individual, la independencia y la capacidad de asumir responsabilidades propias de la vida adulta.

La elección de una franja de edad amplia como población diana del estudio responde a la necesidad de tener una **mirada integral del desarrollo adolescente**, dando cuenta de una multiplicidad de fenómenos heterogéneos que se suelen producir desde las etapas más iniciales del desarrollo hasta las que tienen que ver con la transición a la adultez.

De este modo, abordar la adolescencia desde sus etapas iniciales permite actuar con **una lógica** claramente **preventiva**, ya que, según la OMS (2001), más del 50% de los problemas de SM comienzan a manifestarse a los 14 años. En esta misma línea, el estudio de Anderson et al. (2018) destaca que la exposición a contenidos negativos en redes sociales alcanza su punto álgido entre los 14 y 17 años, lo que incrementa, significativamente, el riesgo de ansiedad, depresión y baja autoestima.

En este sentido, según la OMS, alrededor de los 10 años se **producen cambios físicos, psicológicos y sociales significativos**, marcando el inicio de la preadolescencia. Esta etapa es decisiva, ya que en estos años comienza una profunda reorganización cerebral que influye en la regulación emocional, la toma de decisiones y el desarrollo de habilidades sociales.

Muchos trastornos tienen un inicio temprano, con frecuencia entre los 10 y 12 años, entre ellos destacan la ansiedad y la depresión (Merikangas et al., 2003). Aunque no siempre exista un diagnóstico formal, pueden identificarse patrones de riesgo que, de no abordarse en esta etapa, pueden derivar en trastornos mentales en la adolescencia o adultez. Para ello, es imprescindible identificar las raíces de estos procesos, así como los primeros momentos en que comienzan a producirse cambios significativos en las personas, permitiendo así una prevención efectiva y la intervención temprana, especialmente atendiendo el impacto de la pobreza y la SND sobre la SM de adolescentes en contextos de VS.

Según Meeus (2011), en la franja de edad entre 10-12 años, los y las adolescentes comienzan a explorar relaciones sociales más complejas, siendo más vulnerables a situaciones como el acoso escolar, la presión de los grupos y las primeras experiencias problemáticas en redes sociales (Inchley et al., 2020). La identificación temprana de estos factores de riesgo mejora las posibilidades de prevención y el desarrollo de habilidades que fomentan la resiliencia.

Asimismo, esta etapa coincide con la transición de la educación primaria a la secundaria, un momento clave que requiere una preparación socioemocional previa (Symonds y Galton, 2022).

Esta transición, que suele ocurrir entre los 10 y 11 años, supone un desafío tanto a nivel académico como social y emocional. Analizar esta fase permitirá comprender mejor las dinámicas emocionales antes y después del cambio de escuela, facilitando estrategias para una adaptación más saludable.

Según Erikson (1985), el proceso de construcción de la identidad personal comienza entre los 10 y 12 años. En esta etapa, emergen los primeros **desafíos emocionales significativos** relacionados con la autopercepción, la autoestima, la identidad de género y el sentido de pertenencia social, factores clave para la SM futura. Se observa una anticipación creciente de las experiencias propias de la adolescencia, como la exposición a contenidos digitales, la presión estética o el inicio de relaciones afectivas, incluso antes de los 10 años. Esta precocidad en la entrada a la adolescencia plantea nuevos retos para la comprensión del malestar adolescente, al superponerse procesos de desarrollo psicoemocional con demandas sociales cada vez más tempranas. En este sentido, abordar la SM adolescente exige ampliar el foco temporal y considerar tanto los procesos de entrada como de salida de la adolescencia, reconociendo la existencia de nuevas cronologías y trayectorias vitales interrumpidas (Côté, 2014). Por este motivo, iniciar el análisis a partir de los 12 o 13 años podría implicar la pérdida de información crucial sobre los determinantes tempranos del BE; además, existe evidencia sólida sobre problemas de SM que pueden estar presentes en un proceso de desarrollo acelerado desde los 10 años (UNICEF, 2021). Los estudios indican que la adolescencia temprana es fundamental para comprender las dinámicas que influirán en la SM durante la adolescencia.

Por otro lado, considerar las etapas más tardías de la adolescencia, interviniendo antes de la mayoría de edad, permitirá consolidar factores protectores como la autoestima, característica esencial para la regulación de la vulnerabilidad emocional frente a los acontecimientos cotidianos, el sentido de pertenencia y la resiliencia emocional.

En los últimos años, numerosos estudios han advertido sobre el fenómeno de la “**adolescencia prolongada**” o “**tardía**”, así como la emergencia de una etapa intermedia entre la adolescencia y la vida adulta, caracterizada por la prolongación de los rasgos psicosociales asociados a la adolescencia más allá de los 18 o incluso los 20 años como pueden ser la inestabilidad estructural, la falta de autonomía económica y la dificultad para consolidar un proyecto vital autónomo (Blatterer, 2007). Esta perspectiva es similar a la de Arnett (2000), quien nos habla de adultez emergente en esta etapa intermedia entre la adolescencia y la adultez, la que se caracteriza por la exploración identitaria, la inestabilidad y la falta de compromisos duraderos (laborales, familiares o residenciales). Como vemos, esta tendencia, lejos de responder a una mera elección individual, está estrechamente vinculada a **transformaciones estructurales, culturales y económicas** que han alterado las trayectorias vitales tradicionales retrasando la transición vital.

Sin embargo, autores como Furlong y Cartmel (2007) advierten que esta prolongación no es igual para todas las personas jóvenes: mientras que en sectores económicamente favorecidos puede suponer un tiempo de búsqueda y experimentación, en contextos de VS puede representar una **transición bloqueada**, marcada por la precariedad, la exclusión y la incertidumbre, donde las desigualdades estructurales dificultan el acceso al empleo digno, una vivienda estable o redes de apoyo. En este marco, la adolescencia tardía puede entenderse no solo como una etapa prolongada en términos cronológicos, sino como el **síntoma de un**

malestar estructural que impide a muchas personas adolescentes dar el salto hacia la juventud desde condiciones mínimas de estabilidad, seguridad y sentido vital.

La **adolescencia prolongada** se ve alimentada por un conjunto de factores que se entrecruzan: la **precariedad económica y laboral**, que impide alcanzar la independencia financiera y posterga decisiones propias de la vida adulta (vivienda, pareja, maternidad/paternidad); la sobreprotección familiar o la falta de referentes adultos accesibles, que dificulta el desarrollo de la autonomía y la toma de decisiones; los **cambios en el sistema educativo y en el mercado de trabajo**, que han alargado la formación sin garantizar una inserción laboral estable; la incertidumbre sobre el futuro, especialmente en generaciones marcadas por **crisis económicas, migraciones forzadas o rupturas familiares**, que puede generar bloqueos, miedo al fracaso y/o dificultad para asumir responsabilidades; la **presión social y cultural** por alcanzar ideales de éxito inalcanzables —amplificados por las redes sociales— que refuerza la autoexigencia y la inseguridad; y la **fragilidad del tejido comunitario**, que priva el acceso de acceder a espacios de participación social y de construcción de una identidad reconocida a nivel colectivo.

Comprender cómo experimentan los y las adolescentes su malestar requiere tener en cuenta su necesidad de autonomía, su deseo de distanciamiento del mundo adulto y su búsqueda de integración en el grupo de iguales. Como plantea la socióloga Morales y Martínez (2024), no basta con reconocer que adolescentes y jóvenes necesitan libertad para gestionar su propia realidad: es imprescindible garantizar que dispongan de los recursos, espacios y apoyos necesarios para ejercer esa autonomía de forma efectiva. En un sistema adultocéntrico, donde las voces jóvenes suelen quedar relegadas, factores como los estilos familiares, las inseguridades personales o la falta de oportunidades pueden condicionar profundamente su capacidad para tomar decisiones y construir un proyecto vital propio.

3.4 Entrevistas y grupos de discusión

Se realizaron **29 entrevistas** a diferentes tipologías de agentes con el objetivo de identificar factores **sociales y estructurales** que inciden en la SM adolescente en contextos de VS.

En concreto, para asegurar una mirada integral, se incluyeron¹:

- Perfiles de estratégicos y directivos, como responsables políticos, responsables de proyectos y entidades. Se codificaron mediante la letra “X”.
- Perfiles de intervención directa. Se codificaron mediante la letra “Y”.
- Personas expertas sobre el impacto de la pobreza y la soledad en la SM, especialmente del mundo académico. Se codificaron mediante la letra “Z”.

Para la concertación de entrevistas individuales por perfil, se realizó un proceso de contacto directo mediante correo electrónico y seguimiento telefónico, con el fin de confirmar la disponibilidad y agendar las entrevistas en las fechas y franjas horarias acordadas.

¹ La tabla con los códigos y descripciones de las personas entrevistadas se encuentra en el Anexo 1.

Las entrevistas permitieron detectar con claridad el peso de condicionantes contemporáneos — como la **incertidumbre**, los **ritmos acelerados** y la **digitalización**— y el impacto de la **falta de recursos materiales y de apoyo**, así como la **sobrecarga emocional y familiar** que asumen adolescentes en contexto de VS. A partir de estas evidencias se reforzó un encuadre **social y estructural** del malestar, priorizando una **comprensión multidisciplinar** de la pobreza como son la precariedad, las desigualdades de género, la discriminación racial, los procesos migratorios, entre otros, dejando en segundo plano factores estrictamente individuales, como rasgos o estilos de personalidad, para no perder de vista las causas estructurales que producen y sostienen el malestar. En el eje de **SND**, las aportaciones expertas llevaron a recalibrar guiones y análisis incorporando, a medida que avanzaban las entrevistas, las preguntas relacionadas al papel de la hiperconectividad y las redes sociales, las expectativas de futuro, el **duelo migratorio** y las experiencias de **discriminación**.

Aunque estaba previsto un mayor número de grupos de discusión con adolescentes de 14 a 19 años en contextos de VS, orientados a recoger sus vivencias sobre pobreza, SND y estrategias de afrontamiento, finalmente se realizaron 2 grupos, que sirvieron para complementar la perspectiva experta con la experiencia directa del grupo de interés. Estos grupos permitieron profundizar en cómo se experimentan los ejes del estudio en la vida cotidiana, especialmente en relación con la pertenencia al grupo de iguales, las oportunidades o barreras de participación social, y las formas en que la VS condiciona el acceso a vínculos significativos.

Tanto las entrevistas como los grupos focales fueron **transcritos** y analizados con **Atlas.ti** (versión 25) mediante **análisis temático**, aplicando **triangulación** para identificar evidencias, patrones y categorías emergentes. Este procedimiento permitió mapear y priorizar **factores de riesgo y de protección**, así como explorar sus interrelaciones, alineando el análisis con los dos ejes troncales del estudio (pobreza/VS ↔ SM; SND ↔ SM) e incorporando de forma transversal los efectos de la migración, la discriminación y otras desigualdades que atraviesan las experiencias de los adolescentes. Esto permitió, a su vez, identificar **estrategias de intervención y propuestas de acción**.

3.5 Difusión, colaboración y presentación de los resultados

El proyecto también incluyó la **participación en diversas jornadas a nivel estatal y autonómico** que aportaron contraste y diálogo con profesionales del ámbito social académico y de la investigación, permitiendo incorporar perspectivas actualizadas sobre BE y enfoques comunitarios en SM adolescente. En este sentido, cabe destacar la participación en la jornada “*Conectando análisis sobre desigualdades para un futuro más justo*”, organizada por Oxfam Intermón (20–21 de marzo de 2025, Madrid) y las jornadas de salud mental en el marco de la *Semana de la Salud Mental 2025*, organizadas por el Parc Sanitari Sant Joan de Déu (6–10 de octubre de 2025, Barcelona). Además, se organizó conjuntamente con Oxfam Intermón una jornada que llevó el título “En la intersección: vulnerabilidad y salud mental en Catalunya”, en la que participaron más de 60 personas.

En cuanto a la difusión de los resultados propios del programa, se realizó el **webinar** “*Vulnerabilidad, bienestar emocional: factores de riesgo y de protección en población adolescente*” para difundir los principales resultados del estudio. Se destacaron los factores que favorecen o dificultan el BE en esta etapa vital y se reflexionó sobre las estrategias de

prevención, detección temprana y acción participativa que pueden contribuir a reforzar los vínculos sociales y la resiliencia de la juventud.

Para la convocatoria de participación en el *webinar*, se realizó un lanzamiento con información sobre el mismo, mediante un envío masivo (*mailing*) dirigido a entidades potencialmente interesadas de todas las Comunidades Autónomas, con el objetivo de maximizar el alcance. Como resultado de esta acción se registraron 52 inscripciones procedentes de diez Comunidades Autónomas, lo que permitió compartir las conclusiones generales del estudio con una audiencia diversa, tanto de territorio como de perfiles profesionales. El *webinar* se celebró el 18 de diciembre de 2025 en horario de 11:30 a 13:00 h e incluyó la presentación de las conclusiones del estudio y un espacio final para resolver dudas y recoger el *feedback* de las personas participantes. Participaron personas con posiciones directivas, de coordinación y técnicas de proyectos sociales, además de figuras educadoras y de gestión de equipos, vinculados al trabajo con infancia y adolescencia. También participaron personas con roles institucionales, personal docente e investigador y perfiles de apoyo administrativo.

Además, se realizaron una serie **3 de cápsulas divulgativas** en formato “píldoras” audiovisuales, diseñadas para explicar herramientas prácticas de BE a adolescentes y sus entornos. En ella, se comparte información aplicable en temáticas como resiliencia, manejo de la ansiedad, presión académica y la importancia de pedir ayuda, dirigidas a jóvenes y sus familias, y también a profesionales.

Por último, se construyó la web “[Vínculos que protegen: resiliencia comunitaria en contextos de vulnerabilidad adolescente](#)” en donde se reúnen los contenidos de los **programas de 2025 y 2026** sobre VS, SM, BE y resiliencia en la adolescencia, y los materiales elaborados como la escala TRANSVITA de soledad para jóvenes, cápsulas divulgativas y *webinar*.

3.6 Encuesta

A partir de los hallazgos cualitativos realizamos el diseño, aplicación y análisis de una encuesta descriptiva para refrendar los resultados del análisis cualitativo, en la que se incluyeron 5 preguntas sobre SM, 3 preguntas abiertas y la aplicación de 20 ítems de la escala de soledad. La adaptación y resultados de la escala pueden consultarse en el Anexo 2.

Para ampliar la muestra de adolescentes participantes en grupos de discusión y la encuesta contamos con la colaboración, a través de una subcontratación, de la Coordinadora Estatal de Plataformas Sociales Salesianas que hizo difusión del programa y ampliando la posibilidad de participar en el mismo. El número de respuestas totales fue de 85.

4. Marco teórico

Bienestar emocional y salud mental en la adolescencia: un marco conceptual desde la perspectiva comunitaria

Para situar a quienes leen, el fundamento de este estudio se sostiene en una idea clave: el bienestar adolescente no depende únicamente de aspectos personales, sino de la intersección de distintos planos —individual, familiar-social y comunitario— donde conviven **factores de riesgo** y **factores de protección** que se potencian o se neutralizan entre sí.

Consideramos factores de riesgo a aquellos condicionantes o experiencias que aumentan la probabilidad de experimentar malestar (como carencias sostenidas o contextos que dificultan el apoyo). Por otro lado, nos referimos a factores de protección a aquellos recursos y vínculos que amortiguan el daño y favorecen la pertenencia y el afrontamiento (como apoyos significativos o entornos seguros). El estudio busca identificar estos factores y **comprender cómo operan** juntos en la vida cotidiana de adolescentes en situación de vulnerabilidad.

Por otro lado, el **BE** y la **SM** son conceptos relacionados, pero no equivalentes, a pesar de que, en ocasiones, se usen de forma indistinta en la literatura y en el debate público. Por ello, consideramos relevante precisar qué entendemos por cada término, cómo se relacionan entre ellos y cómo se emplean a lo largo del estudio.

El término **BE** puede definirse desde distintos enfoques. Desde una perspectiva psicológica suele vincularse con el bienestar subjetivo entendido como el balance entre emociones positivas y negativas y el grado de satisfacción con la vida (Alfaro, J., et al., 2015). Este enfoque —a menudo descrito como hedónico— pone el acento en la experiencia interna de placer/satisfacción y en la valoración que cada persona hace de su vida. Desde una mirada clínica, se ha entendido el BE como la ausencia de síntomas o de malestar significativo. Sin embargo, esta equivalencia es limitada: una persona puede no presentar un diagnóstico y, aun así, experimentar bajo bienestar (OMS, 2022). Enfoques más actuales incorporan de forma explícita **dimensiones relacionales y contextuales**, subrayando que el BE también depende de la calidad de los vínculos, la pertenencia y el acceso a apoyos sociales, educativos y comunitarios. En esta línea, se ha propuesto entender el BE como un conjunto de recursos que permiten afrontar las demandas del entorno, definiéndose como el “conjunto de sensaciones positivas derivadas de un funcionamiento mental que nos capacita para hacer frente o adaptarnos a las situaciones y demandas del entorno” (Morer & Lázaro, 2025). Este énfasis en la adaptación conecta la noción de **resiliencia** con la idea de que el BE no es solo “sentirse bien”, sino más bien disponer de condiciones, recursos y apoyos necesarios para sostener la vida.

A nivel conceptual, el término **SM** también ha evolucionado. Actualmente, se entiende como un estado de bienestar que permite a la persona afrontar el estrés cotidiano, desarrollar sus capacidades, aprender, trabajar y contribuir a su comunidad (OMS, 2022). Esta definición sitúa la SM como un **fenómeno dinámico**, no reducible a “no estar enfermo”. Además, modelos contemporáneos plantean la SM como un continuo (desde estados de florecimiento hasta malestar severo), en donde el bienestar cumple un papel central (Inzunza, A. et al., 2013). En coherencia con ello, la SM se concibe como el resultado de múltiples determinantes entre ellos

factores individuales, como los biológicos y psicológicos, y también factores sociales y estructurales como pobreza, desigualdad, violencia, discriminación, condiciones de vivienda, acceso a servicios, cohesión comunitaria y oportunidades educativas (OMS, 2022). Dicho de otro modo, la SM está **socialmente condicionada** y no puede comprenderse al margen del contexto histórico, cultural y material en el que viven las personas.

Los conceptos BE y SM se diferencian conceptualmente, aunque en la práctica están estrechamente relacionados y se retroalimentan. **El BE puede actuar como factor protector de la SM** (favoreciendo afrontamientos adaptativos, estabilidad emocional y construcción de vínculos de apoyo, por mencionar algunos); y una buena SM facilita, a su vez, sostener experiencias de bienestar (Seligman, 2011). La relación también funciona en sentido inverso: el malestar emocional sostenido, la falta de apoyos o la exposición prolongada a adversidad social —los cuales actúan como factores de riesgo— incrementan la probabilidad de experimentar síntomas de afectación a la SM, como ansiedad, depresión u otras problemáticas.

En este estudio, BE y SM se comprenden como dimensiones que deben abordarse conjuntamente, articulando una perspectiva clínica, psicosocial y comunitaria, atendiendo al contexto sociopolítico que pueda incidir sobre las políticas públicas de SM. Desde esta concepción, el marco del estudio adopta una visión amplia e integradora, incluyendo la dimensión emocional (emociones y su regulación), las implicaciones sociales y psicológicas (vínculos, pertenencia, autoestima, sentido de futuro, apoyos disponibles), y la dimensión estructural y comunitaria de estos conceptos, situando y priorizando el BE y la SM de los adolescentes en relación a las **condiciones estructurales que generan el malestar**, como pueden ser la precariedad económica, la inseguridad residencial, las cargas de cuidados, la discriminación racial, las desigualdades de género, el acceso desigual a recursos y espacios seguros, y la debilidad del tejido comunitario. Este enfoque busca evitar interpretaciones reduccionistas —centradas en discursos meritocráticos e individualistas— y subraya que el sufrimiento adolescente no es solo una cuestión privada, sino también una expresión de desigualdades sociales (Padilla y Carmona, 2022).

Por lo anterior, promover la SM en la adolescencia no puede limitarse a la reducción de síntomas, sino que **requiere de un abordaje integral**, que van desde la prevención, el apoyo psicosocial, el fortalecimiento de vínculos y, al mismo tiempo, el impulso de políticas públicas que incidan sobre los determinantes sociales como el nivel de ingresos, el empleo, la educación, la vivienda, la seguridad alimentaria, la igualdad de oportunidades, la protección frente a la discriminación y la violencia.

En contextos de VS, la relación entre BE y SM en adolescentes exige una mirada crítica, cuidadosa, integral y contextualizada. **La finalidad** última es doble, por un lado, se busca **reducir los condicionantes estructurales que dañan la SM adolescente** (incidiendo en las políticas públicas que combatan la pobreza infantil, la segregación escolar o el acoso); por otro lado, **reforzar los apoyos comunitarios que sostienen el BE** (como espacios seguros de encuentro para adolescentes, mentores y referentes, programas de educación emocional, servicios de SM).

El principio que vertebra el estudio es **reconocer que daña y qué cuida para traducirlo en estrategias y propuestas de acción útiles** —de prevención, co-construcción² y políticas públicas— orientadas a reducir condicionantes estructurales y reforzar los apoyos comunitarios que sostienen el bienestar. Desde la perspectiva de la investigación-acción participativa, autores como Freire (1970) y Fals Borda (1987) plantean que las respuestas más eficaces se construyen con las comunidades y no para ellas. Desde esta mirada, la co-construcción implica generar espacios donde adolescentes, familias y agentes comunitarios participen y dialoguen de manera real en la identificación de necesidades y en el diseño de soluciones. Arnstein (1969) y Hart (1992) recuerdan que la participación efectiva requiere superar los enfoques meramente consultivos y avanzar hacia formas de corresponsabilidad que redistribuyan el poder y permitan transformaciones sociales.

Tabla 1. *Diferencias entre salud mental y bienestar emocional*

Bienestar emocional	Salud Mental
Estado de satisfacción subjetiva y capacidad de adaptación a las circunstancias cotidianas, que incluye tanto emociones positivas como la habilidad de regular las negativas	Estado de bienestar integral que combina equilibrio psicológico, emocional y social, permitiendo afrontar el estrés, desarrollar capacidades, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad
No implica necesariamente ausencia de trastornos: se centra en la regulación emocional, la resiliencia, el sentido de propósito y la percepción subjetiva de bienestar en la vida cotidiana	Va más allá de la ausencia de trastornos: incluye factores clínicos, diagnósticos y también determinantes sociales y culturales que condicionan el malestar o el bienestar (pobreza, discriminación, violencia, exclusión).
Determinada por la calidad de las relaciones sociales, el apoyo comunitario, las oportunidades de participación, las estrategias de afrontamiento y el equilibrio entre vida personal, familiar y social.	Determinada por una interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y estructurales (genética, traumas, estilo de vida, pobreza, apoyo social, acceso a servicios).

Fuente: Elaboración propia.

² Fals Borda (1987) conceptualiza procesos de co-construcción en investigación-acción participativa

5. Resultados

Desde comienzos del siglo XX, y especialmente tras la Segunda Guerra Mundial, la adolescencia ha sido conceptualizada y abordada, principalmente, a través de dispositivos con enfoque biomédico y psicológico.

Como señalan algunas autoras, la adolescencia es interpretada como un período naturalmente turbulento y conflictivo, desde aquella visión hereda de la imagen romántica del *Sturm und Drang* —*tempestad y empuje*—. Autores como Stanley Hall en Estados Unidos o De Besse en Francia reforzaron esta perspectiva, consolidando un enfoque exclusivamente biologicista y psicologicista, donde el malestar adolescente era considerado una fase inevitable del desarrollo individual. Este marco de interpretación, que tiende a naturalizar el sufrimiento adolescente, tiene limitaciones que invisibilizan la dimensión social y política de este fenómeno. Bajo esta mirada, los problemas de SM en la adolescencia son tratados como disfunciones individuales, relegando a un segundo plano los factores estructurales que los generan o los agravan, como son la pobreza, la falta de redes de apoyo y la exclusión social.

No obstante, en las últimas dos décadas, **la SM ha ganado relevancia tanto en la agenda política como en la investigación científica**, reflejando un cambio en la forma en que se entiende y se aborda esta dimensión del bienestar humano (Kirkbride et al., 2024). La sensibilización y el activismo han impulsado un mayor reconocimiento de los problemas de SM, **promoviendo la adopción de políticas públicas orientadas a prevención y tratamiento**. En este contexto, la OMS ha subrayado la importancia de considerar la influencia del entorno en la SM, en particular, señala que, además de factores individuales, los factores sociales y contextuales incrementan el riesgo de experimentar problemas de SM (OMS, 2024). Asimismo, la OMS ha destacado que la SM y muchos trastornos comunes están moldeados por entornos sociales, económicos y físicos a lo largo del ciclo vital, lo que refuerza la necesidad de generar condiciones que favorezcan la SM desde una perspectiva integral, atendiendo tanto a determinantes individuales, como sociales y estructurales (OMS, 2014).

Determinantes sociales de la salud mental en la adolescencia

En este apartado, abordaremos de manera puntual algunos **determinantes de interés general**, para centrarnos, a continuación, en los ejes específicos del estudio: **pobreza/VS** y **SND**.

Para situar el análisis desde una perspectiva que amplie la visión del malestar adolescente, más allá de condicionantes individuales, introducimos el marco de los **determinantes sociales de la salud (DSS)** establecido por la OMS como uno de los enfoques más consolidados para comprender cómo las condiciones del entorno influyen en la salud de las personas y, por extensión, en su SM. En este sentido, los DSS definen “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para afrontar la enfermedad”, circunstancias que, a su vez, están moldeadas por fuerzas más amplias como la economía, las políticas sociales y la estructura de la sociedad (OMS, 2013).

Entre los principales condicionantes sociales se incluyen factores como vivienda, educación, ocupación, nivel de ingresos, condiciones de vida laboral, desempleo, protección social,

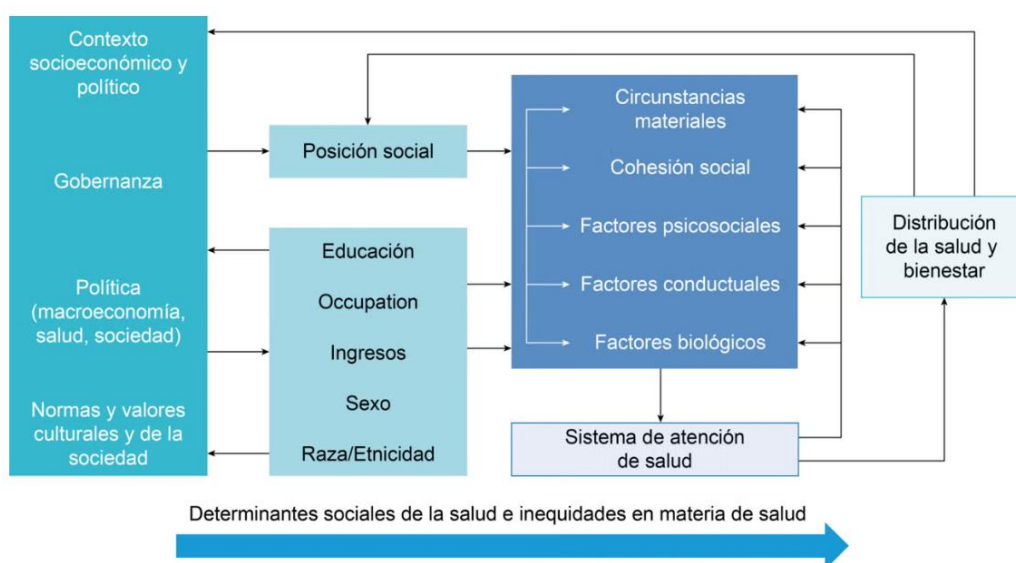
inseguridad alimentaria, desarrollo de la primera infancia, acceso a equipamientos básicos y medio ambiente, inclusión social y no discriminación, conflicto estructural y acceso a servicios de salud asequibles y de calidad digna. Esto permite **vincular la aparición, persistencia o agravamiento del malestar psicológico con la distribución desigual de recursos, barreras de acceso a las oportunidades y exposiciones a riesgos**, especialmente relevante en etapas vitales sensibles como la adolescencia.

Consecuentemente, la SM, en la medida que se considera un componente de la salud en general, se ve influida por los mismos determinantes sociales, de los cuales la pobreza e inequidad socioeconómica están fuertemente relacionadas con un mayor riesgo de desarrollar psicopatología. Tal como afirman Martínez y Pardo (2023):

Los determinantes sociales de la salud van a tener un papel muy relevante en el origen del malestar psicológico que viven nuestras sociedades. A la salud física le sigue la SM, término que muchas veces asusta, estigmatiza y también aleja a las personas de las verdaderas causas por las cuales sufrimos psíquicamente (pág. 18).

La introducción de este marco de DSS atribuye un salto cualitativo en la promoción de una perspectiva más holística e integradora de la salud y del bienestar.

Figura 1. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Tal como muestra la Figura 2, las condiciones de vida no dependen únicamente de decisiones individuales, sino que se distribuyen de forma desigual en función del **contexto socioeconómico y político** y de la **posición social**. La posición social, entendida como el lugar que ocupa una persona dentro de la estructura social —y determinado por factores como el nivel educativo, la ocupación, el nivel de ingresos, origen/raza/etnicidad, género, orientación sexual, entre otros— condiciona, a su vez, las circunstancias materiales, la cohesión social y diversos factores psicosociales, así como el acceso y la respuesta del sistema de atención de salud, configurando finalmente la distribución de la salud y el bienestar en la población.

Esta perspectiva permite comprender que las circunstancias sociales desfavorables, como son la pobreza y la VS contribuyen a una SM deficitaria y comportan algo más complejo que una exclusiva privación material. Los determinantes sociales pueden ser más influyentes que la atención sanitaria o las opciones de estilo de vida a la hora de explicar resultados en salud. En esta línea, diversas estimaciones sitúan la **contribución de los determinantes sociales entre el 30% y el 55%** de los resultados sanitarios y señalan que el peso de sectores ajenos al sistema de salud en dichos resultados puede superar el del propio sector sanitario (AIHW, 2023).

En dicho contexto, la niñez y la adolescencia suponen períodos críticos en el desarrollo evolutivo, donde las acciones y experiencias marcan de forma significativa, pudiendo condicionar las formas de afrontamiento a la diversidad de estímulos a los que se expone una persona en su medio social. Por lo que suponen las implicaciones futuras de sucesos y circunstancias que tienen lugar durante esta etapa vital, es de capital interés prestar atención a este grupo poblacional en cualquier análisis dirigido al abordaje de la SM en contextos de VS.

La OMS (2022) destaca el carácter doble de la potencialidad que implica la etapa infantil y adolescente para la SM en la edad adulta:

La primera infancia, la infancia y la adolescencia son edades de vulnerabilidad y de oportunidades en materia de SM. Los entornos de crianza, cuidado y aprendizaje de apoyo pueden ser enormemente protectores de la SM futura. Por otro lado, las experiencias adversas en la infancia aumentan el riesgo de presentar trastornos mentales (pág. 19).

En este sentido, detallamos a continuación algunos determinantes sociales de interés para el presente estudio.

Adversidad en la primera infancia

Hablamos de adversidad temprana para referirnos a la exposición a las experiencias adversas durante periodos prolongados de tiempo en la etapa de la infancia. Esta exposición en la infancia tiende a que las personas puedan experimentar fracturas en sus trayectorias educativa, laborales y en su salud física y mental en la vida adulta (Bøe et al., 2018).

Si tienes que seguir un curso académico, y vas a clase sin haber descansado suficiente, además necesitas apoyo en el estudio, y te es difícil encontrar a alguien que te ayude y además llegas a casa y tienes que compartir una habitación y hacer la tarea en esa misma habitación compartida, esas son condiciones que dificultan el aprendizaje [...] son factores de riesgo para que el aprendizaje, las condiciones de aprendizaje, de educabilidad, sean inferiores (E8, X2-X3).

No obstante, los factores de riesgo no determinan inevitablemente la SM de las personas, sino que aumentan la **probabilidad de desarrollar un problema según su exposición, contexto y momento en el que se experimenta el riesgo** (UNICEF, 2021). La vulnerabilidad frente a ellos varía en función de factores como la edad, el género, la duración del impacto y si los riesgos ocurren de manera secuencial o simultánea (BELLA study group et al., 2008). En términos generales, estos factores no operan de forma aislada, sino que suelen interactuar entre sí de forma particular en cada caso.

En las familias que carecen de condiciones materiales básicas como vivienda accesible, seguridad alimentaria, o tiempo suficiente para la crianza, el ocio y otras esferas de la vida, las experiencias adversas en infantes pueden intensificarse. En contextos marcados por situaciones de pobreza socioeconómica, el trabajo reproductivo y los cuidados recaen, principalmente, en las madres o se delegan a terceras personas —producto de la división sexual del trabajo y las cadenas de cuidados— las familias pueden expresar una sensación de angustia persistente al no poder dar soporte emocional a sus hijos e hijas, por el hecho de tener que garantizar la estructura material de sus familias. En ocasiones, padres y madres suelen presentar limitaciones asociadas con variables como la edad y el nivel de escolaridad (Sameroff & Rosenbaum, 2006), en donde factores como el **nivel educativo y la parentalidad temprana** pueden generar, en consecuencia, **menores oportunidades laborales e ingresos más bajos**, provocando un riesgo acumulativo de vulnerabilidad psicosocial. El tiempo de calidad para la crianza es también una limitación en familias monoparentales y/o con **jornadas laborales extensas**, ya que no pueden ofrecer una presencia afectiva constante lo cual impacta en el desarrollo socioemocional de niños y niñas.

Las madres verbalizan a menudo el sentimiento de pérdida de momentos clave en la vida de sus hijos —como sus primeras palabras o pasos—, lo que incrementa su malestar emocional y puede afectar la seguridad emocional de la infancia. Se trata de una falta de tiempo que genera tensión, angustia y frustración por tener que delegar el cuidado en terceras personas (E9, Z8).

En este contexto, resulta crucial promover **políticas sociales que impulsen los cuidados comunitarios y una parentalidad situada**, con un enfoque en derechos en infancia y familia, que vayan más allá del esfuerzo propio de las familias y sus comportamientos, y fomentar así la construcción de vínculos afectivos en la crianza más allá de modelos normativos y culturalmente sesgados.

Cuando hay pobreza, los padres pasan menos tiempo en casa y la conciliación familiar y laboral se vuelve fundamental. Si tienes que encadenar ‘mini trabajos’ —dos o tres empleos a tiempo parcial, uno por la mañana y otro por la tarde—, eso es un desastre para los chavales. Hasta los 12 tienes que estar con ellos; hasta los 7, sí o sí. Y luego, al menos, acompañarlos hasta los 14 o 15. (E4, Z5).

Por otro lado, el desarrollo del cerebro infantil también se ve afectado en niñas y niños expuestos a niveles elevados de adversidad —como abusos, amenazas o negligencia—. El estudio de Chan et al. (2024)³ concluye que la exposición a la adversidad temprana actúa inicialmente como un mecanismo de protección frente al estrés, como una **ventana más corta de neuroplasticidad⁴ y de aprendizaje adaptativo**, lo que se convierte en un factor de riesgo para la salud a lo largo de la vida, generando impactos duraderos. El cerebro infantil experimenta un desarrollo más rápido al habitual en el esfuerzo de adaptarse a las circunstancias adversas, esto sucede incluso cuando la exposición se produce en el período prenatal, como en los casos donde la madre

³ A partir de un estudio con neuroimágenes de 549 infantes, en el que analizaron las trayectorias del neurodesarrollo.

⁴ Definida como la capacidad del cerebro para reorganizar sus conexiones y modificar su funcionamiento en respuesta a nuevas experiencias o aprendizajes (Britannica, 2026).

padece problemas de salud física y/o mental durante el embarazo. Este ritmo acelerado consiste, al fin y al cabo, en un **mecanismo de adaptación** o incluso de supervivencia. Al acortarse esta ventana de oportunidad para el aprendizaje y la adaptación, el cerebro malogra su capacidad de ajuste, lo que puede conducir a un mayor riesgo para la SM a lo largo de la vida.

Crecer en un **entorno de pobreza** puede afectar regiones cerebrales clave como el hipocampo y la amígdala, implicadas en la regulación emocional y la respuesta al estrés (Noble et al., 2015). Además, la **inseguridad financiera** se ha vinculado a un aumento de hasta tres veces en la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en comparación con adolescentes de entornos estables (OXFAM Intermón & Consejo de la Juventud de España, 2024).

En contraste a lo anterior, proporcionar relaciones estables, receptivas, enriquecedoras y propicias durante los primeros años de vida puede prevenir o incluso revertir los efectos perjudiciales del estrés temprano, con beneficios duraderos para la salud (Harvard University, 2007).

Tabla 2. Factores de riesgo y protección relacionados con la adversidad temprana

Factores de Riesgo	Factores de Protección
<p>Adversidad temprana: exposición a experiencias que impactan durante periodos prolongados durante la infancia: cambios frecuentes de escuela, vivienda, barrios que impacta las trayectorias educativas y laborales futuras</p>	<p>Relaciones estables, receptivas y enriquecedoras en los primeros años puede prevenir o revertir efectos del estrés temprano con beneficios duraderos para aprendizaje, comportamiento y salud.</p>
<p>Carencia de condiciones materiales básicas en la familia: vivienda y entorno, alimentación y necesidades, salud y cuidados, tiempo, trabajo y estabilidad económica, educación y desarrollo, movilidad y servicios, comunidad y relaciones sociales</p>	<p>Políticas sociales sobre cuidados comunitarios y parentalidad situada, con un enfoque en derechos en infancia y familia.</p>
<p>Condiciones de vida en el hogar que dificultan el aprendizaje escolar: necesidad de apoyo académico, hacinamiento, habitación compartida, y falta de intimidad y de descanso</p>	<p>Vínculos afectivos en la crianza más allá de modelos normativos y culturalmente sesgados.</p>
<p>Clima familiar adverso por sobrecarga: ansiedad, frustración, impotencia y conflictos en el hogar derivados de sobrecarga emocional y estructural.</p>	
<p>Adversidad prenatal: Problemas de salud física y/o mental de la madre en periodo prenatal con efectos posteriores en la salud de hijos/hijas</p>	
<p>Efectos del estrés temprano en el neurodesarrollo: desarrollo cerebral acelerado como mecanismo de adaptación/supervivencia con afectación futura en la regulación emocional y probabilidad de riesgos en la SM en la adultez.</p>	
<p>Inseguridad financiera: probabilidad de experimentar síntomas de afectación en la SM.</p>	

Fuente: Elaboración propia.

Educación

La **educación** constituye uno de **los determinantes sociales más relevantes** para la SM en la adolescencia. Diversos factores estructurales —como el estatus socioeconómico, el nivel educativo de los progenitores y las condiciones del hogar— se configuran como predictores tanto del rendimiento académico como del bienestar psicoemocional de niños, niñas y adolescentes. Además, los centros educativos son, después del ámbito familiar, los principales agentes involucrados en la socialización de los individuos de esta edad, “generando experiencias significativas que les ayudan a construir su identidad, establecer relaciones interpersonales y desarrollar competencias emocionales, sociales y conductuales, como la autorregulación, la asertividad y la resiliencia” (Fonseca-Pedrero et al., 2023, p. 4).

Estas trayectorias se ven reforzadas por condicionantes asociados a trastornos específicos. Por ejemplo, la depresión se relaciona con patrones de sueño alterados y una peor calidad del descanso, lo que repercute en la capacidad de concentración y en el rendimiento académico (Choi, 2018). Asimismo, el **uso problemático de la tecnología** constituye un factor de riesgo adicional: un consumo elevado de redes sociales, especialmente durante la noche, y la fuerte implicación emocional en estas plataformas se vinculan con alteraciones del sueño y con mayores niveles de ansiedad y depresión (OCDE, 2018).

Desde un enfoque de desigualdades sociales, el nivel socioeconómico y el **estigma** asociado a la pobreza se asocia a peores resultados educativos y a mayores niveles de malestar emocional en la adolescencia. En este sentido, la escuela no solo constituye un espacio de aprendizaje formal, sino también un entorno clave de socialización y protección. Cuando se debilita su capacidad inclusiva, aumenta la exposición al aislamiento, la soledad y la cronificación de desigualdades que afectan directamente al bienestar psicosocial (Zoellner et al., 2025).

De las entrevistas realizadas, destacan reflexiones que resaltan que las estrategias de inclusión deben estar planificadas y acompañadas para no reproducir dinámicas de exclusión.

Sabemos que el ámbito educativo también puede actuar como un factor de protección. Quienes tienen mayor capacidad educativa —y no hablo de títulos— suelen ser más resistentes y están más protegidos frente a problemas de SM. Es un factor que, además, se puede trabajar. (E10, Z9)

Hacer consciente a la gente de la desigualdad es un primer paso, pero no puede quedarse solo ahí, por ejemplo, en el entorno educativo. El contacto entre adolescentes más y menos vulnerables no puede dejarse simplemente a la espontaneidad, porque se refuerzan estereotipos y expectativas —también las que el profesorado tiene sobre unos y otros—. Se trata de evitar estrategias educativas que acaben favoreciendo aún más a quienes ya están económicamente favorecidos frente a quienes están en desventaja. (E13, Z14)

En paralelo, destacan reflexiones que reconocen los límites de la institución escolar, además de su enorme potencial:

No podemos pedirle a la escuela que resuelva todos los problemas sociales: no es la única responsable. Su gran ventaja es que, al menos, hasta los 16 años —teóricamente hasta los 18—, y en la mayoría de los casos, es el único espacio donde los jóvenes conviven, donde tienen que convivir. Y eso, socialmente, es una gran oportunidad. (E11, Z10)

En conjunto, tanto la literatura científica como las aportaciones cualitativas sitúan a la escuela en una **posición ambivalente**: es un espacio que puede amplificar desigualdades si no se diseñan estrategias inclusivas, pero también representa un escenario privilegiado para promover cohesión social, vínculos protectores y entornos equitativos que contribuyan a mejorar la SM en la adolescencia.

Tabla 3. Factores de riesgo y protección relacionados con la educación

Factores de protección	Factores de riesgo
<p>Continuidad escolar como factor estabilizador (rutina, estructura diaria).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos educativos y apoyos que sostienen la continuidad de los estudios (materiales, refuerzo, orientación). - Oportunidad para generar pertenencia. <p>Desarrollo de autorregulación, asertividad y resiliencia a través de experiencias educativas significativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rutinas saludables y apoyo escolar para ordenar horarios y generar estabilidad (protección indirecta) <p>Estrategias inclusivas planificadas y acompañadas para evitar reproducción de estereotipos y favorecer la integración.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acciones que cuiden el contacto para generar vínculos y no polarización. 	<p>Condiciones del hogar que dificultan estudio/descanso (estrés, espacio, apoyo).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de apoyo en estudio y de recursos educativos - Falta de condiciones para el descanso (sueño) que repercute en concentración. - Depresión → alteraciones del sueño → impacto en la concentración y rendimiento académico. - Uso elevado/problemático de redes sociales <p>Estigma asociado a la pobreza con impacto en rendimiento y malestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Débil capacidad inclusiva del centro escolar - Estrategias educativas que reproducen la estructura de privilegios (favoreciendo a quienes están en ventaja frente a quienes están no lo están) - Segregación informal entre adolescentes “más y menos vulnerables”.

Fuente: elaboración propia.

Migración

Experimentar una **migración durante la adolescencia** implica desafíos complejos en diversos planos: personal, familiar, educativo, comunitario y socioeconómico. Este tránsito coincide con un periodo en el que se consolidan procesos esenciales del desarrollo—como la **construcción de la identidad y del sentido de pertenencia**—que pueden verse particularmente tensionados por el cambio de contexto y que influyen de manera directa en el BE.

Sostener un proceso de estas características con escasez de recursos materiales e internos —ya sea por falta de acceso o por situarse en edad de desarrollo— puede provocar significativos daños en la salud. En esta línea, la OMS (2025) sintetiza factores clave que influyen en la SM de las personas migradas y refugiadas, entre ellos destaca **factores de protección** como el apoyo comunitario y el papel de la escuela como espacio para generar redes y reducir el aislamiento. Entre los **factores de riesgo**, subraya la falta de cobertura de necesidades básicas y seguridad (ingresos, vivienda, empleo, documentación, alimentos), estigmatización (racismo, xenofobia y discriminación), la exposición a la adversidad y el trauma (violencia, explotación,

abusos), barreras idiomáticas y de acceso a servicios, desconocimiento de procesos administrativos y/o desconfianza institucional.

Las niñas y los niños en **situación de pobreza** o pertenecientes a **minorías étnicas y comunidades migradas** constituyen grupos de especial vulnerabilidad (UNICEF, 2021), y presentan una mayor prevalencia de síntomas asociados a problemas de SM.

La **experiencia migratoria** supone **impactos en las diferentes etapas** del proceso: antes, durante y después de experimentar el desplazamiento territorial (Tabla 4). El abandono del país de origen, la separación o ruptura de vínculos personales (amistades y familiares) y la adaptación a un nuevo entorno suelen ser importantes estresores; además, se suma la sobrecarga, la incertidumbre y otros sentimientos de angustia y soledad asociados a la magnitud de la experiencia.

Uno de los aspectos más relevantes que conectan migración y bienestar psicoemocional es la **fragilidad de las redes de apoyo**, que puede derivar en soledad percibida y aislamiento social, especialmente cuando se acumulan barreras culturales, económicas y administrativas.

Las personas migradas en situación de precariedad pueden sufrir soledad durante años por no dominar los recursos culturales del país de acogida. Es una pobreza en muchos sentidos: pobreza cultural —no conocer las herramientas ni ‘reglas del juego’— y pobreza económica, que impide cubrir requisitos mínimos como alojamiento, comida o la posibilidad de sentirse útil y ocupado en un trabajo. (E8, X2).

Tabla 4. *Etapas del proceso migratorio y factores de impacto en adolescentes*

Antes de la migración	Conflictos territoriales (geopolíticos, socioeconómicos, socioambientales); emergencias climáticas; desastres; persecución y/o violencia; motivos económicos, laborales, educativos o personales que impactan en la SM de las familias.
Durante la migración	El trayecto puede conllevar experiencias de desarraigo, separación familiar, violencia, abuso o explotación.
Después de la migración	Barreras estructurales debido al desconocimiento de la administración local y la imposibilidad de regularizar la situación administrativa (permisos de residencia), provocando limitaciones en el acceso a la vivienda, mercado laboral, ingresos estables y a las redes de apoyo que fuerzan a las personas a una situación de exclusión social, con riesgos de deportación en ocasiones.
Integración y asentamiento	Condiciones precarias de trabajo y/o desempleo; bajos ingresos económicos; barreras burocráticas, culturales e idiomáticas; estigmatización por razones culturales, religiosas y de género; experiencias xenófobas, discriminatorias y de aislamiento social; limitación o exclusión en el ejercicio de derechos.

Fuente: Elaboración propia a partir de OMS (2025).

La **exposición a la adversidad**, en cualquiera de las etapas, incrementa el riesgo de sufrir problemas de SM. En la literatura se describen sintomatología como: ansiedad, depresión, trauma y trastorno de estrés posttraumático (TEPT); y se ha documentado una **mayor vulnerabilidad en población infantil y adolescentes migrados** (UNICEF, 2021). Asimismo,

se ha señalado una mayor incidencia de sintomatología psicótica —por causas económicas— en poblaciones de personas migradas, refugiadas y sus descendientes, con una especial vulnerabilidad en niños, niñas y adolescentes (Martin & Hadwin, 2022).

Un momento especialmente crítico en el desarrollo de las personas es la **transición a la vida adulta**. Parte de los y las adolescentes migrados son acogidos en el sistema de protección, pero al cumplir los 18 años pueden quedar expuestos a una salida abrupta hacia un mundo adulto para el que no siempre disponen de apoyos estables. Mañas (2019) identifica esta transición como uno de los problemas más graves, al quedar “en situación de desamparo y en la más absoluta soledad” (p. 25).

Este salto abrupto a una nueva etapa vital y a un cambio de contexto social, cultural y económico —atravesado muchas veces por la soledad y el desamparo— también se refleja en el trabajo de campo. Tal como señala una de las personas entrevistadas, “en el tema de los jóvenes —aquí en Catalunya lo vemos muy claro con la llegada de población joven migrante—, estos jóvenes son acogidos, pero al cumplir los 18 es como: ‘oye, ya eres adulto; adiós, muy buenas’” (E3, Z3). La falta de redes de soporte y las barreras estructurales que acompañan esta transición provocan impactos directos en el BE y en la posibilidad de construir un proyecto vital con dignidad.

Aunque muchas situaciones y dificultades pueden asemejarse a las que experimenta la juventud autóctona (incertidumbre, consumo, ansiedad o estados depresivos), la diferencia central reside en que la **escasez de recursos** materiales, relacionales e institucionales **incrementa la sensación del malestar y reduce los medios de afrontamiento**, aspecto clave a tener en cuenta en el abordaje socioeducativo y de SM.

Tal como señala una informante especializada, estas barreras se intensifican cuando se amplifica la situación de vulnerabilidad, dificultando el abordaje de problemáticas complejas que puede aumentar los riesgos, gravemente, cuando la exposición al daño se prolonga. Desde su visión, la especialista propone comprender la situación desde dos transiciones que suelen solaparse: un **tránsito cultural** —adaptación entre cultura de origen y de acogida— y un **tránsito vital** —paso de la infancia a la adultez—.

También existen barreras, como la idiomática. Y cuando la situación de vulnerabilidad es extrema, se vuelve muy difícil abordar problemáticas complejas: experiencias traumáticas, consumo de tóxicos, sintomatología ansiosa o depresiva, conductas autolíticas... En algunos casos, cuando esa vulnerabilidad se mantiene en el tiempo, puede favorecer la aparición de trastornos mentales graves, como la psicosis. (E15, Y1).

Achotegui et al., (2015), destaca del riesgo de **psiquiatrizar** de forma inadecuada reacciones asociadas a estresores extremos, si no se reconoce el carácter reactivo del cuadro. De este modo, nos advierte que no se puede establecer una relación directa y banal entre “migrar” y “desarrollar un trastorno mental”, siendo preciso **comprender el malestar desde un enfoque de estrés** que puede afectar a las personas durante el tránsito, especialmente, cuando convergen múltiples factores de riesgo.

Desde esta concepción, el autor acuña el término **Síndrome de Ulises** o “síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple” para describir el estrés extremo, crónico y múltiple que experimentan algunas personas migradas, que se describe como una respuesta ligada a

condiciones de alta adversidad, sostenidas en el tiempo, cuando desbordan los recursos de afrontamiento (Achotegui et al., 2015). El término explica como un duelo migratorio extremo —en donde una persona que sufre exposición a estresores de gran intensidad— desarrolla una **sintomatología de respuesta** a la sobrecarga.

Entre los **estresores más relevantes** se incluyen la separación forzada de seres queridos, la desesperanza ante la amenaza de fracaso del proyecto migratorio, la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia, el miedo constante, el riesgo de detención o deportación y una situación de indefensión vinculada a la falta de derechos. El impacto de la exposición se agrava al prolongarse en el tiempo o cuando ya no pueden modificarse las condiciones, ya sea por falta de recursos o apoyos. La sintomatología de respuesta puede abarcar fatiga, cefaleas y otros síntomas que, en ocasiones, pueden confundirse con cuadros graves. Por ello se subraya la importancia de un diagnóstico diferencial, evitando tanto la minimización del sufrimiento como la atribución automática a diagnósticos clínicos, cuando el malestar se entiende como respuesta a una adversidad extrema y persistente. La VS no solo incide en quienes han experimentado un proceso migratorio en primera persona, sino que, también puede afectar a la segunda generación de origen migrante que puede presentar cuotas de malestar emocional y problemas de SM asociados a problemáticas identitarias, ambivalencia cultural, expectativas familiares y dificultades de integración (Lerías et al., 2025), que afectan la autoestima y el sentido de pertenencia.

Los resultados de Achotegui et al., (2015), de enfoque clínico-asistencial, y su marco conceptual del **Síndrome de Ulises** resulta provechoso para el abordaje de este estudio, ya que ordena mecanismos especialmente relevantes en la adolescencia como el déficit de redes y la soledad, la ausencia de oportunidades (educativas y laborales) y la dificultad para cubrir necesidades básicas, factores que inciden en la identidad y el sentido de pertenencia, la inclusión laboral y la construcción de un proyecto vital. Todo esto nos permite conectar de manera explícita el malestar psicoemocional con los ejes que atraviesan el estudio: pobreza/ VS y soledad (no deseada).

Tabla 5. Factores de riesgo y protección relacionados a los procesos migratorios

Factores de riesgo	Factores de protección ⁵
<p>Antes de la migración</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición a conflictos (geopolíticos, económicos, ambientales) - Pobreza, violencia y/o persecución <p>Durante la migración</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarraigo y separación familiar - Exposición a violencia y/o explotación - Ausencia/fragilidad de redes - Situación administrativa irregular <p>Integración/asentamiento</p>	<p>Resiliencia cultural</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conservación de la identidad y pertenencia a los orígenes que reduce el desarraigo: uso de lengua propia, costumbres, valores - Prácticas culturales que favorecen acompañamiento, compartir recursos y herramientas - Conocer/incorporar códigos del territorio de acogida: tránsito cultural (conocimiento de la cultura y lengua)

⁵ Factores de protección de la SM que facilitan la adaptación de los adolescentes migrados

Factores de riesgo	Factores de protección ⁵
<ul style="list-style-type: none"> - Barreras sociales: administrativas, económicas, culturales, lingüísticas - Estigma, racismo y exclusión por identidad cultural, religiosa y/o de género: tensiones con la población de acogida y aislamiento - Pobreza cultural: “no dominar recursos culturales / reglas del juego” <p>Transición a la vida adulta (18 años):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transito cultural/vital: salto abrupto del sistema de protección - Segunda generación de origen migrante con tensiones de identidad y culturales: dificultades de integración; expectativas familiares <p>Adversidad extrema y persistente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de problemáticas complejas: trauma, consumo, ansiedad, depresión, conductas autolíticas - Síndrome de Ulises: estrés crónico y múltiple; duelo migratorio extremo por estresores intensos y sostenidos. - Separación forzada, desesperanza por fracaso del proyecto migratorio, falta de oportunidades, supervivencia, amenazas, riesgo de detención, deportación, falta de derechos. 	<p>local, participación en espacios para adolescentes)</p> <p>Apoyo comunitario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redes comunitarias en territorio de acogida: reducción del aislamiento - Acceso a servicios sin barreras: información, idioma, confianza y enfoque de diagnóstico diferencial (evitar psiquiatrización)

Fuente: elaboración propia

Entorno físico

La SM de infantes y adolescentes está profundamente condicionada por las características del lugar donde viven y crecen. La Organización Panamericana de la Salud como la Organización Mundial de la Salud (OPS) destaca que las condiciones de la vivienda, la calidad del vecindario y del entorno comunitario, así como el acceso a servicios y recursos básicos, influyen de manera decisiva en el bienestar psicológico.

Contar con una **vivienda estable** y en condiciones adecuadas constituye un requisito fundamental. La inestabilidad residencial, como muestran estudios recientes (Zehrunge et al., 2024), debe considerarse un problema de salud pública, pues se asocia con mayor riesgo de ansiedad, depresión y con dificultades en el acceso a tratamiento entre la población joven. A ello se suman factores como el hacinamiento, la humedad o la sobreocupación, que generan un malestar cotidiano y aumentan el riesgo de problemas emocionales. La falta de una vivienda estable, combinada con otros determinantes sociales de la salud, afecta el desarrollo general de

niños y niñas, incidiendo especialmente en el riesgo de padecer ansiedad y depresión, así como en las dificultades de acceso al tratamiento en jóvenes de 6 a 17 años⁶.

Estamos hablando de niños y niñas que viven en vivienda precaria y que, a veces, ni siquiera tienen habitación propia. Hemos visto casos de menores que duermen en un sofá. No poder cerrar una puerta, no tener un lugar seguro donde descansar, pensar o estudiar, tiene un impacto enorme: repercute en la SM y también en el ámbito educativo. (E20, X7)

El **barrio** también desempeña un papel crucial. La percepción de inseguridad, la falta de zonas verdes o espacios recreativos, la contaminación ambiental o la ausencia de transporte seguro y accesible limitan las oportunidades de socialización y participación, y se vinculan con mayores niveles de estrés y síntomas depresivos. Tal como recoge el trabajo de campo, “los barrios influyen mucho, tenemos a chicos y chicas que están en situaciones de trastornos de SM, con aislamiento y salen a algunos barrios que pueden vivirse como barrios peligrosos con muchos estímulos también” (E24, Y4). Por el contrario, los entornos comunitarios seguros, cohesionados y dotados de infraestructuras y servicios —desde centros educativos hasta espacios culturales o deportivos— actúan como factores protectores que favorecen el sentido de pertenencia, el apoyo mutuo y la resiliencia de los y las adolescentes.

La **integración en actividades comunitarias y educativas** refuerza además la autoestima, el desarrollo de habilidades sociales y la capacidad de regulación emocional, mientras que la falta de recursos accesibles incrementa el riesgo de aislamiento y SND. La evidencia muestra que el apoyo social generado en estos entornos puede mitigar los efectos negativos de otros determinantes de riesgo, especialmente en contextos de pobreza o vulnerabilidad habitacional (Schütz et al., 2025).

Tabla 6. Factores de riesgo y protección relacionados al entorno físico

Factores de riesgo	Factores de protección
<p>Vivienda</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad: cambios frecuentes de vivienda, desahucios, amenaza de pérdida - Precariedad: infraestructuras inadecuadas, dimensiones reducidas (m²), falta de privacidad y de espacios seguros para el descanso y el estudio. <p>Barrio y entorno comunitario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepción de inseguridad - Falta de zonas verdes, espacios recreativos, y contaminación ambiental. - Ausencia de transporte seguro y accesible. 	<p>Vivienda</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estable y en condiciones adecuadas. <p>Barrio y comunidad vecinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entornos seguros, zonas verdes y recreativas - Infraestructuras y servicios: centros de salud, educativos, culturales y deportivos - Transporte seguro y accesible: acceso a recursos, movilidad y participación. <p>Vínculos y participación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acceso a actividades comunitarias y educativas: refuerza autoestima, habilidades sociales y regulación emocional - Apoyo social y redes: promueve colaboración, intercambio de recursos, acceso a la información.

Fuente: Elaboración propia

⁶ A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil de 2002 en EE. UU.

Discriminación étnico-racial

La discriminación étnico-racial constituye un determinante social de gran impacto en la SM adolescente. Lejos de ser un fenómeno aislado, se manifiesta en múltiples niveles: el **racismo estructural** —reflejado en la segregación escolar y residencial, las desigualdades materiales y las barreras de acceso a recursos y a las oportunidades—; el **racismo interpersonal**, expresado en interacciones cotidianas —comentarios discriminatorios, acoso, agresiones—, y el **racismo internalizado** que lleva a los adolescentes racializados a reproducir los prejuicios recibidos impactando sobre ellos mismos —construcción de la identidad, autoestima, sentido de pertenencia—: “llegar a un centro educativo y percibir un trato diferente por el origen genera un malestar muy intenso; en la adolescencia se vive con especial profundidad” (E2, Z2).

Las experiencias de **discriminación** reiterada actúan como estresores crónicos que pueden desencadenar síntomas de depresión, ansiedad, problemas de conducta y somatización, e incluso aumentar el riesgo de ideación suicida (Benner et al., 2018). Los efectos se acumulan a lo largo del tiempo, de modo que las agresiones cotidianas, aunque puedan parecer menores, generan un desgaste psicológico progresivo que limita un desarrollo saludable.

La evidencia científica es consistente en señalar esta relación: una revisión sistemática mostró que los niños, niñas y adolescentes que reportan experiencias de racismo presentan peor SM y bienestar que sus pares no discriminados (Priest et al., 2013). Del mismo modo, un metaanálisis con más de 200 estudios indica robustas **asociaciones entre discriminación** étnico-racial y un **incremento en síntomas** que afectan la SM como depresión, ansiedad, baja autoestima y bajo rendimiento académico en adolescentes (Benner et al., 2018). Estos hallazgos se enmarcan en un cuerpo más amplio de literatura que señala cómo la discriminación racial constituye un determinante crítico en las desigualdades de salud (Williams & Mohammed, 2009).

En este sentido, resulta pertinente abordar la construcción de las identidades desde un enfoque bioecológico e interseccional⁷: como procesos de reconocimiento o resiliencia comunitaria. Este marco permite comprender cómo la identidad no es un estado interno estable sino un proceso relacional, situado y profundamente condicionado por contextos de poder; y, que, el bienestar identitario depende de la seguridad, las oportunidades, el apoyo social y el acceso a recursos, más allá de atributos individuales. Este enfoque evita responsabilizar a los y las jóvenes de “no tener” una identidad suficientemente positiva y desplaza la mirada hacia las estructuras que habilitan o limitan la posibilidad de construirla.

Desde esta perspectiva, destacamos algunos factores que actúan como protectores, atendiendo a un marco estructural, contextual y de resiliencia —como abordamos en este estudio— y que apuntan a la transformación social.

⁷ Rodríguez Galdames, J. T. (2025). Identidad y reconocimiento: un abordaje desde el enfoque bioecológico e interseccional

Tabla 7. Factores de riesgo y protección relacionados a la discriminación étnico-racial

Factores de riesgo	Factores de protección
<p>Racismo estructural</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segregación escolar y residencial, desigualdades materiales y barreras de acceso a recursos y oportunidades - Trato diferencial por razones de origen, <p>Racismo interpersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discriminación étnica o por origen - Insultos, agresiones cotidianas, acoso escolar, exclusión <p>Racismo internalizado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Internalización de prejuicios y reproducción de la violencia estructural → impactos sobre identidad, autoestima, sentido de pertenencia. 	<p>Nivel institucional (políticas públicas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación inclusiva con atención al estigma y la exclusión: abordaje de la construcción de la identidad desde enfoque ecológico, interseccional y resiliencia comunitaria → Enfoque en las estructuras sociales y evitar sesgos individualistas <p>Nivel comunitario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento y acompañamiento ante la discriminación; validación del malestar, rutas de apoyo → evitar internalización del racismo y el aislamiento - Participación en espacios que favorezcan redes de apoyo y diversidad cultural → sentido de pertenencia, refuerzo del autoestima y bienestar psicoemocional.

Fuente: *Elaboración propia.*

Discriminación por orientación sexual y la identidad de género

Las violencias recibidas por población adolescente como consecuencia de una identidad sexual y/o de género no normativa sitúa a este colectivo entre los perfiles más vulnerables y propensos a desarrollar problemáticas relacionadas con la SM y el BE.

Las investigaciones coinciden en que la **discriminación, el rechazo familiar, el acoso escolar y la ausencia de referentes positivos** son factores de riesgo significativos que se asocian con mayores tasas de depresión, ansiedad, ideación suicida y autolesiones (Russell & Fish, 2016). De acuerdo con la Confederación Salud Mental España y la Fundación Mutua Madrileña (2023), las personas LGTBIQ+ reportan en mayor medida haber sufrido depresión (55,4%), ansiedad prolongada (48,2%), ideación o intento de suicidio (32,1%) y autolesiones (19,5%). En el ámbito escolar, los datos muestran desigualdades evidentes: un informe reciente señala que cerca del 42% de adolescentes LGTBIQ+ de entre 12 y 17 años han sufrido acoso escolar, y que, en cerca del (64%) de los casos, los centros educativos no intervinieron adecuadamente (Federación Estatal LGTBI+, 2024).

La evidencia internacional respalda estos hallazgos. El metaanálisis de Marshal et al. (2011) mostró que los y las adolescentes LGTBIQ+ presentan tasas de **ideación suicida** y de **intentos de suicidio** significativamente más altas que sus pares heterosexuales. Del mismo modo, Russell & Fish (2016) documentan que el estrés derivado del estigma y la victimización constituye un determinante crítico de la SM en esta población.

El acceso a la atención psicológica de calidad también presenta limitaciones. Aunque algunos estudios reportan una mayor prescripción de psicofármacos en adolescentes LGTBIQ+, no se observan diferencias significativas en el acceso a terapias psicológicas, lo que apunta a barreras

económicas, familiares y estructurales (Puckett et al., 2018). Sin embargo, el **apoyo familiar** se ha identificado como un factor protector clave, capaz de mejorar la autoestima y mitigar los efectos del estigma y la discriminación (Ryan et al., 2010).

En este sentido, resulta fundamental que tanto las **instituciones educativas** como los **servicios sanitarios** refuercen la protección, prevengan la discriminación y aseguren el acceso a recursos especializados. La creación de entornos seguros y afirmativos constituye una condición necesaria para promover el BE y la SM de adolescentes LGTBIQ+.

Tabla 8. Factores de riesgo y protección relacionados a la orientación sexual y al género

Factores de riesgo	Factores de protección
<p>Entorno social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estigma, discriminación y victimización - Desigualdad de trato, rechazo o exclusión por identidad LGTBIQ+ → miedo y estrés constante por prejuicios, señalamientos, deslegitimación 	<p>Sistema sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acceso a recursos especializados y atención psicológica con enfoque de género y perspectiva LGTBIQ+ - Atención con trato igualitario, prevención y protección frente a la discriminación
<p>Entorno escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acoso: hostigamiento, burlas, rechazo, exclusión y otras formas de violencia - Respuesta insuficiente del centro educativo ante el acoso → Intervenciones (o falta de ellas) inferiorizantes o revictimizatorias 	<p>Entorno educativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar las relaciones igualitarias - Refuerzo de la protección y prevención de la discriminación - Intervención adecuada del centro educativo ante el acoso (respuesta institucional). - Creación de entornos escolares seguros y afirmativos para promover BE y SM.
<p>Entorno familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de aceptación, apoyo o reconocimiento → aislamiento e impacto en la autoestima. - Ausencia de referentes positivos: no contar con modelos o adultos/iguales visibles y afirmativos → Dificultan la construcción de identidad y pertenencia. 	<p>Apoyo familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo familiar como factor protector clave: mejora autoestima y mitiga efectos del estigma y la discriminación.

Fuente: elaboración propia

Desigualdades por razón de género

Las normas sociales, los estereotipos y las expectativas asignadas según el género influyen en cómo se vive el malestar y en las posibilidades de expresarlo, pedir ayuda y recibir apoyo, generando diferencias significativas en la identificación y el acompañamiento de su sufrimiento emocional.

Cabe señalar que, según los registros clínicos de Atención Primaria analizados por el Ministerio de Sanidad, la frecuencia de los problemas de SM es mayor en mujeres en la edad adulta, mientras que hasta los 19 años se observa una mayor frecuencia en hombres; a partir de los 20 años, la frecuencia es superior en mujeres y la diferencia aumenta progresivamente (Ministerio de Sanidad, 2021).

Durante el proceso de entrevistas, diversas personas informantes señalaron que **la socialización de género sitúa a las chicas en una relación temprana con las tareas de cuidado** —social, afectivo y emocional—, lo que favorece que dispongan de mayor legitimidad social para verbalizar sus emociones y buscar apoyo en entornos relacionales. Esta “autorización” para expresar el malestar no responde a cualidades innatas, sino a expectativas culturales que asignan a las mujeres la **responsabilidad de sostener lo emocional** y el trabajo del cuidado. Por el contrario, los chicos se enfrentan a mandatos de masculinidad normativa que sancionan la vulnerabilidad, refuerzan el autocontrol emocional y promueven formas de afrontamiento basadas en el silencio, el retraimiento o la externalización del malestar en forma de conductas de riesgo o violencia. Estas normas de género no solo restringen su capacidad para expresar emociones de manera segura, sino que también **limitan el acceso de los chicos a espacios de cuidado**, validación afectiva y redes de apoyo, generando desigualdades estructurales en la identificación, comprensión y acompañamiento del sufrimiento psicológico.

A los chicos, a lo mejor, les cuesta más interiorizar y conocerse a sí mismos en determinados momentos, porque sienten que no pueden abrirse ni mostrar vulnerabilidad. Y, al final, esa vulnerabilidad —que también es una forma de fortaleza— es justo lo que les falta. (E14, X4)

En esta línea, los datos del cuestionario refuerzan que **el malestar y las preocupaciones pueden estar modulados por género**: en el ítem “me preocupan mis planes de futuro”, el acuerdo alto (4–5) es más frecuente en chicas (77,1%) que en chicos (48,6%).

También se destaca la mayor importancia que las chicas suelen otorgar a la red de apoyo, tanto en relación con las amistades como con la familia o el profesorado de confianza, aspecto señalado también por personas informantes del estudio (E3, Z3; Z4). La **valoración de los vínculos como recurso protector** puede tener un efecto positivo sobre la SM; sin embargo, estas redes también pueden convertirse en una fuente de presión cuando no cumplen una función de sostén o cuando reproducen dinámicas de exigencia, comparación o incluso dependencia, generando tensiones que pueden intensificar el malestar emocional. En esta línea, una de las personas entrevistadas señalaba que, según lo observado en el trabajo de campo, “las mujeres o las chicas suelen tener más capacidad para generar redes de apoyo que los chicos” (E18, Y3).

De forma consistente, en el cuestionario **las chicas reportan con mayor frecuencia un apoyo relacional intenso**: acuerdo alto (4–5) en “comparto cosas importantes con mis amigos/as” (80,4% chicas vs. 54,3% chicos), “mis amigos/as son un apoyo” (76,6% vs. 57,1%) y “tengo un miembro de mi familia a quien acudo cuando lo necesito” (80,9% vs. 68,6%), así como en “formo parte de al menos un grupo de amigos/as” (72,9% vs. 54,3%).

Estas desigualdades también se reflejan en la forma en que adolescentes y personas adultas interpretan el sufrimiento según el género: **el malestar expresado por las chicas suele ser más visible, pero a menudo se minimiza como exageración** o como parte “normal” de la adolescencia. En cambio, **el sufrimiento de los chicos tiende a pasar desapercibido o a ser leído exclusivamente como problemas de conducta**, lo que dificulta su identificación temprana y el acceso a apoyos adecuados.

Por otro lado, las experiencias de adolescentes que **no encajan en las normatividades de género binario** —como las personas trans, no binarias o con expresiones de género no

normativas— **evidencian formas específicas de sufrimiento vinculadas a la discriminación, la incomprensión familiar y escolar, y la ausencia de referentes** seguros con quienes identificarse. El malestar que experimentan no responde a un déficit individual, sino a la presión de un sistema de género coercitivo que sanciona las identidades disidentes y limita su acceso a espacios de seguridad, reconocimiento y acompañamiento. Estas vivencias, atravesadas por el **estigma** y la **violencia simbólica** que operan sobre las identidades disidentes, se ven agravadas por la invisibilidad institucional y la falta de recursos adaptados a sus necesidades. Lo que repercute directamente en su SM y limita su acceso a espacios de cuidado, acompañamiento y reconocimiento.

Sumado a ello, la **perpetuación de estereotipos de género** en el seno de la sociedad y entre los agentes que acompañan a niños, niñas y adolescentes puede generar diferencias significativas en la manifestación del malestar emocional. En muchos casos, los chicos socializados bajo mandatos de masculinidad normativa tienden a expresar el sufrimiento mediante formas externalizadas —como la impulsividad o conductas de riesgo—, mientras que las chicas, expuestas a expectativas de autocontrol emocional y disponibilidad afectiva, suelen canalizarlo a través de síntomas internalizados como la ansiedad o la tristeza. Estas diferencias no responden a disposiciones innatas, sino a estructuras y normas de género que condicionan qué emociones son permitidas, cómo pueden expresarse y quién recibe apoyo. Ante esta realidad, resulta imprescindible incorporar una perspectiva interseccional y de género en las intervenciones en SM adolescente. No se trata únicamente de visibilizar experiencias diferenciadas, sino de cuestionar y transformar las condiciones que reproducen desigualdades, garantizando que todas las personas puedan acceder a espacios de escucha, reconocimiento y acompañamiento emocional, con independencia de su género, identidad o forma de expresar el malestar.

Tabla 9. Factores de riesgo y protección relacionados a las desigualdades de género

Factores de riesgo	Factores de protección
<p>Normas y mandatos de género</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mandatos de masculinidad normativa: sanción de la vulnerabilidad; refuerzo de autocontrol emocional - Externalización del malestar en forma de conductas de riesgo o violencia. - Limitación de acceso a espacios de cuidado, validación afectiva y redes de apoyo → desigualdades en identificación, comprensión y acompañamiento del sufrimiento psicológico. <p>Redes de apoyo como fuente de presión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redes que no cumplen función de sostén o que reproducen exigencia, comparación, o dependencia. <p>Invisibilización / interpretación sesgada del sufrimiento según género</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malestar expresado por chicas: más visible, pero puede minimizarse como 	<p>Recursos relacionales y apoyo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Legitimidad social para verbalizar emociones y pedir ayuda. - Redes de apoyo con función real de sostén. - Apoyo relacional intenso <p>Identificación y acompañamiento del malestar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación más temprana del sufrimiento psicológico cuando existe verbalización y búsqueda de ayuda en entornos relacionales. - Espacios de cuidado, validación afectiva y acompañamiento emocional (cuando son accesibles y no restringidos por mandatos de género). <p>Enfoque institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perspectiva interseccional y de género en intervenciones de SM adolescente

Factores de riesgo

- exageración o como "normal" de la adolescencia.
- Malestar en chicos: puede pasar desapercibido o interpretarse solo como problemas de conducta → dificulta identificación temprana y acceso a apoyos adecuados.
 - En personas trans, no binarias o con expresiones no normativas: discriminación, incomprensión familiar y escolar y ausencia de referentes seguros.

Factores de protección

- (orientada a garantizar escucha, reconocimiento y acompañamiento para todas las personas, independientemente de género/identidad/expresión del malestar).
- Acceso a espacios de seguridad, reconocimiento y acompañamiento para personas trans, no binarias o con expresiones de género no normativas (como condición protectora frente al estigma y la discriminación).

Pobreza, vulnerabilidad social y salud mental: consecuencias y escudos

Apunte sobre la relación entre pobreza y vulnerabilidad social

Resulta fundamental distinguir entre pobreza y VS, conceptos que, aunque relacionados, no son equivalentes. La pobreza se refiere principalmente a la carencia de recursos económicos necesarios para cubrir las necesidades básicas, mientras que la VS abarca dimensiones relacionales, institucionales y simbólicas que influyen en la calidad de vida, incluso cuando la pobreza material no es extrema. Por ello, es crucial identificar con precisión los distintos ejes de vulnerabilidad y atender a sus características y efectos diferenciados.

En este sentido, la **pobreza —entendida como privación de recursos materiales—** puede actuar como un factor de riesgo de primer orden y, en muchos casos, activar o intensificar otros ejes de vulnerabilidad: inestabilidad residencial, inseguridad alimentaria, estrés familiar, sobrecarga de cuidados, dificultades de conciliación, entornos escolares con menos recursos, menor acceso a actividades de ocio y socialización, o mayores barreras para acceder a servicios de salud (OMS, 2022). La evidencia también muestra una asociación consistente entre un nivel socioeconómico bajo y problemas de SM en la infancia y la adolescencia, especialmente cuando esta situación se prolonga en el tiempo o se agrava (Reiss, 2013).

La **VS integra dimensiones estructurales**, en donde emergen procesos como la estigmatización, la discriminación, el aislamiento, la falta de redes de apoyo o las barreras administrativas y culturales. Tal como señalan autores como Bourdieu (1999) y Wacquant (2007), estos procesos no son hechos aislados, sino efectos de estructuras sociales que genera una **distribución desigual de los recursos** —materiales, simbólicos y relacionales— y que definen qué grupos reciben reconocimiento y cuáles quedan relegados. En este sentido, las barreras estructurales operan reforzando posiciones de desventaja: limitan el acceso a derechos, erosionan la participación y restringen las oportunidades de construir vínculos protectores, intensificando la vulnerabilidad incluso cuando no existe pobreza extrema.

En este sentido, resulta necesario identificar los distintos ejes de vulnerabilidad atendiendo a sus características y efectos específicos, evitando tanto las lecturas reduccionistas que atribuyen todo el malestar a la falta de ingresos como aquellas que invisibilizan el impacto material de la privación. Esta precisión permite comprender con mayor claridad qué factores están en juego en cada caso, cómo se combinan en la vida cotidiana y qué respuestas —económicas, educativas, comunitarias, sanitarias o de protección social— son más adecuadas para interrumpir los ciclos de desventaja (OMS, 2022).

Según la Real Academia Española, la vulnerabilidad se define como la cualidad de “ser herido, recibir daño o ser afectado por alguna circunstancia adversa”. Esta definición, centrada en la susceptibilidad al daño, adquiere una dimensión más compleja cuando se traslada al ámbito social. En este contexto, la VS no se entiende como una condición individual, sino como:

Una condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar -en tanto a subsistencia y calidad de vida- en contextos socio históricos y culturalmente determinados (Perona y Rocchi, 2001, p.1).

La **VS** no se explica únicamente por condiciones individuales, sino que está profundamente determinada por las estructuras sociales y las dinámicas del entorno. Como señala Adger (2006), son precisamente las **condiciones contextuales** —económicas, institucionales y culturales— las que pueden agravar el **riesgo de exclusión y deterioro del bienestar**. La VS surge de la interacción entre desigualdades económicas, discriminación, estigmatización y barreras en el acceso a derechos fundamentales como la educación, la salud, la vivienda o el empleo. No se trata, por tanto, solo de una carencia de recursos materiales, sino de un entramado de **condiciones sociales, políticas y culturales** que limita las posibilidades de autonomía, bienestar y participación. En esta línea, una de las personas entrevistadas señalaba que “en las investigaciones que se realizan sobre felicidad y bienestar, se encuentra que en los lugares donde existe más equidad, es decir, menos diferencias sociales, las personas encuentran mayor satisfacción vital y menos problemas de salud emocional” (E3, Z4), reforzando así la idea de que la distribución desigual de recursos y oportunidades tiene efectos directos sobre el bienestar psicosocial.

Factores de riesgo y protección asociados a la pobreza y la vulnerabilidad social

Durante la adolescencia, la **interacción con el grupo de iguales** y el **sentido de pertenencia** juegan un papel fundamental en el BE. Sin embargo, para muchas personas adolescentes en situación de VS, estas conexiones se ven profundamente afectadas por **condiciones estructurales** como la pobreza, la inseguridad residencial, la discriminación o la falta de acceso a espacios seguros de socialización. La ausencia de vínculos significativos no es únicamente una experiencia individual, sino el reflejo de un entorno que no garantiza las condiciones necesarias para el desarrollo de relaciones saludables y protectoras.

Si además por el tema económico no puedo apuntarme a lo mismo que los demás, porque económicamente mi familia eso no se puede mantener. Tengo más papeletas de experimentar soledad porque tengo menos oportunidades de relaciones sociales que me ayuden a que si en mi aula (E2, Z2).

En este contexto, la **falta de redes de apoyo** puede derivar en inseguridad, bajo rendimiento académico y una mayor predisposición a síntomas depresivos en la adultez (Qualter et al., 2015). De hecho, se estima que el 77,8% de las personas adolescentes que experimentan soledad presentan algún tipo de problema psicológico, frente al 34,8% de quienes cuentan con apoyos sólidos (Fundación ONCE & Soledades, 2022). Esta brecha se intensifica en entornos precarizados, donde las y los jóvenes disponen de menos oportunidades para construir relaciones de confianza fuera del ámbito familiar o escolar, lo que limita su acceso a espacios seguros de socialización y refuerzo emocional.

Además, en contextos de exclusión, el uso excesivo de redes sociales —a menudo la única vía de conexión social accesible— puede intensificar aún más la sensación de soledad. Cuando las interacciones digitales sustituyen las relaciones cara a cara, aumenta la insatisfacción emocional y el aislamiento, especialmente entre adolescentes que ya parten de situaciones de fragilidad social (Twenge et al., 2018). Esto evidencia que la SND en la adolescencia no puede comprenderse sin atender a los factores estructurales que la condicionan y perpetúan.

Desde esta perspectiva, la soledad no es únicamente un síntoma individual, sino también la expresión de una red social debilitada y de la ausencia de entornos comunitarios inclusivos. Esto obliga a repensar el abordaje de la SM: la recuperación no puede entenderse como un proceso exclusivamente clínico ni centrado en la eliminación de síntomas. Implica un proceso relacional que requiere reconstruir vínculos, recuperar el sentido vital y restituir derechos. Para muchas personas adolescentes en situación de vulnerabilidad, estos procesos se activan no solo —y, en ocasiones, no principalmente— en los circuitos clínicos, sino también en espacios comunitarios: la calle, el barrio, el aula o los grupos de apoyo, donde pueden sentirse escuchadas como sujetos con historia, agencia y capacidad de transformación. En este sentido, una de las personas entrevistadas subrayaba que “hay que pensar los itinerarios de recuperación de las personas y la producción de bienestar desde una óptica más amplia, más comunitaria y social” (E1, Z1), reforzando la necesidad de situar el acompañamiento más allá de los dispositivos estrictamente asistenciales.

La SND es un fenómeno complejo que atraviesa todas las capas sociales y afecta tanto a personas jóvenes como adultas, independientemente del nivel económico o educativo. Sin embargo, la pobreza —en sus múltiples dimensiones— actúa como un **factor de riesgo** significativo para experimentar soledad prolongada o crónica.

La experiencia de pobreza no se limita a la carencia de recursos materiales: a menudo se entrelaza con precariedad cultural, exclusión relacional e inseguridad vital. En el caso de muchas personas migradas, por ejemplo, la vivencia de soledad suele estar estrechamente vinculada a condiciones económicas precarias y a las dificultades de integrarse en un entorno con códigos culturales diferentes. Esta combinación de pobreza material y barreras culturales limita tanto el acceso a una vida digna —vivienda, empleo, alimentación— como la posibilidad de construir vínculos significativos, desarrollar un sentido de pertenencia y mantener una percepción de utilidad social.

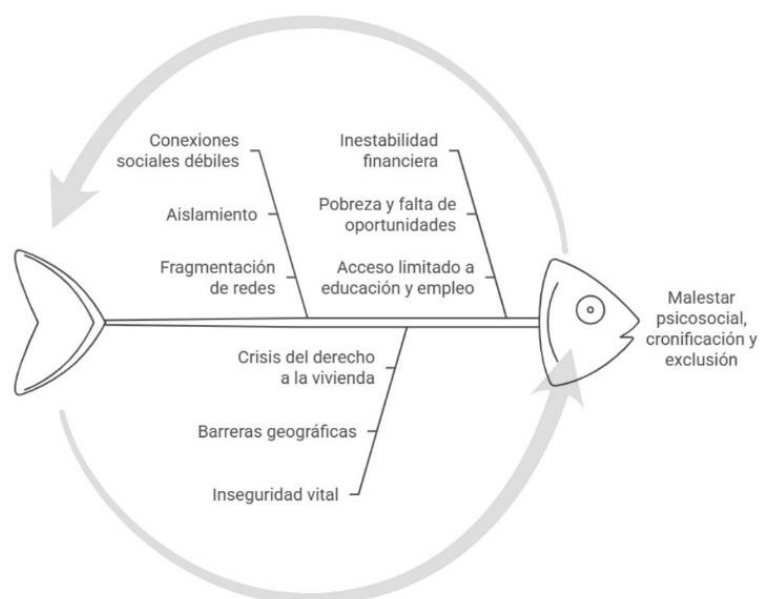
La ausencia de redes de apoyo, la precariedad laboral, la inseguridad habitacional, la estigmatización o las barreras para acceder a la atención en SM pueden intensificar situaciones de vulnerabilidad, incluso cuando no existe pobreza extrema. Por tanto, si bien la pobreza constituye uno de los principales factores que pueden desencadenar VS, esta última va más allá de la dimensión económica y se configura como un **proceso complejo que condiciona el bienestar y la estabilidad vital de personas y comunidades** (OMS, 2022).

En la adolescencia, la VS afecta de forma directa la vida cotidiana de las personas, y su impacto se hace especialmente evidente en **dos espacios** clave para el desarrollo adolescente:

- El **ámbito familiar**, en donde la precariedad económica, el desempleo o la sobrecarga emocional pueden alterar la dinámica del hogar, generando tensiones que repercuten en el bienestar de adolescentes. La falta de apoyo afectivo y de estabilidad contribuye al malestar emocional y a la aparición de respuestas problemáticas (OMS, 2022).
- La **escuela** —más allá de su función educativa— también refleja las consecuencias de la desigualdad social. Las dificultades en el acceso a una educación de calidad, junto con entornos escolares marcados por la falta de recursos, la baja participación familiar y el

desgaste docente, pueden afectar tanto el rendimiento académico como el vínculo emocional del alumnado con el proceso educativo (UNICEF, 2021).

Figura 2. Causa – Efecto VS: malestar psicosocial, cronificación y exclusión



Fuente: Elaboración propia.

Desde un enfoque estructural, la Figura 2 sintetiza una **dinámica de acumulación y retroalimentación**: diversos factores sociales —como la inestabilidad financiera, la pobreza y la falta de oportunidades, el acceso limitado a la educación y al empleo, la crisis del derecho a la vivienda o la fragmentación de las redes de apoyo— convergen y deterioran las condiciones de vida, aumentando el riesgo de malestar psicosocial. A su vez, cuando este malestar se cronifica y no encuentra apoyos suficientes, puede reducir la capacidad de las personas para sostener vínculos, mantener trayectorias educativas o laborales y participar en la vida comunitaria, reforzando nuevamente la precariedad y la exclusión. En este sentido, la flecha circular señala que no se trata de una secuencia lineal, sino de un ciclo que tiende a reproducirse si no se introducen cambios estructurales y apoyos protectores que interrumpan esta espiral.

El sufrimiento psíquico es el malestar que está producido por factores de carácter estructural, es decir, las personas no son ajenas o no permanecen indemnes ante los problemas de diversa naturaleza como pueden ser las dificultades de conciliación, por ejemplo, en el caso de la mujer en sus distintos roles como cuidadoras, el rol laboral, el rol de crianza, o, por ejemplo, los jóvenes en la dificultad de acceso a la vivienda, la inestabilidad laboral, etcétera (E3, Z3).

Desde la psicología, esta idea puede vincularse con la teoría de sistemas, que plantea que los sistemas sociales y relacionales tienden a mantener y reproducir patrones de funcionamiento a lo largo del tiempo, salvo que se introduzcan elementos disruptivos capaces de generar cambio (Bertalanffy, 1968). En consecuencia, si la VS opera como un proceso acumulativo, las respuestas más eficaces no pueden limitarse a intervenciones individuales, sino que requieren enfoques integrales capaces de actuar sobre las **condiciones de vida, las redes de apoyo y las oportunidades** disponibles, además de atender el malestar cuando este ya está presente.

Numerosos estudios confirman la relación entre **precariedad económica y una mayor probabilidad de experimentar problemas de SM**. En esta línea, investigaciones epidemiológicas realizadas en distintos países han demostrado una asociación consistente entre el nivel socioeconómico (NSE) y la SM (Borrell et al., 2023). La evidencia señala que los trastornos mentales son más frecuentes entre las personas pertenecientes a clases sociales más bajas (OMS, 2022), mientras que estudios sobre fluctuaciones en los ingresos han observado cambios significativos en los indicadores de SM cuando la situación económica de las familias empeora o mejora (Costello et al., 2003).

Particularmente, **la pobreza puede afectar de manera significativa la SM en la infancia y la adolescencia**, exponiendo a niños, niñas y jóvenes a factores de riesgo como el estrés extremo, la violencia o el trauma. Las privaciones materiales han demostrado tener efectos perjudiciales sobre su desarrollo, influyendo en aspectos clave como el rendimiento académico y el BE. Por ejemplo, una alimentación deficiente no solo compromete la salud física, sino que también se asocia a dificultades de aprendizaje y a comportamientos disruptivos en la escuela. Estas dificultades pueden generar un ciclo de interacciones negativas con el profesorado y con las familias, incrementando el riesgo de desarrollar problemas de SM y trastornos del comportamiento (Aneshensel & Phelan, 1999).

El reportaje *y pobreza: una curva peligrosa* describe cómo las personas con problemas de SM situadas en capas socioeconómicas más bajas suelen disponer de **menos herramientas para romper este ciclo de vulnerabilidad**. En este sentido, la cohesión social y los recursos comunitarios —relacionales, sociales y culturales— cumplen un papel fundamental como amortiguadores, proporcionando protección y resistencia frente a los factores de riesgo. El investigador Xavier Martín, de la Universidad de Lleida, utiliza la metáfora de “la curva peligrosa”: en una carretera con curvas cerradas, el riesgo de accidente es elevado, y si no se implementan medidas para hacerla más segura, los incidentes seguirán ocurriendo. De manera similar, en el binomio pobreza y SM, si no se interviene sobre los factores que incrementan la vulnerabilidad, los problemas de SM continuarán afectando de forma significativa a las personas con escasez de recursos.

Para reducir este impacto, es necesario **fortalecer los factores de protección** desde dos vías complementarias. Por un lado, mediante políticas y estrategias que amplíen los recursos disponibles para las personas en situación de vulnerabilidad; y por otro, promoviendo la cohesión social y el fortalecimiento de las redes de apoyo, elementos fundamentales para afrontar la adversidad. La desigualdad social influye directamente en este proceso: en países con brechas económicas más amplias, como España o Francia, los niveles de cohesión social suelen ser menores que en sociedades más equitativas, como las escandinavas.

Más allá de los recursos económicos, los **apoyos comunitarios y sociales** desempeñan un papel decisivo en la protección frente a los problemas de SM, ya que fortalecen la resiliencia y reducen el impacto de los factores de riesgo. Actuar sobre estos elementos permitiría suavizar la “curva peligrosa” y mejorar las condiciones de vida de quienes transitan por ella.

Como se ha señalado a lo largo del texto, la relación entre desventaja socioeconómica y SM es bidireccional y cíclica. La pobreza no solo incrementa el riesgo de desarrollar problemas de SM, sino que estos, a su vez, pueden perpetuar condiciones de vulnerabilidad económica. Reconocer

esta interrelación es esencial para diseñar estrategias de prevención que interrumpan la transmisión intergeneracional de estos riesgos.

Una familia de clase media baja no se puede pagar un profesional de SM y privado, y los profesionales de sanidad, de la pública, a veces no son capaces de llegar a malestares de la vida cotidiana como pueda ser la soledad, solamente tienen capacidad para atender pues patologías más graves (E6, Z7).

Cuando eres pobre, muchas veces intentas ocultarlo. Eso acaba generando aislamiento social, porque te sientes avergonzado o estigmatizado. Por ejemplo, hay padres de clase baja que hacen un gran esfuerzo para que su hijo vaya a un colegio 'donde haya gente mejor' (E4, Z5).

Las personas con problemas de SM que pertenecen a los sectores socioeconómicos más bajos enfrentan mayores dificultades para romper el **ciclo de vulnerabilidad** en el que se encuentran. La falta de recursos y de apoyo limita sus oportunidades de mejora, perpetuando la relación entre precariedad económica y malestar psicológico. Si bien las dificultades económicas no implican automáticamente la presencia de trastornos mentales, sí generan entornos de alto riesgo que pueden afectar el BE y aumentar la probabilidad de desarrollar problemas de SM (Confederación Salud Mental España, 2021). Además, resulta crucial identificar periodos críticos de intervención durante la infancia y la adolescencia, momentos en los que los efectos de la desigualdad socioeconómica pueden ser más prevenibles y reversibles.

En estos contextos, está demostrado que **garantizar la subsistencia** —ya sea mediante ingresos económicos, apoyos comunitarios o redes de cuidado— contribuye a reducir el malestar. Asegurar que adolescentes y sus familias no vivan bajo la amenaza constante de desahucio, hambre o exclusión extrema constituye una de las medidas más eficaces en términos de prevención en SM.

A modo de ejemplo, un estudio realizado en Estados Unidos por investigadores e investigadoras de la Emory University (Atlanta, Georgia) analizó datos de los 50 estados entre 1990 y 2015 y encontró que un incremento de 1 dólar en el salario mínimo se asocia con una disminución del 3,4% al 5,9% en las tasas de suicidio entre adultos con nivel educativo bajo (secundaria o menos). El efecto fue especialmente notable en periodos de alto desempleo, lo que sugiere que este tipo de medidas de política laboral pueden contribuir a reducir desigualdades socioeconómicas en SM (Kaufman et al., 2020).

Ley de cuidados inversos

En este apartado incorporamos el principio de salud pública denominado **ley de cuidados inversos**, que indica quienes más necesitarían apoyo y acompañamiento son, con frecuencia, quienes menos lo reciben. En el ámbito de la SM adolescente, esta paradoja se hace especialmente evidente: las y los jóvenes que crecen en entornos marcados por la pobreza y la exclusión social suelen acumular múltiples factores de riesgo —inseguridad económica, precariedad habitacional, experiencias de discriminación, rupturas familiares o violencia en el entorno— que incrementan de manera notable la probabilidad de sufrir ansiedad, depresión o conductas autodestructivas (Knifton & Inglis, 2020). Sin embargo, son justamente estas mismas personas quienes encuentran más barreras para acceder a recursos de SM, situándolas en una espiral de vulnerabilidad difícil de revertir sin medidas estructurales.

Una familia de clase media-baja no puede pagarse un profesional de SM privado. Y en la sanidad pública, a veces, no se llega a malestares cotidianos como la soledad: se priorizan patologías más graves, porque el sistema es finito (E6, Z7).

Las barreras son diversas: listas de espera muy largas, trámites burocráticos complejos, falta de estabilidad en el hogar o ausencia de referentes adultos que puedan acompañar los procesos. A ello se suma el estigma asociado a la pobreza, que actúa como un filtro adicional: muchas familias sienten que acudir a los servicios públicos o especializados implica exponerse a juicios y discriminaciones, lo que limita aún más la búsqueda de ayuda (García, 2020).

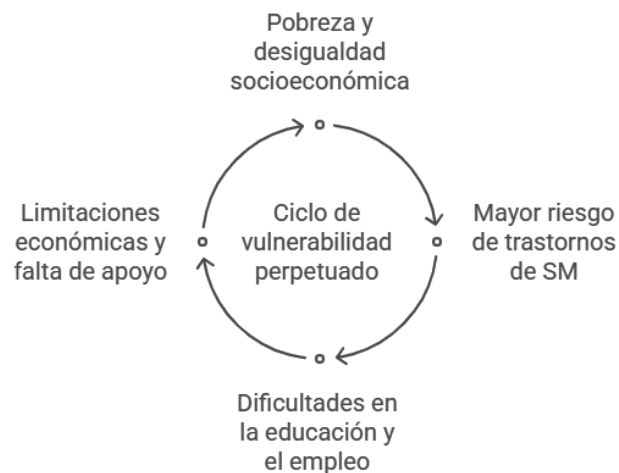
En otras palabras, la ley de cuidados inversos se manifiesta aquí como una **doble desigualdad**: las y los adolescentes en situación de pobreza son quienes más riesgo acumulan, pero también quienes menos apoyo reciben. Esta dinámica contribuye a agravar el sufrimiento emocional y a perpetuar el círculo de exclusión social y sanitaria.

Algunas personas informantes advirtieron que, en determinados contextos, el acceso a recursos formales puede traducirse en respuestas excesivamente centradas en el diagnóstico y la medicalización, sin incorporar de manera suficiente los condicionantes sociales del malestar. Esta carencia no es neutra: puede intensificar desigualdades cuando afecta a adolescentes atravesados por precariedad económica, inestabilidad residencial, experiencias migratorias, racismo, desigualdades de género, diversidad cultural o discriminaciones por orientación sexual e identidad de género, cuyas vivencias tienden a interpretarse desde marcos individualizantes que invisibilizan la dimensión estructural del sufrimiento. Desde esta perspectiva —y sin que ello signifique justificar la falta de atención—, en casos concretos la ausencia de intervención institucional temprana puede evitar procesos de patologización prematura que resultan especialmente perjudiciales para adolescentes en situación de vulnerabilidad (E7, X1).

De hecho, la patologización temprana del malestar emocional en la adolescencia puede operar como un mecanismo de exclusión simbólica e institucional. Al nombrar el sufrimiento con etiquetas clínicas sin haber explorado previamente los determinantes sociales que lo producen —y sin reconocer cómo la pobreza, la desigual distribución de los cuidados (a menudo feminizados), el racismo y las barreras interculturales condicionan tanto la expresión del malestar como el acceso a apoyos—, se corre el riesgo de fijar una identidad de enfermedad en jóvenes que, en muchos casos, necesitan sobre todo espacios de validación, apoyo y pertenencia. En este sentido, los efectos de la ley de cuidados inversos pueden, en ocasiones, abrir una ventana para que el malestar se exprese y se sostenga en entornos más comunitarios, relacionales o escolares, donde sea posible un acompañamiento cotidiano e inclusivo sin etiquetado prematuro.

Ahora bien, aunque la ausencia de atención no es deseable, en determinados escenarios puede reducir el riesgo de institucionalización precoz cuando los recursos disponibles no están preparados para intervenir desde un enfoque comprensivo, comunitario, intercultural y no estigmatizante. El reto, por tanto, no es elegir entre “atender” o “no atender”, sino transformar los dispositivos para que incorporen una lectura interseccional del malestar y actúen sobre los vínculos, las condiciones materiales y las desigualdades que lo generan, garantizando apoyos accesibles y culturalmente pertinentes.

Figura 3. Ciclo de desventaja socioeconómica y SM



Fuente: Elaboración propia.

Modelos vulnerabilidad-Estrés

En esta línea, el **modelo de Vulnerabilidad–Estrés**, reformulado a partir del enfoque **diátesis–estrés**, se ha utilizado y adaptado para explicar diferentes problemas de SM. Este marco permite comprender cómo factores individuales y contextuales interactúan y se potencian mutuamente en la configuración del malestar psicológico. Según el modelo, algunas personas presentan una predisposición biológica o psicológica (diátesis) que puede aumentar la probabilidad de experimentar dificultades emocionales. Sin embargo, dicha predisposición no es suficiente por sí sola para desencadenar problemas de SM: su impacto depende de las condiciones sociales y materiales en las que se desarrolla la vida cotidiana.

En el caso de adolescentes en situación de vulnerabilidad, la “diátesis” no debería interpretarse únicamente como rasgos personales, sino también como el **resultado acumulado de experiencias de adversidad y de exposición prolongada a desigualdades**. Así, puede expresarse en forma de baja autoestima, dificultades de regulación emocional o hipervigilancia, pero también como efectos de trayectorias marcadas por precariedad, violencia simbólica o desprotección. A su vez, el modelo subraya que el impacto de estos factores depende de su interacción con estresores ambientales que no se distribuyen de manera equitativa: inseguridad económica, precariedad habitacional, sobrecarga de cuidados en el entorno familiar (frecuentemente feminizada), discriminación por género, racismo, LGTBI-fobia, barreras lingüísticas o interculturales, y una menor accesibilidad a recursos de apoyo.

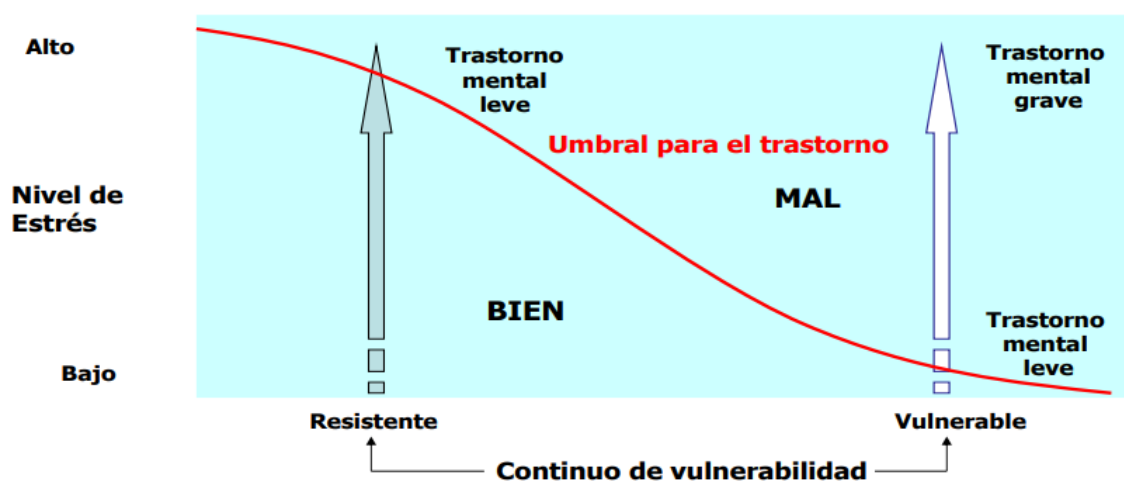
Desde esta perspectiva, el malestar no se entiende como un problema exclusivamente individual, sino como una experiencia situada, atravesada por relaciones de poder y por condiciones estructurales que pueden intensificar el estrés y limitar las estrategias de afrontamiento y los apoyos disponibles.

La **descompensación psicológica** puede producirse cuando una mayor VS se combina con niveles elevados de estrés ambiental y, al mismo tiempo, faltan o resultan inaccesibles factores

de protección suficientes. Desde esta perspectiva, el modelo no identifica un único factor determinante en la aparición de problemas de SM en la adolescencia, sino que pone el foco en la interacción entre predisposiciones y condiciones de vida que influyen en el BE.

En esta línea, María de los Ángeles Sánchez García (2020) plantea que la atención a la SM de las personas adolescentes debe enmarcarse en un **modelo psicosocial y comunitario**, con una atención integral de calidad y con equidad. Esto implica superar enfoques exclusivamente clínicos o individualizantes, incorporar una lectura interseccional del malestar y garantizar intervenciones inclusivas y culturalmente pertinentes. Asimismo, sin desplazar la responsabilidad hacia el ámbito privado, reconoce el papel relevante de las familias y de los entornos de cuidados —frecuentemente feminizados y tensionados por la precariedad—, así como la necesidad de fortalecer recursos comunitarios y públicos que sostengan el bienestar y los vínculos.

Figura 4. Modelo de Vulnerabilidad-Estrés.



Fuente: Lemos (2003)

En relación con los factores socioambientales vinculados a la etiología del malestar se han formulado dos hipótesis principales para explicar su relación con la desventaja socioeconómica: la **selección** y la **causalidad social** (Costello et al., 2003). La primera sostiene que la aparición de problemas de SM puede deteriorar trayectorias educativas y laborales y favorecer un descenso social; sin embargo, esta tesis entraña el riesgo de leerse desde una lógica biologicista o “trascendente”, naturalizando la desigualdad y legitimando respuestas centradas en el individuo en lugar de intervenir sobre los determinantes sociales. La segunda plantea, en cambio, que son las condiciones sociales y materiales —pobreza, precariedad, inseguridad y falta de apoyos— las que incrementan el riesgo de malestar y trastornos mentales (Leiva-Peña et al., 2021).

Así, y en coherencia con las sensibilidades que guían el programa, aunque no negamos que algunas psicopatologías, como la esquizofrenia, están fuertemente influidas por factores genéticos, nos guiaremos por los postulados propuestos desde la **causalidad social**. Además, es especialmente relevante considerar que los diferentes riesgos se agravan cuando la precariedad se cruza con desigualdades de género, racismo, experiencias migratorias y barreras interculturales, que limitan apoyos y acceso a recursos. En este marco, la desigualdad no es solo

“contexto”: es un conjunto de condiciones estructurales (precariedad, discriminación, barreras interculturales) que incrementan el estrés cotidiano, limitan oportunidades y dificultan el acceso a apoyos efectivos y no estigmatizantes.

De esta manera, la **desventaja socioeconómica** es un determinante social clave de la SM, con efectos acumulativos a lo largo de la vida. Este concepto abarca diversas dimensiones, como el nivel educativo, los ingresos, el empleo y las condiciones de vida, todas ellas vinculadas de manera consistente con desigualdades en SM. Estas desigualdades surgen de procesos estructurales y culturales que operan de forma interrelacionada en la sociedad, y condicionan de manera desigual el estrés y el acceso a apoyos.

Cada vez más, el 50% de estos chicos y chicas que atendemos, se encuentran en situación de VS, por lo tanto, aquí detrás hay una realidad de fragilidad social a nivel familiar, a nivel económico, y a nivel social (E16, X5).

La estratificación social genera **acceso desigual a recursos esenciales**, como la riqueza y el conocimiento, que permiten a las personas protegerse frente a factores estresantes. Por ejemplo, ingresos más altos facilitan el acceso a vivienda adecuada, seguridad alimentaria y servicios de salud, todos ellos factores que promueven la SM. Sin embargo, las pérdidas de ingresos tienen un impacto mayor en la SM que las ganancias, y factores como la inseguridad laboral, la volatilidad económica y el endeudamiento agravan este deterioro.

Tabla 10. Factores de riesgo y protección relacionados al estrés y la vulnerabilidad social

Factores de Riesgo	Factores de Protección
Baja escolarización, abandono escolar temprano y falta de oportunidades de formación.	Acceso a educación de calidad y continuidad en la formación.
Inseguridad económica, precariedad laboral en el hogar y endeudamiento.	Seguridad económica y estabilidad en los ingresos familiares.
Estrés crónico en la familia y dinámicas familiares disfuncionales. Pobreza prolongada y exposición a desigualdades estructurales.	Red de apoyo familiar, comunitario y escolar. Acceso a servicios de SM y apoyo socioemocional.
Carencias en necesidades básicas (vivienda inestable, inseguridad alimentaria).	Condiciones de vida adecuadas (vivienda estable, alimentación suficiente).

Fuente: *Elaboración propia.*

Más allá del esfuerzo: malestar y límites del discurso meritocrático

Uno de los elementos simbólicos que profundiza el impacto de la pobreza y la VS en la SM adolescente es la **fractura** entre el discurso social tradicional y dominante —basado en la meritocracia— y la experiencia vital de muchos y muchas jóvenes en contextos precarizados.

Tal como señalan diversas personas entrevistadas, el sistema actual mantiene, en cierta medida, el relato del esfuerzo personal como vía para lograr el bienestar y el ascenso social. En esta línea, se refuerza la idea de que “si te esfuerzas, llegarás lejos” o “si quieres, puedes”, sin cuestionar que las condiciones de partida no son iguales para todas las personas. Sin embargo, este relato resulta inverosímil para las personas adolescentes que, pese a esforzarse, se enfrentan a **condiciones estructurales** que limitan su acceso a recursos, oportunidades educativas o estabilidad vital. En estos casos, insistir en el esfuerzo individual sin modificar las condiciones materiales puede generar desgaste emocional. Lejos de motivar, el discurso meritocrático puede reforzar la percepción de fracaso personal en contextos donde las posibilidades reales de cambio son muy limitadas, convirtiéndose así en una “fuente de sufrimiento” (E13, Z14).

Estos tipos de vivencias generan un malestar específico, que no siempre se expresa como síntoma clínico, pero que está cargado de **frustración, agotamiento emocional y una sensación de injusticia estructural no resuelta**. Muchas personas adolescentes terminan interiorizando que el problema está en ellos y ellas mismas. A pesar de entender el peso de los factores estructurales, se culpan por no llegar, por no encajar, por no cumplir con las expectativas de rendimiento que impone un sistema que, de facto, excluye a una parte significativa de la población adolescente. Además, esta situación se agrava aún más en casos de **interseccionalidad**, donde a la pobreza se suman otras formas de discriminación —por género, origen, racialización, diversidad funcional o identidad sexual, entre otras—, intensificando la experiencia de exclusión y dificultando todavía más la construcción de referentes positivos y redes de apoyo.

Las creencias meritocráticas —o el apoyo a esa idea— impactan en la desigualdad porque nos individualizan: ponen el énfasis en que, si te esfuerzas lo suficiente, puedes conseguir lo que buscas o alcanzar el éxito social. El problema es que, cuando se hace creer a la gente que va a lograr algo que en su situación es prácticamente imposible, eso genera una frustración enorme y una sensación de indefensión muy fuerte. Puedes acabar en lo que se llama indefensión aprendida: hagas lo que hagas, no lo vas a conseguir, porque no puedes cambiar tu entorno, aunque te hayan hecho creer que sí. En resumen, yo diría que esto influye muy negativamente en la SM y en el BE, especialmente en adolescentes y jóvenes (E13, Z14).

Este choque entre expectativa y realidad —particularmente agudo en la adolescencia, cuando se construyen las primeras narrativas sobre el futuro— puede afectar directamente la autoestima, aumentar la sensación de desvalorización personal y contribuir al deterioro del BE. En este sentido, puede hablarse de una **desilusión igualitarista** de la meritocracia (Puyol, 2020), cuando el relato de igualdad de oportunidades se revela como una promesa vacía para quienes parten de posiciones estructuralmente desfavorecidas. De hecho, la **imposibilidad de proyectar una vida independiente** —por falta de vivienda, empleo o seguridad económica— genera una sensación de encierro que afecta profundamente la SM de las personas adolescentes. No se trata solo de tener un techo o ingresos, sino de poder imaginar un futuro. La SM, en última instancia, también es la capacidad de poder desear.

Sobre todo, está esta idea de educar y formar a los jóvenes para un proyecto laboral y, en general, para un proyecto de vida con futuro. Antes comentábamos el tema de la vivienda: es un factor estructural que quizá no se asocia de entrada a la SM, pero es un elemento de fondo. Si los jóvenes

no pueden imaginar un proyecto de vida independiente, entonces las cosas se complican mucho. (E10, Z9).

Schwartz-Salazar et al. (2024) muestran en un estudio cómo las personas adolescentes que creen más en la meritocracia tienden a justificar la desigualdad económica y a mostrar menos apoyo hacia la acción colectiva para reducirla. A mayor edad, aumenta esta creencia y la aceptación de niveles más altos de desigualdad. Además, la forma en que explican la pobreza (por causas personales o estructurales) influye en su actitud hacia la justicia social. Con estos resultados, alertan sobre el papel de la meritocracia como mecanismo que legitima las desigualdades desde edades tempranas.

Por ello, romper con este relato y abrir espacios donde los y las adolescentes puedan construir **discursos propios sobre el futuro**, desde el reconocimiento de las desigualdades y la legitimación del malestar como experiencia compartida, se vuelve una estrategia clave para la intervención y la transformación social. En esta línea, las personas entrevistadas proponían diversas estrategias, como la creación de espacios intergeneracionales; el impulso de actividades deportivas entendidas como herramientas de cohesión y bienestar, poniendo el foco más allá del rendimiento; el desarrollo de iniciativas culturales alineadas con los intereses del grupo etario; así como la habilitación de espacios de encuentro no tutelados, más allá de las opciones centradas en el ocio nocturno.

Este horizonte roto también tiene implicaciones profundas en la manera en que los y las adolescentes proyectan su futuro. Tal como apuntan las entrevistas, nos encontramos ante una generación atravesada por una sensación estructural de fragilidad e incertidumbre, derivada no solo de sus experiencias inmediatas de precariedad, sino también de la falta de un relato compartido sobre el porvenir. En este contexto, muchas personas adolescentes perciben que tienen escasa capacidad de decisión sobre su propio proyecto vital, lo que erosiona la idea de soberanía individual y alimenta un malestar de fondo marcado por la ansiedad y la desesperanza. En palabras de una de las personas entrevistadas, se instala “la sensación de que no hay nada que hacer”, lo que provoca que “muchos jóvenes y adolescentes vean inalcanzable cualquier progreso” (E13, Z14).

Pese a ello, las personas adolescentes son también quienes más claramente están hablando de futuro. Movimientos como el **feminismo**, el **activismo climático** o incluso algunas expresiones de la extrema derecha —aunque esta última desde una lógica reaccionaria— conectan con las inquietudes juveniles porque son capaces de proponer horizontes, de imaginar alternativas. Así, en un contexto donde gran parte del mundo adulto permanece atrapado en los consensos del pasado, son precisamente los y las jóvenes quienes están denunciando que el sistema no funciona y quienes están reclamando que algo tiene que cambiar, aunque no se haya definido la forma que todo esto tomará.

Tabla 11. Factores de riesgo y protección relacionados con el discurso meritocrático

Factores de Riesgo	Factores de Protección
Sensación estructural de fragilidad e incertidumbre	Espacios intergeneracionales Construcción de discursos propios sobre el futuro.

Sobre fracaso escolar como indicador de desigualdad

En este apartado se plantea si existe relación entre pobreza o VS y fracaso (o éxito) escolar. Más que una relación lineal, la evidencia apunta a una asociación mediada por **condiciones estructurales**: la desigual distribución de recursos, la precariedad material, el estrés crónico, la inestabilidad residencial y laboral, y la disponibilidad desigual de apoyos educativos y comunitarios. En este sentido, conviene evitar interpretaciones deterministas: la denominada “resiliencia académica” muestra que muchos y muchas adolescentes logran buenos resultados pese a la adversidad, pero hacerlo a menudo implica **un coste emocional** elevado y depende de apoyos que no están igualmente disponibles para todos los grupos.

Diversos estudios señalan que la VS, junto con factores como la ausencia de redes de apoyo, puede afectar a la “eficacia” del entorno educativo cuando los centros operan con recursos insuficientes y con menor capacidad para sostener necesidades complejas. Entre los elementos vinculados a la desigualdad educativa se incluyen el clima escolar, la estabilidad y condiciones del profesorado, la dirección, la participación de las familias, los procesos de enseñanza-aprendizaje y las instalaciones y recursos materiales (Hernández-Castilla et al., 2016). Sin embargo, estos factores deben leerse en clave de **política pública y justicia social**: no como déficits individuales, sino como efectos de financiación desigual, segregación escolar y barreras de acceso.

En contextos de vulnerabilidad, el clima de aula puede deteriorarse por tensiones asociadas a la desigualdad, la discriminación o el racismo, así como por choques interculturales y barreras lingüísticas. Estas dinámicas afectan de forma diferencial a adolescentes según su posición social y su identidad: las desigualdades de género, la estigmatización, la experiencia migratoria, la diversidad cultural o la orientación sexual e identidad de género pueden incrementar el riesgo de exclusión, aislamiento y **SND**. De este modo, la escuela no solo refleja desigualdades: también puede reproducirlas o, si cuenta con recursos y enfoque adecuado, compensarlas mediante vínculos, reconocimiento y pertenencia.

Asimismo, el compromiso docente y las metodologías pedagógicas se ven condicionados por el propio contexto institucional. Cuando predominan enfoques punitivos, relaciones jerárquicas o dinámicas de control, se debilitan los vínculos educativos y aumenta la desvinculación. En cambio, prácticas inclusivas y de cuidado —centradas en el acompañamiento, la participación y la construcción de confianza— pueden actuar como factores de protección, especialmente para adolescentes que ya están expuestos a estrés estructural fuera del centro.

En relación con la “participación familiar”, es importante evitar lecturas moralizantes. La menor implicación no suele responder a desinterés, sino a **condicionantes materiales y de cuidados**:

precariedad laboral, dificultad (imposibilidad) de conciliación, barreras idiomáticas, experiencias de discriminación, o sobrecarga de tareas domésticas y de cuidado (frecuentemente feminizadas). Desde una ética de las curas, el reto no es exigir participación, sino **generar condiciones accesibles** (comunicación culturalmente pertinente, mediación intercultural, horarios flexibles, espacios de acogida y confianza) y reforzar redes comunitarias que sostengan a las familias.

Por último, el espacio escolar y sus condiciones materiales también importan: instalaciones deterioradas, falta de recursos y entornos poco acogedores comunican desigualdad y afectan al bienestar y a la motivación. En conjunto, estos elementos pueden empujar a algunos adolescentes hacia la desvinculación y, en determinados casos, hacia una incorporación laboral precoz marcada por la necesidad. Así, más que hablar de “baja calidad” como rasgo del alumnado o de sus familias, conviene situarlo como un **círculo de desigualdad estructural** que limita oportunidades educativas y, con ello, el BE y la posibilidad de construir proyectos vitales dignos.

Desde la perspectiva del estudio, el interés de este apartado reside en mostrar cómo las condiciones educativas —cuando no incorporan un enfoque inclusivo, comunitario e intercultural— pueden convertirse en un vector de aislamiento, estigma o pérdida de pertenencia, mientras que una escuela conectada con el territorio y orientada a los cuidados, puede actuar como un factor protector frente a la SND y el malestar emocional.

Soledad no deseada y salud mental en la adolescencia: vínculos, desigualdades y transversalidad

La SND es un **fenómeno transversal** que puede afectar a adolescentes y jóvenes en distintas posiciones sociales, no únicamente en contextos de pobreza económica. Aunque determinadas situaciones de **desigualdad, vulnerabilidad y/o exclusión** aumentan el riesgo de soledad y aislamiento, se trata de una experiencia que atraviesa grupos sociales diversos y que hoy se reconoce como un problema de salud pública y un determinante social de la salud (OMS, 2025). Por ejemplo, en entornos de clase media o alta, la soledad puede aparecer como consecuencia de la ausencia de disponibilidad emocional o presencia cotidiana de figuras adultas significativas.

Este hecho no debe leerse solo como una cuestión “individual” o familiar, sino también como **efecto de condicionantes estructurales y relacionales** que dificultan el acompañamiento y la construcción de vínculos sostenidos. La evidencia disponible subraya, además, que durante la adolescencia el apoyo de personas adultas de referencia y las experiencias de conexión social siguen siendo fundamentales para el bienestar y la salud (Blum et al., 2022).

Conceptualización de la soledad no deseada

La **soledad voluntaria**, también denominada deseada o elegida, es una experiencia positiva que favorece la reflexión y la inspiración. En cambio, la **SND** se define como un sentimiento **subjetivo** caracterizado por la percepción de una insuficiencia en la cantidad o calidad de las relaciones sociales que una persona necesita o desea (*Perlman y Peplau, 1981*). No se trata únicamente de estar solo, sino de sentirse solo, lo que la convierte en una experiencia emocionalmente angustiante.

La experiencia de la SND surge de la **valoración** que cada persona hace de sus relaciones en relación con sus expectativas y necesidades, así como con los referentes sociales disponibles. Esta evaluación puede generar satisfacción con dichas relaciones o, por el contrario, provocar frustración y un sentimiento de soledad (*Perlman y Peplau, 1981*).

Si la SND es un sentimiento, por tanto, subjetivo, el **aislamiento social** se refiere a una situación objetiva de escasez o ausencia de contactos sociales (OMS, 2025).

Mientras que el aislamiento puede ser voluntario, la soledad suele ser una experiencia no deseada que afecta negativamente el bienestar psicológico. En general, las personas con un mayor **aislamiento social** tienden a tener un mayor **riesgo** de experimentar soledad, pero esto no siempre ocurre. Hay quienes, a pesar de estar socialmente aislados, no se sienten solos, y también quienes experimentan soledad sin estar realmente aislados. Además, la SND no constituye una experiencia homogénea ni permanente. Puede aparecer de forma transitoria, circunscribirse a determinados ámbitos de la vida o intensificarse en momentos concretos del ciclo vital. Tal como señala una de las personas entrevistadas:

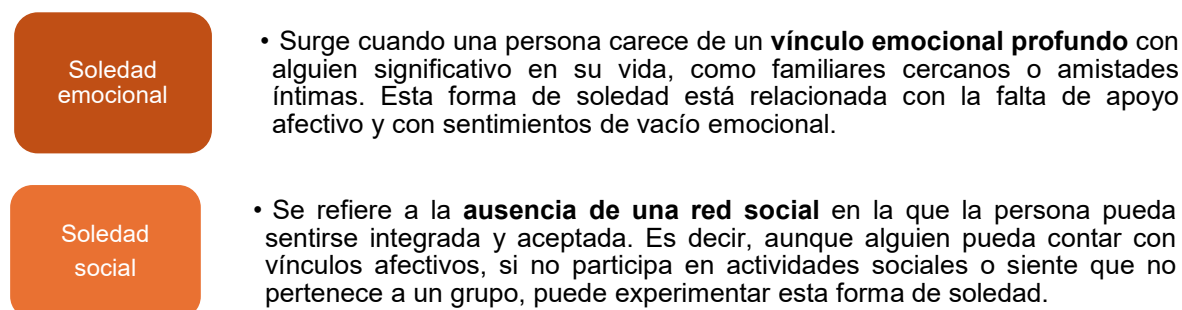
Hay muchos tipos de soledad. Algunas son buscadas, temporales o están vinculadas a situaciones puntuales —por ejemplo, una migración—; son experiencias relativamente normales que pueden aparecer en distintos momentos de la vida. Pero hay otras soledades que son las que nos preocupan: las crónicas, las que se prolongan en el tiempo y terminan afectando a la SM. (...) Muchas veces la

soledad se vive en determinados ámbitos y no en otros; una persona puede sentirse sola en unos aspectos de su vida y acompañada en otros. (E12, Z12)

En la adolescencia, esta distinción resulta especialmente relevante, ya que se trata de una etapa en la que el **sentido de pertenencia, la aceptación por parte del grupo y la calidad de los vínculos** adquieren una importancia central. La literatura indica que, durante este periodo vital, aumentan la preocupación por la posición dentro del grupo de iguales y la sensibilidad a la exclusión, y que la falta de amistades, la baja calidad de las relaciones o el rechazo entre pares se asocian de forma consistente con mayores niveles de soledad (Blakemore, 2021).

Además, algunas aproximaciones distinguen entre dos dimensiones de la soledad. La soledad emocional, asociada a la ausencia de vínculos íntimos, estables o de apego; y la soledad social, vinculada a la falta de integración en una red más amplia de relaciones, pertenencia o participación (Pinedo y López, 2015):

Figura 5. Soledad emocional y soledad social.



Fuente: elaboración propia, a partir de las evidencias expresada por Pinedo y López (2015).

Ambas dimensiones pueden coexistir y afectar de manera diferenciada a la experiencia subjetiva de la soledad, especialmente en la adolescencia, una etapa en la que tanto la intimidad emocional como el reconocimiento grupal adquieren una importancia central.

En este sentido, comprender la soledad requiere ir más allá de enfoques exclusivamente individuales o clínicos e incorporar una mirada que integre dimensiones cognitivas, sociales, comunitarias y estructurales. Desde esta perspectiva, distintas **aproximaciones teóricas** permiten comprender mejor la complejidad del fenómeno.

- ✓ Desde un **enfoque cognitivo**, la soledad se explica por la discrepancia entre las relaciones que una persona desea y las que percibe que tiene (Peplau & Perlman, 1982). En este sentido, un adolescente puede sentirse solo incluso cuando mantiene interacciones sociales si estas no cumplen sus expectativas relacionales o no proporcionan el grado de intimidad y reconocimiento que necesita.
- ✓ Desde una **perspectiva social**, la soledad se relaciona también con la capacidad de establecer y sostener vínculos significativos (Cacioppo & Patrick, 2008). En muchos casos, las personas adolescentes que experimentan soledad no carecen necesariamente de oportunidades de socialización, sino que pueden enfrentar dificultades para integrarse

en los grupos de iguales, expresar emociones o sostener relaciones de confianza. Este proceso puede generar dinámicas que se retroalimentan: cuando una persona adolescente experimenta rechazo o dificultades para interactuar socialmente, su sentimiento de aislamiento puede intensificarse, lo que a su vez reduce su participación en nuevas interacciones y refuerza la sensación de soledad. Como explica una de las personas entrevistadas, “se convierte en una espiral: yo soy tímido, como soy tímido no hablo, como no hablo no tengo amigos, y como no tengo amigos tengo menos habilidades sociales” (E4, Z5).

- ✓ Por último, las aproximaciones **evolutivo-conductuales** ponen el énfasis en la regulación emocional y en las habilidades socioemocionales como factores relevantes para comprender la experiencia de la soledad. La forma en que una persona interpreta y gestiona situaciones sociales adversas —como el rechazo o la exclusión— puede influir en la aparición de dinámicas de aislamiento o retraimiento: “experimentar la soledad no es malo, el tema está en que hay personas que no saben cómo gestionar esa emoción” (E2, Z2).

Por ello, más que entender la SND como un estado individual aislado, conviene abordarla como una **experiencia relacional, situada y susceptible de cronificarse** cuando no existen apoyos significativos o condiciones que permitan elaborar y gestionar el malestar. Partiendo de esta conceptualización, resulta necesario analizar ahora la magnitud actual del fenómeno y su distribución desigual entre distintos grupos de adolescentes y jóvenes.

Magnitud y distribución actual de la soledad no deseada en la adolescencia

Estudios recientes coinciden en señalar que la SND se trata de un fenómeno de elevada prevalencia, cuya incidencia no se reparte de forma uniforme, sino que aparece modulada por distintas **desigualdades sociales**. En este sentido, variables como el género o el origen migratorio adquieren especial relevancia. Asimismo, en los últimos años la SND ha dejado de entenderse únicamente como una vivencia privada para consolidarse como una cuestión de salud pública (OMS, 2025).

La evolución observada en distintos países europeos apunta en esta dirección: en Alemania, por ejemplo, los niveles de soledad entre adolescentes de 11 a 17 años permanecieron estables entre 2003 y 2017, pero se incrementaron bruscamente durante la pandemia hasta situarse en el 34,6% en 2020; aunque después descendieron, en 2024 todavía el 20,5% refería sentirse solo al menos una vez por semana (Otto et al., 2025).

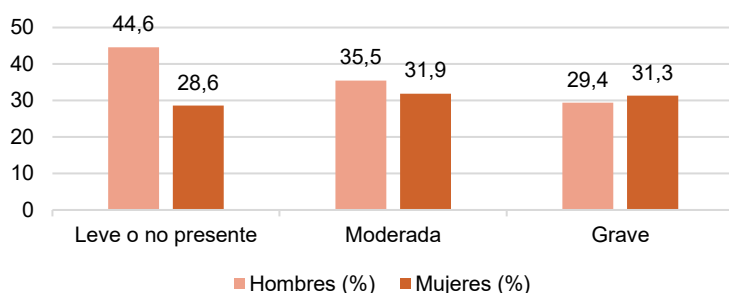


Figura 6. Índice de Soledad no deseada según género y edad.

Fuente: Fundación Atalaya, Observatorio de Salud Mental Infanto-Juvenil, 2024; p.36

En España, el estudio sobre juventud y SND (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2024) estima que el 25,5% de las personas de 16 a 29 años se encuentran en situación de SND en el momento presente. Además, el fenómeno muestra una notable persistencia: el 45,7% de quienes se sienten solos afirman llevar más de tres años en esa situación, y el 69% de la juventud señala haber experimentado soledad en algún momento de su vida.

Diversos estudios, como el de la Fundación Atalaya que abarcaba adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años, ponen de relieve no solo la elevada prevalencia de la soledad en estas edades, sino también sus formas concretas de manifestación. Al analizar los ítems específicos, la forma más habitual de soledad es la sensación de aislamiento respecto a otras personas (20,2%), seguida por la percepción de falta de compañía y, en menor medida, la vivencia de exclusión (18,7%). Este hallazgo refleja que lo central no es tanto la ausencia objetiva de vínculos, sino la percepción subjetiva de **desconexión social**, es decir, no sentirse parte de entornos relacionales significativos.

En el caso de adolescentes en situación de VS, esta desconexión tiende a intensificarse, lo que apunta a una distribución desigual de la SND según condiciones materiales, relacionales y de acceso a apoyos comunitarios.

El estudio sobre juventud y SND en España muestra también una **sobrerrepresentación** de la soledad en determinados perfiles: más de la mitad de la juventud con discapacidad (54,2%) sufre SND; entre jóvenes LGTBI la prevalencia asciende al 39,7%, frente al 22,7% entre jóvenes heterosexuales; y entre quienes han nacido en el extranjero, o tienen padre o madre nacidos en el extranjero, la prevalencia es un 41% superior a la de la juventud de origen español.

En la población general, el Barómetro de la soledad no deseada en España (2024) sitúa la prevalencia en el 20%, pero destaca que la juventud se mantiene como una de las etapas de mayor incidencia, lo que refuerza la necesidad de atender específicamente este fenómeno en adolescentes y jóvenes.

En el estudio de Díaz-Crespo et al. (2023), realizado con alumnado de entre 14 y 16 años, se observó que la prevalencia de SND alcanzaba el 64,9%. De este porcentaje, un 47,2% presentaba niveles moderados, un 11,3% sufría soledad severa y un 6,5% soledad extrema.

Tabla 12. Comparativa entre grupos de soledad respecto a las variables demográficas.

	No soledad	Soledad moderada	Soledad severa	Soledad extrema
Total	35% (161)	47,2% (217)	11,3% (52)	6,5% (30)
Hombres	41,8% (89)	48,4% (103)	6,6% (14)	3,3% (7)
Mujeres	29,3% (70)	46% (110)	14,6% (35)	9,6% (23)

Fuente: Díaz-Crespo et al., 2023, p. 12.

En cuanto a la **comparativa de género**, se observa que el porcentaje de mujeres es mayor que el de los hombres a medida que aumenta la intensidad del sentimiento de soledad. Este patrón coincide con lo señalado en otros estudios recientes, que sitúan una mayor prevalencia de SND entre mujeres jóvenes que entre hombres jóvenes. En concreto, el estudio sobre juventud y soledad no deseada en España (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2024) la sitúa en el 31,1% entre mujeres jóvenes, frente al 20,2% entre hombres, y el Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 confirma asimismo que la juventud constituye una etapa de especial incidencia en ambos sexos, aunque con niveles superiores entre las mujeres.

Un hallazgo especialmente relevante es el peso de la **variable migratoria**: las y los adolescentes migrantes aparecen sobrerrepresentados en todos los niveles de soledad, especialmente en el grupo de soledad extrema (10,8%), que prácticamente duplica el porcentaje registrado entre adolescentes no migrantes en ese mismo nivel (Tabla 13).

Tabla 13. Comparativa entre grupos de soledad respecto a las variables demográficas.

	No soledad	Soledad moderada	Soledad severa	Soledad extrema
Total	35% (161)	47,2% (217)	11,3% (52)	6,5% (30)
Españoles	39,1% (154)	44,4% (175)	10,7% (42)	5,8% (23)
Migrantes	10,8% (7)	64,6% (42)	13,8% (9)	10,8% (7)

Fuente: Díaz-Crespo et al., 2023, p. 12.

Así, en conjunto, los datos muestran que la SND constituye una experiencia relativamente **frecuente** entre adolescentes y jóvenes y que su **intensidad** varía según las condiciones sociales en las que se desarrolla la vida cotidiana. Lejos de distribuirse de manera aleatoria, la evidencia sugiere que tiende a concentrarse en determinados grupos atravesados por desigualdades materiales, relacionales y simbólicas, como la precariedad económica, el origen migratorio o la ausencia de redes de apoyo.

¿Cómo se entrelaza la soledad no deseada con la salud mental?

La relación entre la SND y la SM en la adolescencia es estrecha y está mediada por múltiples **factores relacionales, sociales y comunitarios**. En esta etapa, marcada por profundos cambios emocionales y sociales, el sentido de pertenencia al grupo de iguales adquiere una importancia central. Las amistades, los vínculos familiares y la presencia de figuras adultas de confianza pueden ofrecer apoyo emocional, validación y espacios seguros donde compartir preocupaciones, actuando como factores protectores frente al malestar.

Diversos estudios muestran que los y las adolescentes que cuentan con **redes sólidas de apoyo** presentan un menor riesgo de depresión, ansiedad y conductas de aislamiento, mientras que quienes experimentan aislamiento social tienden a mostrar más síntomas depresivos, menor autoestima e incluso mayor riesgo de ideación suicida (Hall-Lande et al., 2007). En el caso de la

juventud, las relaciones de apoyo muestran además una asociación especialmente clara con la experiencia de soledad. El estudio *Juventud y soledad no deseada en España* señala que la cantidad y la calidad de las relaciones, especialmente las de amistad, son factores decisivos, y que **tener menos amistades de las deseadas** multiplica por 4,7 la probabilidad de sufrir SND (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2023). Por otro lado, el estudio también pone de relieve que las personas jóvenes con problemas de SM percibida o diagnosticada tienen una probabilidad 2,5 veces mayor de sufrir SND, y que entre quienes se sienten solos el 77,8% presenta ansiedad o depresión, frente al 34,8% entre quienes no sufren soledad. Además, la juventud que se siente sola presenta niveles más bajos de autoestima.

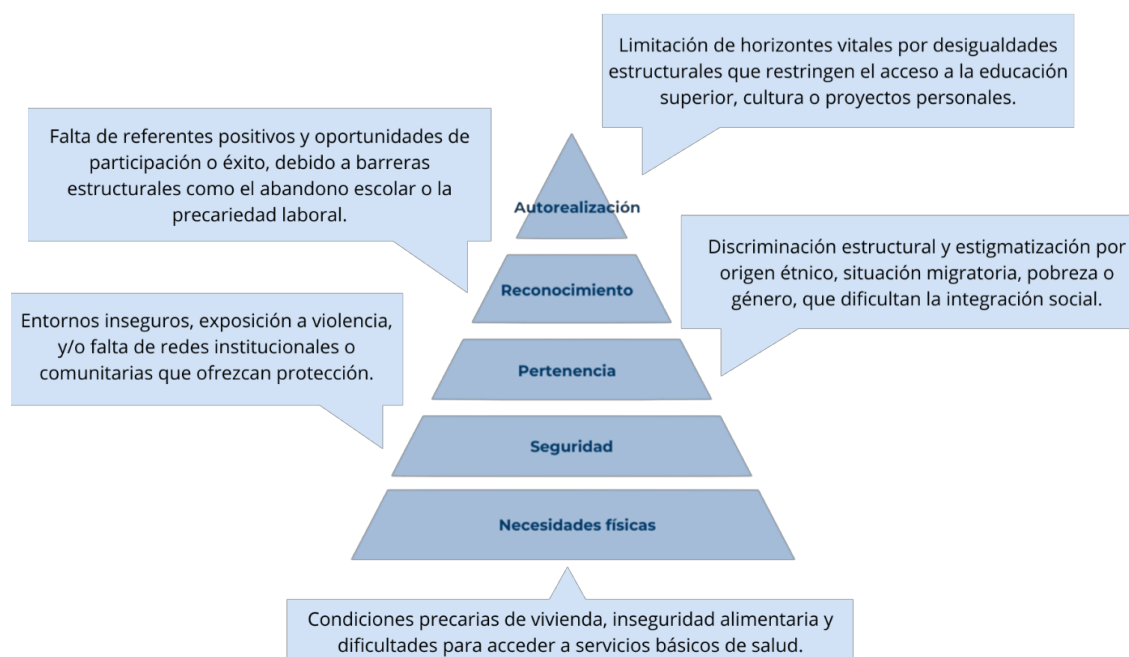
La evidencia indica, además, que no solo importa la intensidad del sentimiento de soledad, sino también su duración. La **soledad prolongada** tiene un impacto más acusado en la SM adolescente, tal como se observó especialmente tras la pandemia de COVID-19, cuando la interrupción sostenida de las rutinas sociales intensificó problemas de ansiedad y depresión (Loades et al., 2020). El aislamiento mantenido en el tiempo repercute asimismo en la salud general y en la calidad de vida, lo que confirma que se trata de un factor de riesgo de primer orden.

Ahora bien, **la relación entre soledad y SM no es lineal**. La SND puede actuar como factor de riesgo del malestar emocional, pero también puede verse reforzada por dificultades previas de regulación emocional, retraimiento, ansiedad o experiencias de exclusión. Los datos del estudio de juventud sostienen además que muchos de los factores relacionados con la soledad operan de forma **bidireccional**, especialmente la SM, la pobreza, el hábitat y las relaciones personales. Esto implica que la soledad puede ser a la vez consecuencia y factor de agravamiento del malestar (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2023).

Esta relación depende, en gran medida, de la **calidad de los entornos** en los que los y las adolescentes crecen y participan. La presencia de referentes adultos de confianza, el acceso a espacios comunitarios significativos y la posibilidad de ejercer autonomía y participación actúan como factores protectores. Por el contrario, los contextos poco inclusivos, marcados por dinámicas de presión social, falta de oportunidades de participación o ausencia de acompañamiento, se convierten en factores de riesgo y tienden a agravar el malestar. La preferencia de muchos adolescentes por recurrir antes a sus iguales que a las personas adultas pone de relieve tanto la centralidad del grupo en esta etapa como la necesidad de generar estructuras comunitarias capaces de acompañar sus necesidades de forma horizontal y respetuosa.

Esta relación entre SND, SM y bienestar puede comprenderse también a la luz de marcos que atienden a las necesidades que sostienen la vida cotidiana. En este sentido, la jerarquía de necesidades propuesta por Maslow permite visualizar cómo la falta de vínculos significativos no solo afecta al sentido de pertenencia, sino que puede repercutir también en dimensiones estrechamente ligadas al **bienestar psicológico**, como la seguridad, el reconocimiento y el desarrollo personal. No obstante, más que asumir este esquema de forma individualizante, resulta necesario leerlo desde una perspectiva estructural, atendiendo a cómo las desigualdades sociales condicionan el acceso efectivo a dichas necesidades y, por tanto, modulan tanto la experiencia de soledad como sus efectos sobre la SM.

Figura 7. Pirámide de Maslow.



Fuente: elaboración propia

Conviene subrayar, no obstante, que la soledad en sí misma no es necesariamente negativa. Puede cumplir una **función adaptativa** y actuar como señal de la necesidad de conexión o de reorganización de la vida relacional (E2, Z2). El problema emerge cuando esa experiencia se cronifica y no existen recursos emocionales, sociales o comunitarios para gestionarla adecuadamente. Desde esta perspectiva, el vínculo entre SND y SM obliga a ir más allá de explicaciones individualizantes y a considerar de manera conjunta los apoyos afectivos, las condiciones materiales de vida y la existencia —o ausencia— de entornos de pertenencia.

Transformaciones recientes: COVID-19, hiperconectividad y redes sociales

La SND se presenta como una de las **grandes paradojas de nuestro tiempo**: vivimos en sociedades densamente pobladas, hiperconectadas y saturadas de estímulos, y, sin embargo, cada vez más personas —especialmente jóvenes— experimentan una sensación de soledad profunda que les genera sufrimiento.

Los seres humanos tienen más ligazones y más próximas que nunca, a la vez que padecen una epidemia de soledad (Mora, et al., 2020, p.92).

Así, en el siglo XXI, la soledad ha adquirido **nuevas formas**: ya no se relaciona solo con el aislamiento físico, sino también con la desconexión emocional y la fragilidad de los vínculos. En un contexto marcado por la hiperconectividad, la multiplicación de contactos y la rapidez de las interacciones, es posible mantener numerosas relaciones sin experimentar un sentimiento real de acompañamiento. Esta paradoja afecta de forma especial a adolescentes y jóvenes, que se mueven con naturalidad en entornos digitales y formas de sociabilidad en red, pero que también pueden sentirse solos en medio de una intensa exposición relacional.

El impacto de la pandemia de COVID-19 en la SM adolescente

La pandemia transformó profundamente las formas de relacionarse, incrementando la dependencia de **dispositivos electrónicos como vía principal de socialización**. En este contexto, los y las adolescentes han pasado a formar parte de la primera generación completamente hiperconectada, donde el contacto digital reemplaza muchas veces las interacciones presenciales.

Los efectos de la pandemia se agravaron en la población con factores de riesgo o **vulnerabilidad previos**, como el estigma, la desigualdad, la pobreza, la pérdida de empleo, los entornos superpoblados y el limitado acceso a servicios de salud. Esto dejó especialmente expuestos a niños, niñas y adolescentes a una mayor angustia psicosocial (The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2020).

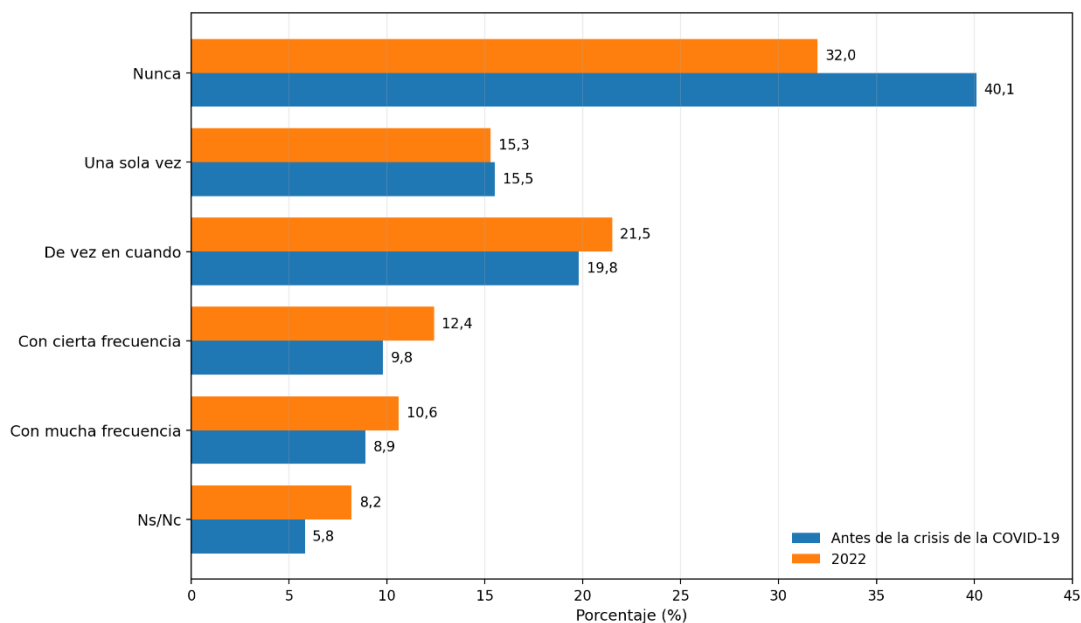
Se hablaba mucho de jóvenes, pantallas, como el COVID tuvo este factor de aislamiento, pero veíamos que además tenía que ver con el empeoramiento de las condiciones materiales, condiciones de vida, oportunidades laborales, desempleo, y que iba todo muy ligado, las cuestiones laborales, las cuestiones vitales de condiciones de vida, y la SM adolescente (E27, Y6).

El confinamiento, el aislamiento social y la interrupción de las dinámicas escolares y comunitarias restringieron las oportunidades de socialización, reforzando los sentimientos de SND. La **ruptura de sus espacios habituales de convivencia** no solo incrementó la angustia psicológica, sino que también evidenció la necesidad de fortalecer redes de apoyo y garantizar entornos que promuevan la socialización saludable en la juventud (OMS, 2022).

En la franja de 15 a 19 años, la *figura 8* muestra un descenso del porcentaje de adolescentes que afirman no haber tenido nunca problemas de salud mental (del 40,1% antes de la pandemia al 32,0% en 2022) y, al mismo tiempo, un aumento de quienes los experimentan con cierta o mucha frecuencia. Estos datos apuntan a un empeoramiento del malestar psicológico tras la

pandemia y refuerzan la idea de que la interrupción de los espacios de convivencia y socialización tuvo un impacto significativo en esta etapa vital.

Figura 8. Problemas de salud mental antes y después de la pandemia (15-19 años).



Fuente: Elaboración propia adaptada de Ballesteros, J.C. et al., 2022.

P44. Antes de la pandemia, ¿habías tenido o tenías algún problema psicológico o relativo a la salud mental, aunque no fuese grave?

P45. Y tras dos años de pandemia, actualmente, ¿con qué frecuencia tienes algún problema psicológico o relativo a la salud mental, aunque no sea grave?

El impacto fue especialmente duro para **adolescentes en situación de pobreza**, quienes vieron limitado su acceso a recursos esenciales y sufrieron un aumento del **estrés financiero** en sus hogares, lo que incrementó significativamente el riesgo de ansiedad, depresión y otros problemas psicológicos. Según OXFAM Intermón y el Consejo de la Juventud de España (2024), la precariedad no solo intensifica los riesgos existentes, sino que también **dificulta la recuperación emocional** ante eventos adversos.

Tabla 14. Diferencias según posibilidades de acceder a recursos durante la pandemia

Aspecto	Adolescente con recursos	Adolescente con menos recursos
Acceso a educación online	Disponía de dispositivos, conexión a internet y apoyo familiar	Con dificultades para acceder a internet o herramientas digitales
Entorno familiar	Estable, con apoyo emocional y económico	Inestable, con estrés financiero, posible violencia o falta de apoyo
Salud mental	Podía acceder a servicios de apoyo psicológico si lo necesitaba	Con acceso limitado a ayuda profesional; mayor riesgo de ansiedad o depresión
Alimentación y necesidades básicas	Necesidades básicas cubiertas	Podía sufrir inseguridad alimentaria o falta de bienes esenciales
Tiempo libre y socialización	Mantén las actividades online y contacto social virtual	Aislamiento social y falta de espacios seguros para socializar
Exposición a información	Podía filtrar y contrastar información con ayuda familiar o educativa	Exposición no mediada a contenidos alarmantes (redes, noticias)
Perspectiva de futuro	Esperanza y opciones formativas o laborales claras	Incertidumbre, desmotivación y dificultades para planificar el futuro

Fuente: Elaboración propia.

El impacto de las redes sociales en la soledad adolescente

Si bien la **digitalización** ha facilitado la comunicación, también ha generado **desafíos** significativos, como la desconexión emocional, el miedo a la desconexión social, el deterioro de las habilidades sociales y un aumento en los niveles de soledad. La dependencia de las redes sociales y la interacción virtual pueden, en algunos casos, profundizar la sensación de soledad al reemplazar interacciones presenciales por conexiones superficiales (FAD Juventud, 2022).

Como argumentaba una informante (E11, Z10), el impacto de las redes sociales en la adolescencia es **ambivalente**: por un lado, ofrecen un espacio de autogestión y refugio, una forma de autonomía frente a un sistema que retrasa la adultez y limita la emancipación. Han permitido que adolescentes encuentren espacios propios de expresión, creación y comunidad; por otro, pueden generar aislamiento si no hay conexión con vínculos reales. En algunos casos, aparece una **disociación entre lo virtual y lo presencial**, con riesgo de encapsulamiento en “mundos de fantasía” que, llevados al extremo, pueden convertirse en patologías (como el fenómeno *hikikomori* en Japón, que ya ha llegado a sitios como Cataluña).

Esta **hiperconectividad** no solo ha modificado los vínculos, sino que ha supuesto una exposición constante a información global, especialmente a través de redes sociales. Este flujo

ininterrumpido de contenidos sobre conflictos, crisis climática o injusticias sociales ha generado una sobrecarga emocional que impacta directamente en el BE adolescente. Lejos de convertirles en una generación más frágil, esta exposición ha potenciado su capacidad crítica y su conciencia social, pero también ha intensificado emociones como la tristeza, la frustración o la impotencia. El acceso permanente a un mundo colapsado por problemas genera una especie de “intoxicación informativa”, que influye en su estado de ánimo y alimenta una sensación de soledad aún en medio de la conectividad (E6, Z7).

En la actualidad, la transformación digital ha tenido un profundo impacto en la **construcción de la identidad adolescente**. Mientras que en el pasado los modelos de referencia se transmitían principalmente a través del entorno inmediato —la familia, la escuela o la comunidad—, hoy muchos y muchas adolescentes configuran buena parte de su autopercepción a partir de ideales que circulan en plataformas como *TikTok* o *Instagram*. Esta multiplicación de referentes ha ampliado las formas posibles de identificarse y expresarse, pero también ha intensificado la comparación con estilos de vida, cuerpos y formas de éxito muchas veces idealizados o irreales.

Esta **exposición constante** puede generar insatisfacción, menor validación personal y una sensación persistente de no estar a la altura. Sin embargo, estos efectos no se distribuyen de manera homogénea: resultan especialmente intensos cuando las personas adolescentes parten ya de **posiciones de desigualdad** material, simbólica o relacional, o cuando carecen de acompañamiento familiar y educativo para interpretar críticamente los códigos y dinámicas de las redes sociales. En estos casos, la comparación con estilos de vida idealizados no solo afecta a la autoestima, sino que puede reforzar con mayor fuerza el sentimiento de exclusión, insuficiencia y distancia respecto a aquello que se presenta como deseable o socialmente valioso.

Existe, así, una ruptura entre las posibilidades reales de vida de muchos adolescentes y los **modelos** de éxito, belleza, consumo o felicidad que circulan en las redes sociales. Como señalaba una de las personas entrevistadas, se produce una fuerte frustración al confrontar “las posibilidades reales, mínimas, de emancipación de un joven” con imágenes de una vida “perfecta, idílica, en torno al cuerpo y la felicidad, donde no existe sufrimiento” (E3, Z3). Esta distancia puede resultar especialmente dolorosa cuando no se dispone de recursos para acceder a determinadas experiencias, consumos o formas de visibilidad social que hoy funcionan también como marcadores de pertenencia.

En este contexto, la **validación en redes sociales** adquiere un peso creciente en la autoestima adolescente. Cuando el valor personal se asocia al número de “likes” o interacciones recibidas, puede desarrollarse una dependencia emocional de estas métricas. Si la respuesta obtenida no coincide con las expectativas, la frustración puede reforzar sentimientos de rechazo, insuficiencia y aislamiento. Ahora bien, esta búsqueda de reconocimiento no se produce en condiciones iguales para todas las personas adolescentes. Su impacto puede ser especialmente intenso cuando se parte de posiciones de **desigualdad** material, simbólica o relacional, cuando existe un menor capital cultural o digital para interpretar críticamente estas dinámicas, o cuando falta acompañamiento familiar y educativo para gestionar sus efectos. En estos casos, las redes no solo amplifican la comparación, sino también la percepción de distancia respecto a aquello que aparece como valioso, deseable o socialmente reconocible. En palabras de una de las personas

entrevistadas, “yo quería 100 y solo he recibido 30 y eso genera malestar. Ese malestar mantenido me lleva a sentirme menos aceptado de lo que a mí me gustaría” (E2, Z2).

A ello se suma el fenómeno del *fear of missing out* (FOMO), es decir, el miedo persistente a quedarse fuera de experiencias valiosas o a no estar a la altura de los pares. Esta percepción puede empujar a una **búsqueda constante de validación externa** y a **formas de hiperconexión** que no siempre se traducen en vínculos satisfactorios. De nuevo, su impacto puede intensificarse cuando existen limitaciones económicas, menor acceso a espacios de ocio o menos posibilidades de participar en experiencias socialmente visibles y valoradas. La comparación no se establece entonces solo con los demás, sino también con formas de vida que muchas veces resultan inaccesibles. En lugar de reducir la soledad, estas dinámicas pueden alimentar la ansiedad, la inseguridad y la sensación de desconexión social, especialmente cuando sustituyen experiencias presenciales o relaciones significativas.

La evidencia apunta, además, a que el uso excesivo de redes sociales puede generar un **falso sentido de conexión** que, lejos de aliviar el aislamiento, lo profundiza. En esta línea, García Sanmartín (2021) observa que la **resiliencia** y la **autoestima** pueden amortiguar los efectos negativos de la soledad, mientras que el abuso de redes sociales tiende a reforzarla. Este fenómeno se hizo especialmente visible durante la pandemia, cuando muchas personas adolescentes recurrieron a las plataformas digitales como principal vía de socialización sin lograr por ello una satisfacción emocional plena.

En este sentido, el impacto de las redes sociales no puede entenderse de forma unívoca ni desvinculado de las desigualdades desde las que se usan. Como apuntaba una de las personas entrevistadas, lo digital puede ofrecer **espacios de expresión, refugio e identificación**, pero también puede encapsular la experiencia adolescente cuando no va acompañado de vínculos significativos en la vida cotidiana. Por ello, más que presentar las redes sociales como causa única de la soledad, conviene analizarlas como un elemento ambivalente del contexto actual: pueden ampliar oportunidades de contacto y comunidad, pero también intensificar la comparación, la dependencia de la validación externa y la fragilidad de los vínculos, especialmente entre quienes parten de posiciones de mayor vulnerabilidad. Esta dimensión será retomada más adelante al abordar de forma específica la relación entre desigualdad social, acceso desigual a experiencias de reconocimiento y bienestar adolescente.

Factores de riesgo y protección frente a la soledad no deseada

La SND en la adolescencia no responde a una única causa, sino que emerge de la interacción entre factores individuales, relacionales y estructurales. La literatura especializada ha señalado que su aparición y cronificación dependen tanto de las experiencias subjetivas de las personas adolescentes como de las oportunidades reales de construir vínculos significativos en los entornos en los que viven y participan.

En este sentido, las dinámicas de soledad se ven moduladas por las condiciones sociales en las que se desarrolla la vida cotidiana. En contextos de VS, las oportunidades de socialización pueden verse limitadas por factores como las dificultades económicas, la falta de espacios comunitarios accesibles o los ritmos laborales de las personas adultas responsables. Muchas

actividades recreativas implican costes económicos o requieren acompañamiento familiar, lo que reduce las posibilidades de interacción social para quienes no disponen de estos recursos.

A partir de este marco, los factores que intervienen en la SND pueden ordenarse, de forma analítica, en dimensiones estructurales, relacionales y socioemocionales.

a) Factores estructurales

Los factores estructurales condicionan de manera decisiva la aparición y la cronificación de la soledad no deseada (SND) en la adolescencia. Más allá de las características individuales, la evidencia muestra que **la soledad se distribuye de forma desigual según las condiciones materiales de vida**, el origen, la orientación sexual, diversidad funcional el tipo de hábitat y las oportunidades reales de participación social. En este sentido, no se trata únicamente de “sentirse solo”, sino de las posibilidades concretas de acceder a vínculos, espacios de pertenencia y recursos que sostienen la vida cotidiana.

Entre estos factores, **la pobreza ocupa un lugar central**. El estudio sobre juventud y SND en España muestra que la prevalencia de soledad entre jóvenes de hogares con dificultades económicas casi duplica la registrada entre quienes viven en hogares que llegan con facilidad a fin de mes (36% frente a 19,4%), y el análisis multivariante confirma además que la pobreza es una variable significativa para explicar la soledad adolescente (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2024). El propio informe subraya que la disponibilidad o carencia de medios económicos condiciona la capacidad de participar en actividades sociales y, con ello, las oportunidades de relación y pertenencia. En esta misma línea, una de las personas entrevistadas señalaba que “hay más soledad, conforme hay más pobreza”, destacando que al descender en la escala social también disminuyen la densidad institucional y el capital social, económico y cultural asociado a las relaciones y a la participación en grupos (E21, X8). Esto refuerza la idea de que la pobreza no solo limita recursos materiales, sino también el acceso a apoyos, oportunidades de socialización y formas de pertenencia.

Desde esta perspectiva, la SND puede entenderse también como un proceso que empobrece el **capital social**. Cuando se debilitan los vínculos, disminuye la participación y se erosionan las redes de apoyo, lo que reduce las oportunidades de sostén cotidiano y agrava la vulnerabilidad. Como señalaba otra de las personas entrevistadas, la SND puede actuar como “un catalizador de pobreza en términos de capital social”, en la medida en que el aislamiento reduce aún más el acceso a relaciones significativas y recursos comunitarios (E8, X3).

También, la **diversidad funcional** debe leerse como un factor estructural en la experiencia de la soledad. Un estudio específico sitúa el 50,6% de la prevalencia de la soledad en población funcionalmente diversa, frente al 15,8% de la población sin discapacidades; entre las personas con discapacidad de entre 18 a 29 años asciende al 65,7% (Fundación ONCE, 2025). Además, la pobreza incrementa todavía más este riesgo: entre las personas con discapacidad en situación de pobreza la prevalencia alcanza el 57,8%, frente al 42,2% entre quienes no se encuentran en esa situación (Fundación ONCE, 2025). El informe insiste en que una parte importante de esta soledad se relaciona con barreras cotidianas, físicas y sociales, que dificultan el establecimiento de relaciones y la participación comunitaria. Esta vulnerabilidad se agrava cuando la soledad se cruza con experiencias de discriminación o con la ausencia de redes comunitarias accesibles.

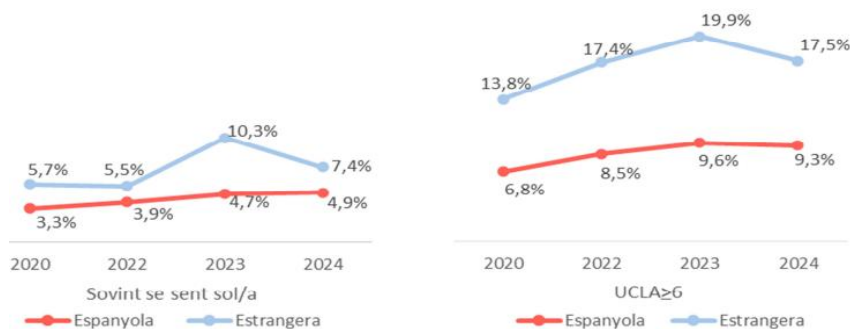
En el trabajo de campo, algunas personas expertas señalaron que adolescentes del colectivo LGTBIQ+ y personas con discapacidad expresaban una vivencia de soledad estrechamente ligada a la falta de espacios adaptados, reconocidos y seguros donde construir pertenencia y apoyo mutuo (E22, X9). Esto sugiere que, en estos casos, la soledad no responde únicamente a una vivencia subjetiva, sino también a barreras estructurales de accesibilidad, reconocimiento y participación.

A ello se suma el efecto de la **discriminación**. En la juventud, el estudio sobre SND en España indica que la prevalencia entre jóvenes LGTBI casi duplica la de jóvenes heterosexuales (39,7% frente a 22,7%), y que entre quienes han nacido en el extranjero —o tienen progenitores nacidos en el extranjero— es sensiblemente superior a la de la juventud de origen español (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2024). En la población general, el *Barómetro de la soledad no deseada en España 2024* también muestra una mayor incidencia entre personas LGTBI+ que entre personas heterosexuales (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2024). Estos datos apuntan a que la discriminación y el menor reconocimiento social no solo afectan al bienestar subjetivo, sino también a las posibilidades de integración, apoyo y pertenencia.

El **hábitat y las condiciones del entorno** también modulan la experiencia de soledad. En la juventud, la prevalencia más baja se observa en municipios de menos de 20.000 habitantes, mientras que aumenta en núcleos intermedios y urbanos de mayor tamaño (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2024). En el estudio sobre discapacidad, la soledad también crece a medida que aumenta el tamaño del hábitat y se relaciona con dificultades propias del entorno urbano, como la saturación de servicios y la menor capacidad de ofrecer apoyos personalizados (Fundación ONCE, 2025). Estas evidencias ayudan a comprender que la soledad no depende solo del número de personas que rodean a un adolescente, sino de las condiciones concretas que hacen posible —o dificultan— la vida comunitaria. La falta de espacios públicos seguros, los ritmos laborales extensos de las personas adultas responsables o una percepción generalizada de inseguridad pueden restringir la movilidad cotidiana y reducir las oportunidades de encuentro. En estos contextos, permanecer en casa no siempre responde a una elección personal, sino a un entorno que limita la participación social y debilita la construcción de vínculos sostenidos.

El **origen migratorio** constituye, en este marco, un factor estructural especialmente relevante. El *Barómetro de la soledad no deseada en España 2024* muestra que la prevalencia entre personas nacidas en el extranjero —o con padre o madre nacidos fuera de España— es superior a la registrada en la población de origen español (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2024).

Figura 9. Población que se siente a menudo sola (pregunta indirecta) según nacionalidad.



Fuente: OMNIBUS, Barcelona (2024).

Esta mayor incidencia no puede explicarse únicamente por la asociación entre juventud, desempleo y soledad, sino también por factores específicos de la **experiencia migratoria**, como el desarraigo, la fragilidad o pérdida de las redes previas, las barreras culturales y lingüísticas y las dificultades de integración en el entorno de acogida. En el caso de los y las adolescentes migrantes, estos desafíos pueden intensificarse. Un estudio realizado en Madrid observó que el 23,3% de las personas adolescentes migrantes reportaba soledad extrema, frente al 4,3% de quienes habían nacido en España, lo que apunta a una vulnerabilidad significativamente mayor en este grupo (Díaz-Crespo et al., 2023).

En la misma línea, algunas personas expertas entrevistadas subrayan que la barrera idiomática y la situación de extrema vulnerabilidad dificultan tanto la construcción de vínculos como la posibilidad de afrontar experiencias complejas en el país de acogida (E15, Y1). Como se recogió en las entrevistas, algunas personas migrantes explicaban haber sufrido soledad durante años por no dominar los recursos culturales y lingüísticos necesarios para desenvolverse en el nuevo contexto, en una situación atravesada además por la precariedad económica y social (E8, X2). Desde esta perspectiva, la soledad no debe leerse como una experiencia meramente individual, sino como una vivencia situada en el cruce entre desarraigo, discriminación, pobreza y debilitamiento de las redes de apoyo.

A todo ello se suma una dimensión institucional frecuentemente invisibilizada: la **falta de reconocimiento del malestar adolescente como experiencia legítima**. Diversas aportaciones recogidas en el trabajo de campo subrayan que, en contextos de vulnerabilidad, el sufrimiento psíquico y relacional de adolescentes y jóvenes no siempre encuentra espacios donde ser expresado, escuchado o acompañado. Con frecuencia, las instituciones y los entornos adultos interpretan estas expresiones como simples problemas de conducta o debilidades individuales, desplazando la atención desde las condiciones estructurales hacia el sujeto aislado.

Como señalaba una de las personas entrevistadas, el malestar no surge al margen de dificultades sociales concretas, como los problemas de conciliación, la inestabilidad laboral o el acceso precario a la vivienda (E3, Z3). Esta falta de legitimación puede agravar la soledad, al reforzar dinámicas de autoatribución, silencio y aislamiento. En este marco, abordar los factores estructurales de la SND exige no solo reducir desigualdades materiales, sino también ampliar los marcos de reconocimiento, escucha y cuidado desde los que se acompaña el sufrimiento adolescente, especialmente si se tiene en cuenta que, como señalan algunas personas expertas, las intervenciones específicas dirigidas a adolescentes y jóvenes siguen siendo escasas en comparación con las orientadas a la población adulta (E12, Z11, Z12, Z13).

Tabla 15. Factores estructurales de riesgo y protección

Dimensión	Factores de riesgo	Factores de protección
Desigualdad material	Limita el acceso a actividades sociales, espacios de ocio y oportunidades de participación, (menos relación y pertenencia)	Condiciones materiales mínimas, acceso equitativo a actividades, becas, transporte, recursos comunitarios y espacios gratuitos de socialización.
Discriminación y exclusión por orientación sexual, identidad	La discriminación y el menor reconocimiento social reducen las posibilidades de integración, apoyo y pertenencia.	Entornos seguros, reconocimiento identitario, políticas inclusivas y redes comunitarias donde adolescentes LGTBIQ+ y otros grupos minorizados puedan sentirse acompañados.
Hábitat y condiciones del entorno	La falta de espacios públicos seguros, la saturación urbana, la inseguridad percibida o la escasez de apoyos comunitarios restringen la movilidad y las oportunidades de encuentro.	Espacios públicos seguros, equipamientos de proximidad, recursos comunitarios accesibles y políticas urbanas orientadas a favorecer la vida relacional.
Origen migratorio	El desarraigo, la pérdida de redes previas, las barreras lingüísticas y culturales, dificultan la integración y debilitan las redes de apoyo.	Dispositivos de acogida, mediación lingüística y cultural, recursos de acompañamiento y redes comunitarias que faciliten la integración y la pertenencia.
Falta de reconocimiento institucional del malestar	Cuando el sufrimiento adolescente se interpreta como problema individual o de conducta, se invisibilizan sus causas estructurales y se refuerzan el silencio, la autoatribución y el aislamiento.	Marcos institucionales de escucha, reconocimiento y cuidado que legitimen el malestar adolescente y lo sitúen en relación con sus condiciones de vida.

Fuente: elaboración propia.

b) Factores relacionales y comunitarios

Junto a los factores estructurales, la SND en la adolescencia está profundamente condicionada por la calidad de los vínculos cotidianos y por las posibilidades reales de participación en entornos relacionales significativos. En esta etapa, el grupo de iguales, las amistades, la familia, la escuela y los espacios comunitarios constituyen referencias fundamentales para la construcción de la identidad, el sentido de pertenencia y el BE. Por ello, la fragilidad o ausencia de estos apoyos puede actuar como un factor de riesgo importante, mientras que la existencia de relaciones sólidas y entornos acogedores opera como un claro factor de protección.

Desde esta perspectiva, la soledad no debe entenderse solo como un sentimiento privado, sino como una **experiencia situada** que se produce —o puede repararse— en los entornos de relación: la familia, la escuela, el grupo de iguales, las actividades de ocio y los espacios comunitarios. La disponibilidad de **vínculos** significativos, reconocidos y accesibles constituye,

por tanto, un elemento central para comprender tanto los riesgos como los factores de protección frente a la SND.

La evidencia reciente muestra que la cantidad y, sobre todo, la calidad de las relaciones son variables centrales para entender la soledad en adolescentes. El estudio *Juventud y soledad no deseada en España* señala que tener menos amistades de las deseadas multiplica por 4,7 la probabilidad de sufrir SND, y subraya que no solo importa el número de vínculos, sino también la satisfacción con las relaciones disponibles y su carácter presencial (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2023). En esta misma dirección, distintos estudios destacan que la **calidad de las relaciones de amistad** constituye un amortiguador clave del impacto de la soledad: contar con amistades significativas y con redes de apoyo sólidas se asocia a menor angustia emocional y mayor satisfacción vital, mientras que la fragilidad o superficialidad de estos vínculos incrementa la vulnerabilidad al aislamiento y a la desconexión.

Las **redes de apoyo familiar y comunitario** desempeñan también un papel protector decisivo. Como señalaban algunas personas entrevistadas, “todos los estudios dicen que, si tú tienes redes sociales de apoyo, te va a ir mejor en la vida”, especialmente cuando ese apoyo procede de iguales o de figuras familiares significativas (E4, Z5). En la misma línea, otra de las personas expertas entrevistadas subrayaba que el factor de protección más importante para el BE es el **vínculo afectivo y la búsqueda de seguridad** que se construye, primero, con los cuidadores significativos y, posteriormente, con el grupo de iguales y otros vínculos sociales que generan apoyo y pertenencia (E3, Z3). La presencia de figuras adultas de confianza, referentes educativos, espacios asociativos y actividades compartidas favorece la sensación de pertenencia y reduce el riesgo de aislamiento. Por el contrario, la ausencia de apoyo percibido, la baja calidad de las relaciones o la dificultad para encontrar espacios seguros de participación pueden intensificar la sensación de desconexión.

Esta dimensión comunitaria resulta especialmente relevante cuando el entorno escolar o familiar no ofrece **reconocimiento suficiente**. Si una persona adolescente no se siente incluida en el aula, en su grupo de iguales o en su contexto familiar, la existencia de espacios alternativos — como asociaciones, actividades artísticas, deportivas o comunitarias— puede actuar como un recurso protector clave. En cambio, la falta de estos entornos accesibles reduce las oportunidades de construir vínculos significativos y puede reforzar el aislamiento. Como se ha recogido en las entrevistas, muchos adolescentes que se sienten solos tienden a realizar menos actividades grupales y a participar menos en espacios de ocio saludable, lo que contribuye a reforzar la desvinculación y el empobrecimiento relacional (E6, Z7).

En algunos casos, esta vulnerabilidad relacional se intensifica por la **ausencia de espacios** donde adolescentes concretos puedan sentirse reconocidos, acompañados y protegidos. Algunas de las personas entrevistadas señalaban que determinados colectivos, como adolescentes LGTBIQ+ o con discapacidad, experimentan con mayor intensidad la soledad cuando no disponen de redes comunitarias en las que construir pertenencia y apoyo mutuo (E22, X9). Esto refuerza la idea de que la accesibilidad de los espacios, el reconocimiento identitario y la posibilidad de hacer comunidad son componentes centrales de la protección frente a la SND.

El **contexto escolar** ocupa, en este sentido, un lugar central. Las dinámicas de inclusión y exclusión influyen de manera decisiva en la vivencia de la soledad, ya que no todos los

adolescentes ocupan la misma posición dentro del grupo: algunos concentran reconocimiento y liderazgo, mientras que otros quedan más expuestos al rechazo, a la indiferencia o al aislamiento. Herramientas como el sociograma escolar permiten identificar estas posiciones y detectar de forma temprana situaciones de desconexión relacional, lo que puede resultar clave para prevenir la cronificación de la soledad. Desde esta perspectiva, la escuela no solo constituye un espacio de aprendizaje, sino también un escenario fundamental de pertenencia —o de exclusión—.

La **presencialidad de los vínculos** constituye otro elemento relevante. El estudio sobre juventud y SND en España muestra que, entre las personas jóvenes que no sufren soledad, predominan claramente las relaciones de amistad principalmente presenciales, mientras que entre quienes sí la sufren aumenta el peso de relaciones fundamentalmente online o a distancia (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2023). Esto no implica que los entornos digitales sean en sí mismos negativos, pero sí apunta a que la conexión virtual no sustituye siempre la experiencia de pertenencia, apoyo y reconocimiento que proporcionan los vínculos presenciales y sostenidos en el tiempo.

La **digitalización de las relaciones** introduce, por ello, un elemento ambivalente en la experiencia de la soledad adolescente. Por un lado, las redes sociales pueden actuar como espacios de expresión, refugio y comunidad, permitiendo a muchos adolescentes encontrar referentes, construir identidad y sostener vínculos más allá de su entorno inmediato. Por otro, cuando la interacción digital sustituye de forma persistente a los vínculos presenciales o se basa en conexiones frágiles y altamente expuestas a la comparación, puede intensificar la sensación de desconexión emocional y de aislamiento (FAD Juventud, 2022). Más que oponer lo digital y lo presencial, conviene analizar **en qué medida las interacciones online complementan —o sustituyen— vínculos significativos en la vida cotidiana**.

En sentido protector, la existencia de **recursos comunitarios accesibles** y de **políticas** orientadas a **prevenir la soledad adolescente** puede marcar una diferencia importante. Algunas estrategias urbanas recientes han subrayado la relevancia de contar con espacios juveniles, programas de mentoría y espacios seguros de socialización, en la medida en que amplían las oportunidades de encuentro, apoyo y pertenencia, especialmente cuando el entorno escolar o familiar no ofrece suficiente reconocimiento.

Tabla 16. Factores relacionales y comunitarios de riesgo y protección

Dimensiones	Factores de riesgo	Factores de protección
Calidad de los vínculos	Relaciones escasas, frágiles o poco satisfactorias; falta de amistades significativas; baja reciprocidad y apoyo.	Vínculos significativos, recíprocos y reconocidos como fuente de apoyo, especialmente en el grupo de iguales y en la familia.
Redes de apoyo y pertenencia	Ausencia de apoyo percibido, escasa confianza en figuras adultas o falta de referentes afectivos y educativos.	Redes sólidas de apoyo familiar, comunitario y entre iguales; presencia de figuras adultas de confianza y referentes educativos.

Dimensiones	Factores de riesgo	Factores de protección
Participación comunitaria	Falta de espacios seguros y accesibles para encontrarse, hacer actividades compartidas y construir comunidad; desvinculación del ocio saludable.	Asociaciones, actividades artísticas, deportivas y comunitarias, espacios juveniles, mentoría y espacios seguros de socialización.
Inclusión en el entorno escolar y grupal	Rechazo, indiferencia, aislamiento o posiciones periféricas en el aula y en el grupo de iguales.	Entornos escolares inclusivos, detección temprana de la desconexión relacional y herramientas como el sociograma escolar.
Modalidad de los vínculos	Predominio de relaciones frágiles, principalmente online o a distancia, que pueden intensificar la desconexión emocional.	Relaciones presenciales y sostenidas en el tiempo; uso de lo digital como complemento y no como sustituto de vínculos significativos.

Fuente: elaboración propia

c) Factores socioemocionales

Junto a los factores estructurales y relacionales, la experiencia de la SND en la adolescencia está también influida por **factores socioemocionales**. Entre ellos destacan la regulación emocional, las habilidades sociales, la autoestima, el autoconcepto, el miedo al rechazo y la capacidad de afrontar situaciones relacionales adversas.

Sin embargo, estos elementos no deben entenderse como rasgos fijos ni como disposiciones puramente individuales, sino como **recursos** que se desarrollan en interacción con las condiciones de vida y con los contextos familiares, escolares y comunitarios en los que crecen las personas adolescentes. En contextos de vulnerabilidad, donde pueden acumularse la precariedad material, la falta de acompañamiento, el estigma o la debilidad de las redes de apoyo, estos recursos suelen verse más tensionados, lo que incrementa el riesgo de aislamiento y de cronificación del malestar.

La literatura ha mostrado que ciertos **procesos cognitivos y emocionales** pueden aumentar la vulnerabilidad a la soledad. La ansiedad social, las barreras en la comunicación o el miedo al rechazo pueden dificultar la construcción de vínculos y favorecer interpretaciones más negativas de las interacciones sociales. En algunos casos, las personas adolescentes desarrollan **expectativas poco realistas sobre las relaciones** o interpretan situaciones ambiguas como señales de exclusión, lo que intensifica el malestar relacional. Diversas investigaciones señalan que rasgos como el neuroticismo —caracterizado por una mayor tendencia a centrarse en **pensamientos negativos o estresantes**— y determinados estilos cognitivos asociados a la ansiedad pueden reforzar la percepción subjetiva de aislamiento, incluso cuando existen oportunidades de interacción social (Cacioppo et al., 2002). En contextos de vulnerabilidad, además, estas interpretaciones no operan en el vacío: la exposición a experiencias previas de

discriminación, rechazo, inseguridad o escaso reconocimiento puede hacer más probable que determinadas situaciones sociales se vivan como amenaza o confirmación de exclusión.

Un factor determinante en este proceso es la capacidad de **regulación emocional**. Las personas adolescentes que disponen de recursos adaptativos para identificar, comprender y gestionar sus emociones suelen tolerar mejor ciertas experiencias relacionales adversas, como el rechazo social o los conflictos con el grupo de iguales. Por el contrario, cuando estos recursos son limitados, el malestar puede intensificarse y derivar en retraimiento o aislamiento. Como señalaba una de las personas entrevistadas, “todos podemos experimentar tristeza, que es una emoción adaptativa. Experimentarla no es malo; el tema está en que hay personas que saben gestionar esa emoción y otras no” (E2, Z2). Durante la adolescencia, además, las áreas cerebrales asociadas al control de impulsos y a la gestión de las emociones —como la corteza prefrontal— continúan madurando, lo que puede dificultar una **interpretación equilibrada** de determinadas situaciones sociales y aumentar la intensidad con la que se vive el malestar. Ahora bien, esta dificultad no puede leerse al margen del entorno: cuando faltan espacios de escucha, acompañamiento o cuidado, o cuando el malestar se vive en contextos de estrés sostenido, conflicto o precariedad, resulta más difícil que las emociones encuentren vías adecuadas de elaboración y no deriven en respuestas desadaptativas.

Las **habilidades sociales** constituyen también un factor clave en la prevención de la soledad. Estas competencias hacen referencia a la capacidad de interactuar con otras personas —pares y adultos— de manera mutuamente satisfactoria, facilitando la comunicación, la expresión emocional y la resolución de conflictos (Norma et al., 2012). Diversas investigaciones han señalado que actúan como un factor de protección frente al aislamiento, ya que favorecen la integración en el grupo de iguales y la construcción de redes de apoyo. Estudios como los de Cohen et al. (2012) y Contini et al. (2012) muestran que competencias como el **liderazgo, el autocontrol o la iniciativa social** se asocian a menores niveles de aislamiento y a una mejor adaptación emocional. Sin embargo, estas habilidades tampoco se desarrollan en abstracto: dependen de las oportunidades efectivas de interacción, de la calidad de los entornos de socialización y de la existencia de espacios donde practicar, equivocarse y ser reconocido sin sanción. En este sentido, las personas adolescentes que crecen en entornos más restrictivos, inestables o empobrecidos pueden disponer de menos ocasiones para desarrollar estas competencias. Como explicaba una de las personas entrevistadas, “yo soy tímido, como soy tímido no hablo; como no hablo no tengo amigos; y como no tengo amigos tengo menos habilidades sociales” (E4, Z5). Este tipo de espirales puede reforzar el aislamiento y dificultar la construcción de vínculos significativos.

En este contexto, el **ajuste socioemocional** se convierte en un concepto clave para comprender el bienestar adolescente. Este término hace referencia a la capacidad de gestionar las propias emociones, establecer relaciones interpersonales satisfactorias y adaptarse de manera efectiva a los distintos entornos sociales. Un adecuado ajuste socioemocional favorece la integración en redes de apoyo, facilita el afrontamiento del estrés y reduce la probabilidad de retraimiento social. Por el contrario, cuando este ajuste es deficiente pueden aparecer **dificultades emocionales y conductuales** que afectan tanto al bienestar psicológico como al rendimiento académico y social. En contextos de vulnerabilidad, donde a menudo se acumulan mayores niveles de estrés, incertidumbre y menor disponibilidad de apoyos, sostener ese ajuste resulta más complejo, por

lo que la vulnerabilidad a la soledad no puede atribuirse únicamente a una falta individual de competencias.

El **autoconcepto, la autoestima y la percepción de autovalía** desempeñan también un papel central en la experiencia de la soledad durante la adolescencia. El autoconcepto hace referencia al conjunto de percepciones que una persona tiene sobre sí misma, mientras que la autoestima expresa la valoración global que realiza de ese autoconcepto. Durante la adolescencia, estas dimensiones se encuentran todavía en proceso de construcción y suelen estar fuertemente influidas por la aceptación del grupo de iguales, la apariencia física, el rendimiento académico o la respuesta del entorno social. Cuando la valoración personal depende en exceso de la **aprobación externa**, las experiencias de rechazo, comparación o invisibilización pueden tener un impacto especialmente intenso y favorecer sentimientos de insuficiencia o aislamiento. En contextos de vulnerabilidad, esta fragilidad puede verse agravada cuando la comparación con los demás se produce desde posiciones marcadas por la desigualdad material, el estigma o la falta de reconocimiento. Además, no solo importa el nivel de autoestima, sino también su **estabilidad**: las oscilaciones bruscas en la percepción de uno mismo pueden aumentar la vulnerabilidad emocional y dificultar la regulación de la conducta. La investigación longitudinal sugiere que una autoestima baja durante la adolescencia puede constituir un factor de riesgo para dificultades emocionales y sociales en etapas posteriores de la vida (Trzesniewski et al., 2006).

En esta línea, algunas investigaciones han descrito distintos **patrones de autorregulación** en la adolescencia, como los perfiles resilientes, infra-controlado y supra-controlado (Urchaga Litago et al., 2018). Más que identidades fijas, estos perfiles deben entenderse como configuraciones dinámicas, moldeadas por la socialización, las trayectorias vitales y los apoyos disponibles. Desde esta perspectiva, la mayor impulsividad y menor regulación emocional asociadas a ciertos perfiles, o bien la inhibición emocional, la ansiedad sostenida y la dificultad para expresar necesidades presentes en otros, pueden incrementar la vulnerabilidad a la soledad cuando faltan apoyos y espacios seguros para construir pertenencia. Estas tendencias pueden adquirir formas distintas según el contexto social en el que se desarrollen: por ejemplo, la impulsividad puede quedar más expuesta a circuitos de sanción y estigmatización en entornos empobrecidos, mientras que la inhibición y el silenciamiento emocional pueden intensificarse cuando no existen espacios seguros donde verbalizar el malestar.

Diversos estudios han descrito patrones diferenciados entre chicos y chicas en los **perfiles de autorregulación** identificados en la adolescencia. La *Tabla 17* muestra que el perfil más frecuente en el conjunto de la muestra es el resiliente (42%), seguido del infracontrolado (34%) y del supracontrolado (24,3%). Sin embargo, la distribución por sexo no es homogénea. Entre los varones tienen más peso relativo los perfiles resilientes (41%) e infracontrolado (40%), mientras que entre las mujeres aumentan el perfil resiliente (43%) y, sobre todo, el supracontrolado (29%, frente al 19% en varones). A la inversa, el perfil infracontrolado aparece con mayor frecuencia en chicos (40%) que en chicas (28%) (Urchaga Litago et al., 2018).

Tabla 17. Participantes por tipos de personalidad o grupos y sexo.

	Prototipo 1 Supracontrolado	Prototipo 2 Resiliente	Prototipo 3 Infracontrolado	Totales
Varones	117 (19%)	251 (41%)	248 (40%)	616 (47%)
Mujeres	204 (29%)	304 (43%)	195 (28%)	703 (53%)
Totales	321 (24,3%)	555 (42%)	443 (34%)	1319

Fuente: Urchaga Litago et al., 2018, p.49

Más que remitir a diferencias “naturales” entre chicos y chicas, estos resultados pueden leerse a la luz de la **socialización de género** y de las distintas formas en que se legitima o sanciona la expresión del malestar. En términos generales, a los chicos se les tolera —e incluso se les refuerza— una expresión más impulsiva, externalizante o desafiante, mientras que a las chicas se les exige mayor autocontrol, ajuste conductual y responsabilidad relacional. Esto puede favorecer, respectivamente, formas de malestar más externalizadas en ellos y más internalizadas en ellas, asociadas a la ansiedad, la autoexigencia y el silenciamiento emocional.

Desde esta perspectiva, el **perfil infracontrolado** no debe entenderse únicamente como impulsividad individual, sino también como una forma de respuesta que puede verse reforzada en contextos donde la masculinidad se asocia a la dureza, la exposición al riesgo o la dificultad para verbalizar la vulnerabilidad. En situaciones de vulnerabilidad social, además, este perfil puede adquirir una expresión especialmente **problemática**: cuando faltan espacios seguros de pertenencia, reconocimiento y acompañamiento, la necesidad de ser aceptado puede canalizarse a través de grupos donde el liderazgo negativo, la confrontación o la conducta de riesgo ofrecen una forma inmediata —aunque frágil— de integración. Así, la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración y la dificultad para anticipar consecuencias no solo incrementan el riesgo relacional, sino que pueden quedar atrapadas en dinámicas de exclusión, estigmatización o conflictividad institucional.

Por su parte, el **perfil supracontrolado** permite comprender mejor ciertas formas de malestar más invisibilizadas. La combinación entre alto autocontrol, inhibición emocional, timidez y ansiedad sostenida puede dificultar la expresión de necesidades, la petición de ayuda y la construcción de vínculos de confianza. En adolescentes que viven en contextos de vulnerabilidad, estas características pueden intensificarse cuando el entorno exige **adaptación constante, madurez precoz o sobrerresponsabilización emocional**. En estos casos, la autoexigencia y el silenciamiento no funcionan como recursos protectores, sino que pueden aumentar la soledad, la ansiedad social y la exposición a experiencias de aislamiento o bullying, precisamente porque el malestar queda menos visible para el entorno.

Tabla 18. Características orientativas de los perfiles de autorregulación en la adolescencia

Perfiles y género	Características
<p>PERFILES INFRA-CONTROLADOS</p> <p><i>(más frecuente entre chicos en la muestra analizada)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Suelen formar grupos de amistades, aunque en contextos de vulnerabilidad pueden caer en dinámicas de liderazgo negativo (p. ej., pandillas o grupos problemáticos).

PERFILES SUPRA-CONTROLADOS
(más frecuente entre chicas en la muestra analizada)

- La impulsividad y la necesidad de pertenencia pueden llevarlos/las a entornos de riesgo.
- Presentan dificultades para regular sus respuestas impulsivas, menor tolerancia a la frustración y una tendencia a actuar sin considerar las consecuencias a largo plazo.
- Suelen ser personas más introvertidas y presentar mayores niveles de ansiedad social.
- Tienden a tener menos amigos/as y a ser más susceptibles al bullying.
- La represión excesiva de sus impulsos dificulta la expresión emocional y la adaptación a situaciones nuevas, lo que a largo plazo puede causar un elevado nivel de ansiedad.
- Presentan mayores niveles de ideación suicida y problemas de ansiedad.

Fuente: elaboración propia a través del informante E4, Z5

La lectura de estos perfiles permite subrayar que no basta con identificar disposiciones individuales, sino que es necesario analizar cómo se entrecruzan con **desigualdades de clase, origen, género o estatus social**. Un mismo rasgo puede tener efectos distintos según el contexto: la impulsividad, por ejemplo, no opera igual cuando existen referentes, límites claros y espacios de participación positiva que cuando se desarrolla en entornos marcados por la precariedad, la inseguridad o la ausencia de reconocimiento. Del mismo modo, el autocontrol puede traducirse en regulación emocional saludable o en represión del malestar, dependiendo de si la persona adolescente dispone o no de vínculos y espacios donde sentirse escuchada sin ser juzgada.

En sentido protector, el **perfil resiliente** aparece asociado a una mayor flexibilidad emocional, mejor adaptación social y menor vulnerabilidad frente a la soledad. Sin embargo, también aquí conviene evitar lecturas individualizantes. La resiliencia no debería entenderse como una cualidad innata ni como un mérito aislado, sino como una capacidad que se construye y se sostiene en relación con los vínculos disponibles, las condiciones materiales de vida y los entornos de apoyo. En contextos de vulnerabilidad, donde suelen acumularse la precariedad, el estigma, la falta de acompañamiento y una menor disponibilidad de espacios seguros para elaborar el malestar, resulta especialmente importante evitar interpretaciones que **responsabilicen al sujeto** de su sufrimiento. Por ello, más que orientar la intervención a “corregir personalidades” o ajustar individualmente a las personas adolescentes, el objetivo debería ser ampliar recursos emocionales, fortalecer vínculos protectores y generar contextos inclusivos, no estigmatizantes y sensibles al género y a la desigualdad social, que hagan posible una regulación más saludable del malestar y una construcción más segura de la pertenencia.

Tabla 19. Factores socioemocionales de riesgo y protección

Dimensiones	Factores de riesgo	Factores de protección
-------------	--------------------	------------------------

Procesamiento cognitivo-emocional	Ansiedad social, miedo al rechazo, interpretaciones negativas de las relaciones, expectativas poco realistas y estilos cognitivos.	Interpretaciones más flexibles de las interacciones, mayor tolerancia a la ambigüedad relacional y apoyos que reduzcan la autoatribución del malestar.
Regulación emocional	Dificultades para identificar, comprender y gestionar emociones intensas; tendencia al enquistamiento del malestar, retraimiento o respuestas desadaptativas.	Redes sólidas de apoyo familiar, comunitario y entre iguales; presencia de figuras adultas de confianza y referentes educativos.
Habilidades sociales y ajuste socioemocional	Barreras en la comunicación, timidez, baja iniciativa relacional o escasas oportunidades para desarrollar competencias sociales.	Habilidades sociales, liderazgo prosocial, autocontrol, ajuste socioemocional y oportunidades seguras de interacción, participación y reconocimiento.
Autoestima, autoconcepto y autovalía	Autoestima frágil, dependencia excesiva de la aprobación externa, comparación constante e inestabilidad en la percepción de uno mismo.	Autoestima más estable, autoconcepto positivo, reconocimiento social no estigmatizante y vínculos que sostengan la autovalía más allá del rendimiento o la aceptación grupal.
Perfiles de autorregulación y resiliencia	Perfiles infracontrolados o supracontrolados que, en ausencia de apoyos, pueden traducirse en impulsividad, silenciamiento emocional, ansiedad o vulnerabilidad al aislamiento.	Perfil resiliente, flexibilidad emocional, inteligencia emocional y construcción de resiliencia sostenida por vínculos.

Fuente: elaboración propia

Factores de protección transversales en contextos de vulnerabilidad social

Los factores de protección transversales permiten comprender qué recursos personales, relacionales y contextuales pueden amortiguar el impacto de la vulnerabilidad social y reducir el riesgo de soledad no deseada en la adolescencia. Más que como atributos aislados, estos factores deben entenderse como dimensiones interdependientes que se configuran en la interacción entre las trayectorias individuales y las condiciones sociales en las que transcurre la vida cotidiana. A continuación, se abordan algunas de las principales dimensiones protectoras identificadas por la literatura, con especial atención a la autoestima, la resiliencia, los vínculos comunitarios, la participación y el papel de la escuela como espacio de reconocimiento y pertenencia.

En primer lugar, la **autoestima** constituye un factor de protección especialmente relevante durante la adolescencia, en la medida en que influye en múltiples dimensiones del desarrollo personal y social. La literatura ha mostrado que se relaciona con la capacidad de adaptación ante situaciones nuevas, el manejo de la ansiedad, las relaciones interpersonales, el rendimiento escolar y la reducción de conductas de riesgo. En este sentido, la autoestima no remite

únicamente a una valoración subjetiva de uno mismo, sino también a un recurso psicosocial que incide en la manera en que las personas adolescentes interpretan las dificultades, responden al malestar y se sitúan en relación con su entorno.

Esta función protectora se comprende mejor al atender a su vínculo con la autoeficacia, el afrontamiento y la construcción de la identidad. La autoestima favorece una autoimagen más positiva, incrementa la percepción de competencia y refuerza la confianza en la propia capacidad para afrontar dificultades (Bandura, 1997). En la misma línea, Rutter (1987) señala que la resiliencia se ve reforzada por recursos personales como el sentido de competencia, el *locus* de control interno y una representación positiva de sí, elementos estrechamente vinculados con la autoestima. Así, más allá de su incidencia en el bienestar inmediato, la autoestima contribuye a sostener la recuperación emocional, la capacidad de agencia y el sentido de propósito, todos ellos componentes centrales en los procesos de adaptación durante la adolescencia.

Además, la autoestima puede desempeñar un papel modulador frente a contextos de adversidad como la pobreza, la exclusión social, la discriminación o los conflictos familiares. Aunque no elimina las condiciones estructurales adversas, sí puede amortiguar parte de su impacto, facilitando respuestas más adaptativas y reduciendo la probabilidad de desarrollar ansiedad, desesperanza o retraimiento. Desde esta perspectiva, actúa como un mecanismo mediador entre los factores de riesgo y sus efectos psicosociales, por lo que resulta especialmente relevante en contextos marcados por la VS y la SND. Tal como apuntan Masten (2001) y Kumpfer (1999), incluso en situaciones de alta adversidad, una autoestima saludable puede contribuir a sostener un funcionamiento competente en distintos ámbitos de la vida.

La adolescencia constituye, sin embargo, un periodo particularmente sensible para la estabilidad de la autoestima, dado que en esta etapa confluyen procesos intensos de cambio corporal, emocional, relacional e identitario. En este punto, el pensamiento de Erikson (1985) resulta especialmente útil: la adolescencia se caracteriza por una crisis de identidad en la que la imagen de uno mismo se configura no solo a partir de la experiencia personal, sino también de la mirada de los demás. En consecuencia, la autoestima se ve fuertemente influida por la calidad de las relaciones sociales y por la posibilidad de sentirse reconocido, valorado y aceptado.

En este proceso, el **grupo de pares** ocupa un lugar central. Durante la adolescencia, las opiniones, valoraciones y dinámicas relacionales entre iguales adquieren un peso determinante en la construcción de la autoimagen. Cuando la inserción en el grupo se produce en términos de reconocimiento y pertenencia, ello puede contribuir a consolidar una identidad más estable y una valoración más positiva de sí. Por el contrario, el rechazo, la estigmatización o la exclusión pueden dañar de forma significativa la autoestima y aumentar la vulnerabilidad al malestar. De este modo, la autoestima no debe entenderse como una cualidad aislada del contexto, sino como una dimensión que se construye en interacción con las condiciones sociales y relacionales en las que transcurre la vida adolescente.

Por último, conviene subrayar que la autoestima no es una realidad homogénea ni dada de una vez por todas, sino una construcción progresiva en la que intervienen procesos de autoconocimiento, autoconcepto, autoaceptación y autorrespeto. En contextos de vulnerabilidad, estos procesos pueden verse limitados por experiencias repetidas de fracaso, precariedad, discriminación o falta de reconocimiento, lo que refuerza sentimientos de insuficiencia e

inseguridad. Desde esta perspectiva, la autoestima constituye una dimensión relevante del bienestar subjetivo y una clave analítica para comprender cómo algunas personas adolescentes logran sostener trayectorias de adaptación y afrontamiento más favorables en entornos atravesados por la desigualdad y la SND.

Este papel protector de la autoestima, sin embargo, no debe interpretarse en clave individualista. Si bien constituye un recurso relevante para la adaptación y el afrontamiento, su desarrollo y sus efectos dependen en gran medida de las condiciones relacionales y sociales en las que se inscribe la experiencia adolescente. Por ello, el análisis de la protección frente a la SND exige desplazar la mirada del plano estrictamente individual al comunitario, incorporando la noción de resiliencia comunitaria como clave interpretativa.

La resiliencia individual como proceso de adaptación y reorganización ante la adversidad

La **resiliencia** constituye un concepto relevante para comprender por qué no todas las trayectorias de vulnerabilidad derivan en malestar persistente o aislamiento cronificado. Más que una cualidad fija o una fortaleza individual entendida en términos esencialistas, puede definirse como la capacidad de adaptarse y reajustarse ante situaciones adversas mediante la interacción entre recursos personales y condiciones familiares, sociales y culturales (González Arratia, 2007). Su interés analítico no reside en oponerla al sufrimiento, sino en entenderla como una dinámica que permite afrontar la adversidad de forma no destructiva y sostener procesos de desarrollo en contextos de riesgo.

La literatura coincide en subrayar el **carácter procesual** de la resiliencia. No se trata de una disposición estable ni de un atributo inmutable, sino de una dinámica en la que intervienen, de manera cambiante, factores emocionales, cognitivos, relacionales y contextuales (Guerrero, 2000). Desde esta perspectiva, la resiliencia remite a la relación entre **adversidad, adaptación y desarrollo**: implica enfrentar una dificultad, movilizar recursos para responder a ella y, en ese recorrido, producir formas de reorganización subjetiva y relacional que pueden modificar la trayectoria vital. Por ello, la adaptación positiva no debe entenderse como un resultado definitivo, sino como un equilibrio siempre provisional, abierto a nuevas vulnerabilidades y a nuevos apoyos conforme cambian las circunstancias de vida (Villalba, 2008).

Conviene subrayar, además, que la resiliencia no implica ausencia de dolor, angustia o sufrimiento. Como plantea Bowlby (1992), no consiste en quedar indemne ante la adversidad, sino en no quedar definitivamente abatido por ella. En la misma línea, Cyrulnik (2001) advierte que la resiliencia no supone un retorno al estado anterior al trauma o a la dificultad, sino una **nueva forma de reorganización** a partir de sus efectos. Así, lejos de equivaler a invulnerabilidad, nombra la posibilidad de elaborar la experiencia adversa sin negarla, incorporando aprendizajes, desplazamientos subjetivos o reconfiguraciones del vínculo con los demás.

Este enfoque resulta especialmente pertinente en la adolescencia, una etapa atravesada por procesos intensos de construcción identitaria, búsqueda de reconocimiento y necesidad de vínculos significativos. En contextos de VS, la resiliencia permite pensar no solo en términos de

resistencia individual, sino también como capacidad de desarrollo en condiciones desiguales. Como señalan diversos autores, niños, niñas y adolescentes pueden sostener trayectorias emocionalmente favorables incluso cuando crecen en entornos adversos, siempre que dispongan de apoyos y recursos que hagan posible esa adaptación (Fuentes et al., 2009).

Desde esta perspectiva, la resiliencia cuestiona las visiones deterministas que asocian de forma lineal la experiencia temprana de sufrimiento con un destino inevitable de fracaso o patología (Vera et al., 2006).

La resiliencia comunitaria y el fortalecimiento de los vínculos sociales en contextos de vulnerabilidad social

Aunque normalmente la **resiliencia** suele conceptualizarse desde un plano individual, remitiendo a la capacidad de una persona para adaptarse, afrontar y reorganizarse ante situaciones adversas mediante recursos personales y estrategias de afrontamiento, es interesante preguntarse cómo podemos extrapolar las sensibilidades y estrategias a un **plano colectivo y/o comunitario**, especialmente cuando las causas que generan malestar nacen más allá de lo estrictamente individual. Así, pensar en esto términos nos permite entender la capacidad de un entorno social para sostener a quienes lo integran a través de vínculos, redes de apoyo, recursos compartidos, figuras de referencia y formas de organización colectiva capaces de amortiguar el impacto de la adversidad. La apuesta por extrapolar la resiliencia a un plano colectivo resulta especialmente relevante en el análisis de la pobreza y la SND en la adolescencia, ya que permite desplazar la mirada desde los atributos individuales hacia las condiciones relacionales y sociales que hacen posible —o dificultan— el bienestar.

En contextos de VS, un enfoque exclusivamente individual resulta insuficiente. La pobreza, la discriminación, la inseguridad administrativa, la inestabilidad residencial o la falta de acceso a recursos no pueden comprenderse ni afrontarse únicamente como desafíos personales. En estos casos, la **exposición a la adversidad** depende también de la disponibilidad de apoyos efectivos y de entornos capaces de sostener la vida cotidiana. Por ello, la resiliencia comunitaria adquiere una importancia central: permite pensar la protección no solo en términos de fortaleza individual, sino también en términos de densidad relacional, cohesión social y capacidad colectiva de cuidado.

En esta línea, el *Informe España 2020* (Mora et al., 2020) retoma una idea ya subrayada en el VIII Informe FOESSA (2019): la inclusión social depende, en buena medida, de la capacidad de una sociedad para generar un “**cuerpo social solidario**”. El informe distingue entre una solidaridad más abstracta y funcional —vinculada a la solidaridad orgánica en el sentido de Durkheim y necesaria para la sostenibilidad de sociedades complejas— y una solidaridad comunitaria basada en vínculos, confianza, proximidad y apoyo mutuo. Mientras la primera permite articular la interdependencia propia de las sociedades contemporáneas, la segunda resulta especialmente relevante para la cohesión cotidiana y para la generación de soportes relacionales efectivos. De este modo, la inclusión no remite únicamente a la existencia de estructuras formales de integración, sino también a la densidad de los lazos sociales y a la disponibilidad de relaciones de confianza que hagan posible sostener la vida en común.

Desde esta perspectiva, las **redes de apoyo** constituyen un elemento fundamental. La existencia de vínculos significativos con iguales, familias, profesionales o adultos de referencia puede actuar como factor de protección frente al aislamiento, el malestar y la cronificación de la soledad. La cohesión social no debe entenderse, por tanto, únicamente como un ideal normativo, sino como una condición concreta que incide en la SM, el BE y las trayectorias vitales de las personas adolescentes. En esta etapa, la presencia de figuras de referencia resulta especialmente relevante, ya que la búsqueda de autonomía convive con una fuerte necesidad de apoyo, validación y confianza.

Al mismo tiempo, **la fragilidad de los vínculos y la limitada disponibilidad de apoyo social** pueden intensificar la exposición a experiencias de aislamiento, desvinculación y malestar, especialmente en contextos atravesados por la desigualdad social. Las relaciones no se reproducen de manera automática: las comunidades —familiares, escolares, laborales, vecinales o de amistad— dependen de tiempo, reciprocidad y compromiso para sostenerse. Cuando estas condiciones se debilitan, aumenta el riesgo de formas de soledad más profundas, que no solo afectan al BE, sino también a la identidad, al sentido de pertenencia y a la percepción de reconocimiento social.

Asimismo, el soporte comunitario posee un potencial **desestigmatizador** que conviene subrayar. Cuando el sufrimiento psíquico se aborda exclusivamente desde lógicas diagnósticas o asistenciales, existe el riesgo de añadir una carga social al malestar ya existente. Por el contrario, la existencia de espacios grupales, redes de apoyo y vínculos de confianza puede contribuir a desplazar el foco desde el déficit individual hacia las condiciones sociales y relacionales del sufrimiento. En este sentido, la **resiliencia comunitaria** no solo protege frente a la adversidad, sino que también puede reducir el aislamiento secundario, el etiquetado y la vivencia de extrañeza que a menudo acompañan a las trayectorias de malestar adolescente.

Desde este enfoque, la resiliencia puede contribuir al fortalecimiento del capital social en la medida en que favorece la activación de apoyos, la consolidación de vínculos de confianza y de redes significativas.

La comunidad como contexto de protección: participación y pertenencia

La **comunidad** constituye un escenario central en las trayectorias adolescentes, junto con la familia, la escuela, el grupo de iguales y, de forma creciente, los entornos digitales, y desempeña un papel relevante en la configuración del BE, la SM y la experiencia de la SND. En la adolescencia, los procesos de individuación y búsqueda de autonomía se desarrollan en condiciones de interdependencia efectiva, de modo que la vida cotidiana no se sostiene al margen de los otros, sino a través de vínculos que permiten elaborar la experiencia y reducir la exposición al aislamiento y a la desvinculación.

Con el fin de comprender la **participación**, la **pertenencia** y la **comunidad** como procesos que inciden en la generación de condiciones de protección social, el estudio integra la perspectiva comunitaria, interseccional, de la reproducción social, de género y de la ética de los cuidados. Desde este marco, la VS se entiende como el resultado de una experiencia situada en condiciones históricas, sociales y relacionales concretas, en la que la distribución desigual de

recursos, legitimidades y posibilidades de pertenencia, cuidado y afecto responde a la interacción entre estos fenómenos y no constituye un atributo exclusivamente individual.

La **perspectiva comunitaria** remite a la existencia de vínculos, espacios de reconocimiento, redes de apoyo y formas de pertenencia que hacen posible sostener la vida cotidiana en común. En este sentido, la protección depende de la densidad relacional de los entornos, de la calidad de las interacciones y de la posibilidad de formar parte de un colectivo significativo.

La **perspectiva de género** y la **ética de los cuidados** permiten comprender que el bienestar relacional se construye de manera interdependiente y recíproca. La escucha, el acompañamiento y el sostenimiento de la vida cotidiana constituyen dimensiones estructurales, aunque a menudo invisibilizadas por la falta de reconocimiento social y la infravaloración del trabajo reproductivo. A su vez, la teoría de la **reproducción social** muestra que la posibilidad de participar, vincularse y sostener una vida relacional significativa depende también de condiciones materiales, como la disponibilidad de tiempo, la estabilidad residencial, las redes de apoyo, el acceso a recursos y la distribución social de los trabajos de cuidado.

En conjunto, estos marcos permiten comprender que la pobreza y la SND constituyen fenómenos complejos, atravesados por múltiples estructuras que condicionan la posibilidad de experimentar pertenencia, reconocimiento, sostén y cuidado. Diversos testimonios recogidos en el estudio subrayan que la **fortaleza de una comunidad** no se limita a la existencia de recursos formales, sino que se expresa en la conexión entre agentes, en la circulación de apoyos y recursos, y en la presencia de vínculos de confianza entre iguales y con personas adultas de referencia. En esta línea, un informante señalaba que allí donde existen más relaciones entre agentes y adultos de referencia, el territorio está más preparado para generar condiciones de protección en la vida adolescente (E8, condensada).

Cabe destacar que, las **redes de apoyo** no constituyen un complemento, sino una dimensión constitutiva de la protección social y relacional, con efectos en la SM, el BE y las trayectorias educativas y vitales. Esta aproximación permite, asimismo, ampliar la noción de **participación** más allá de sus formas más visibles o institucionalizadas. La participación no se reduce a los canales formales de representación o decisión, sino que incluye formas cotidianas de presencia, expresión, contribución y reconocimiento que se producen en grupos de iguales, espacios culturales, relaciones afectivas, redes digitales o experiencias compartidas de sociabilidad. Participar significa no solo estar presente, sino también poder incidir, ser tenido en cuenta y sentirse reconocido como alguien capaz de aportar algo valioso a los demás. De acuerdo con ello, la participación se vincula estrechamente con la **agencia**, entendida no como autosuficiencia, sino como capacidad situada de actuar sobre el entorno y construir sentido.

La **pertenencia grupal** desempeña igualmente un papel central. La posibilidad de sentirse parte de un grupo, de una red o de una comunidad constituye una fuente de reconocimiento especialmente relevante en la adolescencia, etapa en la que la identidad se configura en estrecha relación con la mirada de los otros. Cuando los y las adolescentes encuentran marcos en los que su presencia resulta significativa, sus aportaciones son valoradas y sus relaciones pueden sostenerse en condiciones de reciprocidad, se refuerza la percepción de comunidad y disminuye el riesgo de aislamiento. Por el contrario, la falta de reconocimiento, la exclusión o la

imposibilidad de participar de manera significativa pueden debilitar el sentido de pertenencia y reforzar experiencias de soledad y desvinculación.

Conviene, no obstante, **evitar una idealización acrítica de lo comunitario**. La comunidad no es, por definición, un espacio inclusivo, horizontal o protector; también puede reproducir desigualdades, jerarquías, estigmas y formas de exclusión. Precisamente por ello, su valor analítico no reside en presuponer una armonía previa, sino en atender a las condiciones concretas en que los vínculos, la solidaridad y el reconocimiento pueden operar como soportes efectivos.

La perspectiva comunitaria permite desplazar la mirada desde una comprensión individualizada del malestar hacia un enfoque más relacional, ecológico y de apoyo mutuo. Este desplazamiento no implica negar la relevancia de los dispositivos clínicos, sino situarlos —en relación— a los condicionantes sociales que modelan la experiencia del malestar adolescente. En palabras condensadas de un informante de este estudio, el problema no reside solo en el malestar inicial, sino también en las consecuencias sociales añadidas que pueden derivarse de él, lo que explica la importancia de las redes de apoyo (E1, condensada).

En definitiva, la participación, la pertenencia y la agencia deben considerarse dimensiones centrales para comprender la protección frente a la SND en la adolescencia. No se trata únicamente de disponer de recursos, sino de analizar en qué medida los entornos sociales permiten a las personas adolescentes formar parte de relaciones significativas, ser reconocidas como sujetos con capacidad de aportación y sostener vínculos que refuercen el bienestar y la posibilidad de proyectarse en común.

La escuela como contexto de protección

Los **centros educativos** ocupan un lugar central en las trayectorias adolescentes, no solo por el tiempo que los y las jóvenes pasan en ellos, sino también por su capacidad para estructurar experiencias de socialización, reconocimiento y pertenencia. En este sentido, la escuela puede desempeñar un papel relevante en la **inclusión social** y en la **prevención de la SND**, en la medida en que ofrece un marco cotidiano de interacción con iguales y con personas adultas de referencia, y puede constituirse como un espacio de protección especialmente significativo.

No obstante, este potencial protector no opera de manera automática. El entorno educativo también puede reproducir desigualdades cuando favorece a quienes ya disponen de mayores recursos sociales, culturales o familiares, al privilegiar determinados estilos de aprendizaje, formas de evaluación o códigos relacionales. En estos casos, la escuela no solo deja de compensar las diferencias de origen, sino que puede contribuir a ampliarlas, reforzando dinámicas de exclusión, desajuste o desafección. Desde esta perspectiva, resulta pertinente atender no solo a los contenidos curriculares, sino también a los valores, jerarquías y formas de reconocimiento que la institución escolar transmite, tanto de manera explícita como implícita.

En este marco, la **calidad relacional** del entorno educativo adquiere una importancia particular. Los grupos heterogéneos, las dinámicas cooperativas y las formas de participación significativa pueden favorecer experiencias de pertenencia y reconocimiento especialmente relevantes en una etapa vital marcada por la centralidad del grupo de iguales. Asimismo, una organización

pedagógica basada en relaciones menos jerarquizadas y en marcos de interacción más próximos puede contribuir a reducir algunas desigualdades en los procesos de aprendizaje y vinculación. Más allá del rendimiento estrictamente académico, la experiencia escolar incide también en la posibilidad de sentirse parte de un colectivo, de ser valorado por los demás y de sostener vínculos que actúen como soporte frente al aislamiento.

Por ello, el entorno educativo puede entenderse como un **contexto de protección** en la medida en que genera condiciones de inclusión relacional, apoyo cotidiano y reconocimiento mutuo. Su relevancia no deriva únicamente de su función instructiva, sino también de su capacidad para ofrecer marcos estables de interacción en los que las personas adolescentes puedan elaborar su experiencia, construir vínculos significativos y reducir el riesgo de desvinculación social. En consecuencia, la escuela no constituye solo un espacio de transmisión de conocimientos, sino también un ámbito en el que se configuran de manera significativa las condiciones sociales del bienestar y del malestar adolescente.

6. Análisis de los resultados del cuestionario a población adolescente

Este apartado presenta el análisis de los resultados de la encuesta que se pasó a población adolescente en situación de VS, a través de la colaboración con la Plataforma Estatal de Escuelas Salesianas, que amplificaron la difusión del cuestionario y, además, en algunas ocasiones, trabajaron los materiales en sesiones específicas. **El número total de respuestas fue de 85** y, parte de la encuesta incluyó ítems para refrendar la adaptación de la escala de soledad. Los resultados de esta segunda parte se describen en el anexo 2.

Para analizar la pregunta abierta —“**¿Qué cosas te hacen sentir bien o te dan ganas de seguir adelante?**”— se han tenido en cuenta 85 respuestas, de las cuales 82 contienen algún contenido y 3 aparecen en blanco. Sobre estas 82 respuestas se ha realizado una lectura sistemática y una **codificación temática no excluyente**, es decir, una misma respuesta puede incluir varios temas a la vez.

En primer lugar, el núcleo más importante que emerge es el de los **vínculos afectivos cercanos**. La **familia** aparece de forma explícita en 18 de las 82 respuestas (aproximadamente un 22%). Los y las adolescentes hablan de “mi familia”, de sus padres y madres, o del apoyo de las personas queridas, y en algunos casos mencionan el deseo de “no decepcionarlos” o de “ser algo en la vida” por ellos. Junto a la familia, los **amigos y amigas** y el **grupo de iguales** aparecen en 12 respuestas (en torno al 15%). Se recogen expresiones como “estar con mis amigos”, “quedar con mis amigos” o “mis estudios y mis amigos”, que vinculan el tiempo compartido con pares a sentirse mejor, divertirse y disponer de apoyo emocional. La **pareja** solo se menciona de forma explícita en 1 respuesta, lo que indica que, en este conjunto, el peso afectivo se concentra claramente en familia y amistades más que en las relaciones de pareja. En conjunto, estos datos muestran que las relaciones cercanas y el sentimiento de pertenencia constituyen el principal pilar de bienestar y motivación para una parte muy relevante de la muestra.

Un segundo eje central está relacionado con la **mirada hacia el futuro**, los estudios y las metas personales. Elementos vinculados al proyecto vital —los estudios, el trabajo futuro, los sueños o las metas— aparecen en 14 de las 82 respuestas (aproximadamente un 17%). Surgen ideas como “mis sueños a futuro”, “los estudios para poder llegar a lo que quiero”, “sacar buenas notas” o “tener un método para ganar dinero y ser feliz”. En estas narrativas, el futuro académico y laboral se configura como un motor para seguir adelante: se estudia para mejorar la propia situación, acceder a un trabajo deseado o poder ofrecer una vida mejor a la familia. Este bloque sugiere que, para una parte significativa de los y las adolescentes, disponer de metas y expectativas realistas funciona como un factor de protección frente al malestar emocional y contribuye a sostener las ganas de seguir adelante.

En tercer lugar, destacan diversas **actividades que proporcionan placer, expresión o desconexión**. Los hobbies creativos, sobre todo el dibujo y otras formas de **expresión artística**, aparecen en 6 respuestas (en torno al 7%), con menciones a “inspirar artísticamente a los demás”, “dibujo y música” o al deseo de esforzarse en los dibujos en el tiempo libre. El deporte y la **actividad física** se nombran en 7 respuestas (aproximadamente un 9%), con referencias al fútbol, el boxeo, hacer deporte o entrenar, actividades que se perciben como formas de sentirse

bien físicamente, liberar tensión y organizar el día a día. El **ocio social y salir** —salir a la calle, al barrio, al parque— aparece en 5 respuestas (alrededor de un 6%), lo que señala la importancia de disponer de espacios físicos fuera del hogar y del centro educativo para sentirse mejor.

El **ocio digital** (videojuegos, series, pantalla, redes) está presente en 6 respuestas (en torno al 7%), con menciones a “jugar”, “jugar videojuegos”, ver series u otras actividades similares. Aunque numéricamente menos relevante que la familia o las amistades, este bloque muestra que para parte de los y las adolescentes los entornos digitales siguen siendo un recurso para distraerse, desconectar y regular emociones. La música se menciona en 4 respuestas (aproximadamente un 5%) —por ejemplo “escuchar música” o combinada con otras actividades—, y la lectura también aparece en 4 respuestas (otro 5%), con referencias a leer en general o a lecturas específicas. Estas actividades de ocio más individuales se describen como espacios de calma, refugio o inspiración, que ayudan a sostener el estado de ánimo.

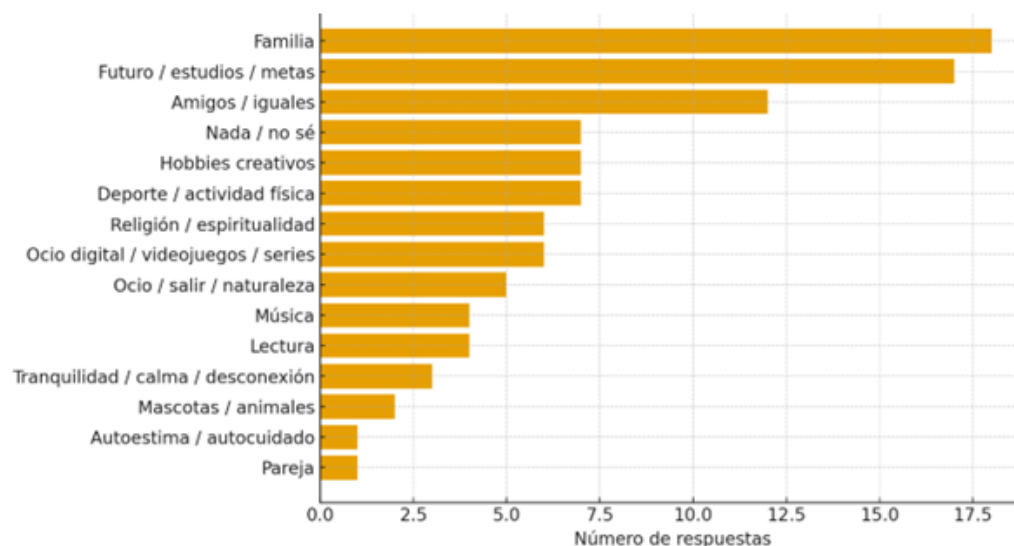
Junto a estos grandes bloques, emergen otras **fuentes de sentido y bienestar** menos frecuentes pero significativas. La dimensión espiritual y religiosa aparece explícitamente en 2 respuestas (alrededor del 2%), con alusiones directas a “Dios” o a “leer la Biblia cada noche y creer en Dios” como motivo para seguir adelante. Las mascotas y animales de compañía se nombran en 2 respuestas adicionales (también en torno al 2%), donde por ejemplo “mi perra” se identifica como una figura que hace sentir bien, reforzando la idea de vínculos afectivos también más allá de las relaciones humanas. La autoestima y el autocuidado se mencionan de forma explícita en 1 respuesta (alrededor del 1%), donde se alude a seguir adelante como persona y a “quererse a uno mismo”. Por otro lado, la tranquilidad, el descanso y la calma se recogen en 3 respuestas (un 4%), a través de expresiones relacionadas con “desconectar”, relajarse o disfrutar de momentos de paz, que se asocian a una sensación de seguridad y bienestar. Aunque minoritarios, estos discursos reflejan la importancia del bienestar personal.

Un elemento que conviene subrayar es la presencia de respuestas que expresan **bloqueo o dificultad para identificar fuentes de bienestar**. La categoría que agrupa expresiones como “nada”, “no sé” o “no le veo sentido” reúne 4 de las 82 respuestas con contenido (aproximadamente un 5%). En estos casos, la persona responde literalmente que nada le hace sentir bien o que no sabe qué le da ganas de seguir, o verbaliza que, más allá de las personas que ama, “a lo demás no le veo sentido”. Aunque estadísticamente minoritarias, estas respuestas constituyen un indicador de alerta: reflejan situaciones en las que cuesta encontrar motivos para sentirse bien o seguir adelante, o en las que el malestar puede ser lo suficientemente intenso como para dificultar la capacidad de nombrar apoyos y recursos. A ello se suman las 3 respuestas en blanco, que se han considerado como ausencia de contenido para esta pregunta.

En términos globales, el análisis de esta pregunta abierta muestra un patrón coherente con la literatura sobre adolescencia y SM. El **apoyo social cercano** —especialmente familia y amistades—, la existencia de un **proyecto de futuro mínimamente esperanzador** y la participación en **actividades significativas** (como el deporte, el ocio, los hobbies creativos, la música o la lectura) emergen como pilares centrales del BE y de las ganas de seguir adelante. Al mismo tiempo, la existencia de un pequeño grupo que no consigue identificar nada que le haga sentir bien o que verbaliza una pérdida de sentido vital apunta a perfiles de mayor

vulnerabilidad, que pueden requerir una atención específica en términos de detección de malestar, acompañamiento emocional y refuerzo de las redes de apoyo.

Figura 10. “¿Qué cosas te hacen sentir bien o te dan ganas de seguir adelante?”



Fuente: Cuestionario población adolescente, elaboración propia

Para analizar la pregunta abierta —“¿Qué situaciones o pensamientos te suelen agobiar más?”— se han tenido en cuenta 85 respuestas, de las cuales 82 contienen algún contenido y 3 están en blanco. Sobre estas 82 respuestas se ha realizado una lectura sistemática y una codificación temática no excluyente, de modo que una misma respuesta puede incluir varios tipos de preocupaciones a la vez.

El eje que aparece con más fuerza es el de los **estudios, los exámenes y el rendimiento académico**. Este tema se menciona en 32 de las 82 respuestas con contenido ($\approx 39\%$). Los y las adolescentes hablan de exámenes, tareas, notas, miedo a suspender, presión por sacar buenas calificaciones o por “que no me dé tiempo a hacer alguna tarea importante”. El instituto y las exigencias escolares se convierten así en la fuente principal de agobio cotidiano, asociada tanto a la carga de trabajo como al temor a fracasar académicamente.

En segundo lugar, aparece con bastante frecuencia la **preocupación por el futuro y el proyecto vital**. Referencias al futuro, a “lo que haré más adelante”, a “no conseguir lo que me propongo” o a no tener claro “cómo seré o qué voy a hacer” están presentes en 10 respuestas ($\approx 12\%$). En estos casos, el agobio no se limita a una situación concreta, sino que se vincula a la incertidumbre sobre la trayectoria de vida, el acceso a estudios o trabajos deseados y la posibilidad de no cumplir las propias expectativas.

Las **relaciones interpersonales** constituyen otro bloque de peso. Por un lado, las relaciones con iguales y el posible rechazo social se mencionan en 9 respuestas ($\approx 11\%$). Surgen miedos a ser rechazado, a sentirse observado o juzgado, a las interacciones con gente de la misma edad o a situaciones sociales donde hay mucha gente. Por otro lado, las relaciones familiares y los

conflictos en casa aparecen también en 9 respuestas ($\approx 11\%$), con alusiones a discusiones con la familia, problemas con una abuela, tensiones en el hogar o “situaciones con mi familia” que generan malestar. Este doble foco muestra que tanto el entorno de iguales como el familiar pueden ser fuente de estrés relacional y de agobio emocional.

Junto a estos grandes ejes, se identifican otros temas más específicos. Algunas respuestas aluden a eventos estresantes generales y problemas del día a día, como “cuando hay un problema” o situaciones de conflicto, que se han agrupado en una categoría presente en 3 respuestas ($\approx 4\%$). La **soledad y el sentimiento de estar solo/a** aparecen en otras 3 respuestas ($\approx 4\%$), donde se expresa de forma más o menos directa la sensación de no tener a nadie o de sentirse especialmente vulnerable cuando se está solo. La **autoexigencia y el miedo a decepcionar** se recogen en 2 respuestas ($\approx 2\%$), con formulaciones que expresan temor a decepcionar a los demás o a no estar a la altura de lo que se espera. La **imagen corporal y la autoestima** ligada al cuerpo se menciona explícitamente en 1 respuesta ($\approx 1\%$), con preocupaciones sobre el cuerpo, la altura u otros aspectos físicos, y la SM y los pensamientos negativos (ansiedad, tristeza intensa, etc.) también aparece de forma explícita en 1 respuesta ($\approx 1\%$), aunque es probable que parte de este malestar esté implícito en otros relatos.

Un elemento significativo es la existencia de un grupo que declara que “**nada**” o “**muy pocas cosas**” le agobian. Esta categoría reúne 6 respuestas ($\approx 7\%$), con expresiones como “Ninguna”, “Muy pocas veces los exámenes” o formulaciones similares. Estas respuestas pueden interpretarse, en algunos casos, como una vivencia de bajo nivel de estrés, pero también podrían reflejar dificultad o resistencia a identificar y verbalizar el propio malestar, por lo que conviene leerlas con cautela.

El análisis de esta pregunta muestra que las principales fuentes de agobio en la adolescencia se concentran en tres grandes áreas: **la presión académica, la incertidumbre sobre el futuro y las relaciones interpersonales** (tanto con iguales como con la familia). A su alrededor se despliegan preocupaciones más específicas —soledad, autoexigencia, imagen corporal, pensamientos negativos— que afectan a una parte más reducida de la muestra, pero que señalan campos importantes para la detección precoz de malestar emocional y el diseño de estrategias de apoyo.

Para analizar la tercera pregunta abierta “**¿Qué te ayuda cuando estás triste, nervioso/a o preocupado/a?**” se han tenido en cuenta 85 respuestas, de las cuales 83 contienen algún contenido y 2 están en blanco. Sobre estas 83 respuestas se ha realizado una lectura sistemática y una codificación temática no excluyente, es decir, una misma respuesta puede incluir varias estrategias de afrontamiento a la vez.

El eje que aparece con más fuerza es el de **hablar con alguien y buscar apoyo social**. En 27 de las 83 respuestas con contenido (32,5%) se menciona explícitamente la ayuda de amigos, amigas, familia u otras personas significativas. Surgen formulaciones como “que alguien me hable y me diga que no estoy sola”, “hablar con una amiga”, “mi familia” o “mis amigos me preguntan qué me pasa”. Este patrón indica que, para un número importante de adolescentes, compartir lo que sienten y sentirse escuchados es una de las estrategias centrales para manejar el malestar.

La segunda estrategia más frecuente es el uso de la **música** como recurso regulador. En 21 respuestas (25,3%) aparecen expresiones como “escuchar música”, “música” o combinaciones del tipo “dibujar y escuchar música”. La música se usa tanto como vía de distracción como para acompañar estados emocionales intensos, ayudando a calmarse o a conectar con otras emociones.

Un tercer bloque importante lo forman las **actividades individuales de ocio y expresión**. Las actividades creativas (dibujar, pintar, hacer arte) se mencionan en 9 respuestas (10,8%), y el ocio con pantallas —ver la tele, ver películas o series, jugar, usar redes o videojuegos— aparece en 8 respuestas (9,6%). También se recogen referencias a “hacer otra cosa para que se me vaya de la mente” o “olvidar el estudio y hacer algo diferente”, que remiten a la necesidad de romper con la rumiación a través de actividades placenteras o absorbentes.

Las **técnicas de respiración y relajación** tienen una presencia relevante: en 8 respuestas (9,6%) se menciona “respirar”, “respirar profundamente” o acciones similares. Este dato sugiere que, al menos para una parte del grupo, hay cierto conocimiento de estrategias más explícitas de autorregulación fisiológica. Asociado a esta línea, el **descanso y el dormir** se mencionan en 7 respuestas (8,4%), donde se indica que “dormir”, “descansar” o “hacer una siesta” ayuda a reducir la intensidad del malestar.

El **contacto con el exterior y los espacios abiertos** aparece en 4 respuestas (4,8%), con menciones a “salir con mis amigas”, “estar sola en espacios abiertos como parques de noche” o “salir de la ciudad”. Estas narrativas apuntan a la función reguladora que pueden tener el cambio de contexto y el contacto con el aire libre, en algunos casos combinados con la necesidad de estar a solas. De hecho, la estrategia de **estar solo/a o aislarse** se recoge también en 4 respuestas (4,8%), donde se expresa preferencia por estar solo/a en determinados momentos como forma de gestionar lo que se siente.

Otras estrategias aparecen con menor frecuencia, pero son significativas. Pensar de otra manera, relativizar o intentar pensar en positivo, se menciona en 2 respuestas (2,4%), por ejemplo “pensar en cosas buenas” o “pensar en positivo”. En la misma línea de afrontamiento orientado al problema, en 2 respuestas (2,4%) se alude a estudiar o prepararse mejor (“si es con un examen, prepararme para el siguiente”), lo que sugiere que, en algunos casos, la respuesta al malestar pasa por intentar actuar sobre la causa concreta. El deporte y la actividad física se nombran en 3 respuestas (3,6%), y la comida como forma de consuelo aparece explícitamente en 1 respuesta (1,2%), donde “comer” se identifica como algo que ayuda a sentirse mejor.

Finalmente, hay un grupo de adolescentes que declara que **“nada” o “casi nada”** les ayuda. La categoría que agrupa respuestas del tipo “nada”, “no me ayuda nada” o “nunca estoy triste” reúne 5 de las 83 respuestas con contenido (6%). Estas formulaciones pueden tener significados distintos: desde la dificultad para reconocer o nombrar estrategias de afrontamiento hasta una cierta negación del malestar. En cualquier caso, señalan un pequeño grupo para el que resulta menos evidente disponer de recursos para gestionar situaciones de tristeza, nerviosismo o preocupación.

Esta pregunta muestra un repertorio de afrontamiento donde destacan el apoyo social (hablar con otras personas), las estrategias de regulación emocional a través de la música y otras

actividades gratificantes, y, en menor medida, recursos más estructurados como la respiración consciente o la reestructuración cognitiva. Junto a estas estrategias, la presencia de respuestas que aluden a que nada ayuda o a la necesidad de aislarse invita a prestar atención a aquellos perfiles con menos herramientas percibidas para manejar el malestar emocional.

7. Del diagnóstico a la construcción de vínculos

En este capítulo detallamos la acción propositiva que surgen del análisis y reflexión en torno a las evidencias recogidas en la primera parte del estudio, especialmente por lo que se refiere a los factores de riesgo y factores de protección frente a la pobreza, la SND y otros determinantes sociales de la salud mental en adolescentes en contextos de vulnerabilidad social.

Para la elaboración de las propuestas hemos integrado los fundamentos y sensibilidades del estudio con el propósito de que puedan orientar, de forma plausible, a través de las diferentes líneas de actuación sectorial. Además, incluimos unas indicaciones sobre cómo evaluar su cumplimiento en los programas que decidan incorporarlas.

Fundamentos y sensibilidades que orientan las acciones

Las **estrategias y propuestas de acción** que se presentan en este capítulo se apoyan tanto en los resultados del estudio como en las sensibilidades teóricas y metodológicas que han orientado la investigación. Su punto de partida es claro: la pobreza y la SND en la adolescencia no pueden explicarse solo a partir de características individuales, sino que deben entenderse en relación con las condiciones materiales de vida, la calidad de los vínculos y las desigualdades estructurales que atraviesan las trayectorias adolescentes.

Los hallazgos muestran que el malestar adolescente no aparece de forma aislada, sino vinculado a **dinámicas relacionales** concretas y a **determinantes sociales** más amplios. En particular, la menor participación en actividades grupales, espacios de ocio compartido o entornos de sociabilidad cotidiana se asocia con mayores experiencias de aislamiento y puede reforzar la cronificación de la soledad (E6, Z7). Esto apunta a un mecanismo de retroalimentación: cuando disminuyen las oportunidades de compartir tiempo, hacer grupo o sostener rutinas colectivas, se debilita la posibilidad de construir vínculos significativos y, con ello, también el apoyo social, el reconocimiento y la experiencia de pertenencia.

Desde esta perspectiva, el análisis sugiere que no basta con considerar la pobreza en términos de ingresos o privación material, ni con interpretar el malestar en clave exclusivamente individual. La experiencia de la soledad y del sufrimiento psíquico se relaciona también con el capital social, es decir, con la disponibilidad de apoyos emocionales, la calidad de los vínculos, la existencia de figuras de referencia y el acceso efectivo a espacios de relación. A su vez, la precariedad intensifica estos riesgos al reducir el tiempo disponible para el cuidado y la participación, limitar la estabilidad cotidiana y dificultar el acceso a actividades, redes y recursos comunitarios. Por ello, la protección no puede concebirse como un atributo individual, sino como una condición relacional que depende de la existencia de entornos capaces de sostener confianza, cooperación, reconocimiento y pertenencia.

A partir de este marco, las respuestas no deberían centrarse únicamente en el individuo ni traducirse de forma prioritaria en lógicas individualizantes o excesivamente medicalizadoras. Esto no supone restar importancia a los dispositivos clínicos, sino situarlos en relación con las **condiciones sociales y relacionales** que modelan la experiencia del malestar adolescente. Como sintetiza uno de los testimonios del estudio, el problema no reside solo en el malestar inicial, sino también en las consecuencias sociales añadidas que pueden derivarse de él, lo que

refuerza la importancia de las redes de apoyo y de las respuestas no estigmatizantes (E12.P14–P16). En coherencia con ello, las propuestas de este capítulo se formulan como acciones orientadas a ampliar las oportunidades de vínculo, sostener la pertenencia y mejorar las condiciones materiales y relacionales que inciden en el bienestar emocional y la salud mental.

Desde el inicio del estudio, esta aproximación se apoyó en varias sensibilidades analíticas. En primer lugar, una **perspectiva interseccional e intercultural**, orientada a comprender cómo el género, la migración, la racialización, la LGTBIQ+-fobia, la diversidad cultural o las barreras lingüísticas producen experiencias desiguales de soledad, exclusión y acceso al apoyo. En segundo lugar, una atención específica a los **procesos de estigmatización**, entendidos como mecanismos que añaden carga social —y, en ocasiones, diagnóstica— al malestar, intensificando sus efectos. En tercer lugar, la **teoría de la reproducción social** permitió vincular los cuidados con la precariedad estructural, la desigualdad y la organización social del sostenimiento de la vida, subrayando que la posibilidad de participar, vincularse y sostener trayectorias de bienestar depende también de condiciones materiales como el tiempo disponible, la estabilidad residencial, las redes de apoyo y la distribución desigual del trabajo de cuidados.

A medida que avanzó el trabajo de campo, estas sensibilidades iniciales se ampliaron y precisaron a la luz de los resultados. El estudio permitió identificar con mayor claridad que los vínculos, la pertenencia y el apoyo social no operan como elementos secundarios, sino como condiciones básicas del bienestar emocional y la SM adolescente. Asimismo, cobró mayor relevancia la idea de **solidaridad comunitaria** como horizonte de protección, en línea con la noción de un “cuerpo social solidario” basado en la confianza, la proximidad y el cuidado mutuo (Mora et al., 2020). Del mismo modo, la **ética de los cuidados** permitió visibilizar cómo la distribución desigual del tiempo, de las tareas de cuidado y de la sobrecarga emocional condiciona de forma directa las posibilidades de participación, vinculación y acceso a apoyos. Finalmente, la investigación reforzó la importancia de una **participación real**, entendida como posibilidad efectiva de agencia, reconocimiento y co-diseño.

El capítulo se organiza a partir de **tres ejes**: la centralidad de los vínculos, la pertenencia y el apoyo social en el bienestar adolescente; la necesidad de actuar sobre las desigualdades materiales (tiempo disponible, la vivienda, la movilidad o el acceso a actividades). A partir de ello, las propuestas se ordenan en cuatro ámbitos interrelacionados —estructural, educativo, comunitario y de coordinación entre servicios—, entendidos como planos complementarios para el abordaje de la promoción de respuestas tempranas, comunitarias y no estigmatizantes.

Acción propositiva

Las propuestas que se desarrollan a continuación se articulan como acciones orientadas a fortalecer los vínculos sociales, sostener el sentimiento de pertenencia y mejorar las condiciones de vida que influyen en el bienestar emocional y la salud mental de adolescentes en contextos de vulnerabilidad social.

Con el propósito de ofrecer una guía útil para las administraciones públicas y las organizaciones del territorio, se presentan a continuación las propuestas priorizadas de acuerdo con el enfoque que orienta este estudio. Estas acciones están dirigidas a incidir en distintos ámbitos —**comunitario, educativo, de coordinación interinstitucional y de políticas públicas**— con el

objetivo de reforzar la respuesta institucional y promover un abordaje temprano, integral y no estigmatizante de la SM adolescente.

Comunidad, vínculos, y apoyos para el bienestar adolescente

Se plantean una serie de propuestas en el **ámbito comunitario** orientadas a reducir el malestar adolescente actuando sobre algunas de sus condiciones de posibilidad: el acceso a espacios de encuentro, el tiempo compartido, las redes de apoyo y las experiencias de reconocimiento y pertenencia.

Dado que la pobreza y la vulnerabilidad social se asocian, entre otras cuestiones, con una menor participación en actividades grupales y en espacios de sociabilidad, este bloque propone fortalecer la **resiliencia comunitaria**, desde una perspectiva socioeducativa, como una infraestructura estable de apoyo, participación y vinculación. En esta línea, y en consonancia con el principio defendido por la UNESCO de articular finalidades comunes con atención a la diversidad, se propone una lógica universal y diversa: dirigida al conjunto de la población adolescente, pero complementada con apoyos específicos allí donde existan desigualdades, sin segmentar de forma estigmatizante.

El objetivo es que las redes comunitarias funcionen como una primera capa de sostén, de modo que pedir ayuda no suponga una carga añadida, sino una vía accesible de acompañamiento, reconocimiento y pertenencia.

a) Coordinación territorial e infraestructura comunitaria

- **Fortalecer el capital social comunitario de los territorios**, promoviendo una mayor coordinación entre agentes socioeducativos, objetivos compartidos, actividades co-diseñadas, lenguajes comunes y planes de trabajo interinstitucionales que aumenten la capacidad comunitaria de respuesta y resiliencia.
- **Dotar de financiación, reconocimiento y recursos técnicos/educativos** suficientes a los dispositivos preventivos y comunitarios de todos los territorios, para garantizar igualdad en el acceso a recursos de prevención y acompañamiento.

b) Vínculos comunitarios y pertenencia sostenida

- **Impulsar espacios de creación colectiva** vinculados al arte, la cultura, el deporte u otros intereses, garantizando continuidad y frecuencia estable y orientados a la construcción de comunidad y al fortalecimiento de las identidades compartidas entre adolescentes.
- **Facilitar recursos materiales** —como locales, instrumentos o equipamientos— y garantizar condiciones de accesibilidad económica y cultural que permitan una participación efectiva.
- **Diseñar la programación con enfoque inclusivo**, sensible a la diversidad cultural, de género y LGTBIQ+, evitando dinámicas de exclusión o segregación asociadas al nivel socioeconómico.

c) Acompañamiento relacional y detección temprana

- **Desplegar mentorías entre iguales** (*peer support*) y con referentes jóvenes o adultos del territorio, en formatos universales y diversos que eviten respuestas segregadas.
- **Priorizar un acompañamiento sostenido**, con continuidad y seguimiento, orientado a robustecer el capital social mediante la activación de redes de apoyo, vínculos de confianza y relaciones significativas, así como la detección temprana de señales de aislamiento antes de la cronificación del malestar.
- **Incorporar formación breve y supervisión** en aspectos como escucha, establecimiento de límites y derivación, con el fin de evitar la reproducción de dinámicas asistencialistas o de roles de intervención inadecuados.

d) Facilitación comunitaria y continuidad de apoyos

- **Crear una figura de facilitación comunitaria o referente de enlace territorial** con presencial estable en espacios de proximidad y funciones de conexión entre adolescentes, familias, centros educativos, servicios sociales, recursos sanitarios.
- **Atribuir funciones de acompañamiento en transiciones relevantes** de la vida de adolescentes a esta figura, como la activación de recursos comunitarios, detección de barreras de acceso, vinculación efectiva con actividades, apoyos y servicios del territorio.
- **Desarrollar un mapeo actualizado de activos comunitarios** y de sus condiciones de acceso, incorporando información sobre horarios, costes, localización, requisitos y barreras de participación.
- **Impulsar medidas de reducción de barreras** económicas, lingüísticas, horarias, territoriales o simbólicas, mediante mediación, apoyos de acceso y estrategias de acogida no estigmatizantes.
- **Establecer protocolos de coordinación entre servicios**, de modo que esta figura pueda sostener la continuidad del acompañamiento y facilitar derivaciones relacionales cuando resulte necesario.
- **Establecer mecanismos de contratación, formación continua y supervisión** técnica de manera estable, para sostener esta función en el tiempo, garantizar su calidad y evitar que dependa de iniciativas aisladas o de vínculos informales entre profesionales.

e) Espacios comunitarios accesibles, apropiación y autonomía

- **Consolidar espacios abiertos, seguros y no hipercontrolados**, con condiciones de accesibilidad económica y cultural, incluyendo horarios adecuados, apoyos al transporte y, cuando sea necesario, mediación intercultural y lingüística.
- **Promover un marco común de acceso dirigido a toda la población adolescente**, combinado con apoyos específicos allí donde existan desigualdades, evitando segmentaciones estigmatizantes.

- **Incorporar a adolescentes en el diseño** de las normas de convivencia, los usos del espacio y la programación, con el fin de reforzar la apropiación, la participación, la agencia y el sentido de pertenencia.

f) **Participación adolescente, creación colectiva y acción con propósito**

- **Impulsar iniciativas de participación adolescente** como proyectos culturales, acciones comunitarias, experiencias intergeneracionales, voluntariado o espacios digitales con finalidad colectiva que refuercen el reconocimiento y el valor social.
- **Priorizar el codiseño como práctica de pertenencia y agencia**, de modo que las personas adolescentes no se limiten a asistir, sino que puedan decidir, crear e incidir en los entornos que habitan.

La escuela como infraestructura relacional y de pertenencia// Educación, bienestar y pertenencia en adolescencia

La escuela puede actuar como una **infraestructura relacional** clave y funcionar como un **amortiguador de las desigualdades** al incorpora una mirada inclusiva y promueve relaciones significativas y redes de apoyo como condiciones básicas del bienestar. No obstante, también puede reproducir e incluso intensificar dichas desigualdades cuando no reconoce las estructuras sociales que tienden a estigmatizar el malestar adolescente.

Incidir en el ámbito educativo resulta especialmente relevante, dado que el acoso escolar y la falta de apoyo social operan como factores de riesgo para la salud mental en la adolescencia. En este contexto, resulta prioritario reforzar condiciones escolares seguras, accesibles y estables que favorezcan la construcción de vínculos, redes de apoyo y experiencias de pertenencia, entendidas como dimensiones centrales del bienestar y de la prevención del malestar.

a) **Detección temprana y respuesta relacional al aislamiento**

- **Detectar de forma temprana la respuesta relacional al aislamiento** mediante sociograma y observación sistemática en tutorías, patios y cambios de etapa.
- **Desarrollar protocolos de respuesta relacional no disciplinaria**, que incluyan grupos de acogida, mediación, acompañamiento tutorial y mentorías entre iguales.
- **Incorporar criterios de detección y análisis compartidos en los centros educativos** para que manifestaciones como el retraimiento, la conflictividad o el absentismo se cómo posibles indicadores de malestar, aislamiento o fragilidad en los vínculos de pertenencia.

b) **Prácticas cooperativas y espacios educativos significativos**

- **Favorecer experiencias de aprendizaje-servicio, intercambio y colaboración** entre adolescentes y agentes externos, incluidas universidades y recursos comunitarios, para fortalecer el reconocimiento mutuo, la participación significativa y la conexión entre formación, territorio y justicia social.

- **Reservar tiempos para el diálogo, la reflexión y la construcción de conciencia** colectiva, dentro de los centros educativos, de manera que la escuela no se limite a la transmisión de contenidos, sino que también contribuya a la elaboración del malestar, la comprensión de las desigualdades y el fortalecimiento del vínculo entre iguales.
- **Impulsar recreos cooperativos** que amplíen interacciones y reduzcan el aislamiento, mediante dinámicas guiadas, roles rotatorios y propuestas inclusivas.
- **Promover metodologías colaborativas** que favorezcan la interdependencia y reduzcan la segregación informal en el aula, como el aprendizaje cooperativo o por proyectos.
- **Incorporar formas diversas de participación, cooperación y reconocimiento**, en los espacios escolares y en las dinámicas educativas, para evitar que la pertenencia, la visibilidad o el valor social del alumnado queden vinculados exclusivamente al rendimiento académico o al estatus, reproduciendo desigualdades preexistentes.

c) **Competencias relacionales y socioemocionales**

- **Reforzar espacios de autoconocimiento, escucha y elaboración personal** en todos los niveles educativos con tiempos protegidos para pensar, sentirse, repensarse y descubrirse, reconociendo su valor preventivo en el bienestar emocional y en la construcción de trayectorias más autónomas.
- **Incorporar el aprendizaje de competencias relacionales y socioemocionales** de forma transversal en las tutorías, las dinámicas grupales, las mentorías y otras prácticas cotidianas del centro, mediante actividades planificadas, tiempos específicos de trabajo y criterios compartidos entre el profesorado, evitando que queden relegadas a intervenciones puntuales o descontextualizadas.
- **Crear espacios educativos orientados al fortalecimiento de competencias relacionales y socioemocionales**, como pedir ayuda, expresar el malestar, regular emociones, gestionar conflictos y sostener vínculos satisfactorios.
- **Definir orientaciones pedagógicas y criterios de acompañamiento** que reconozcan estas capacidades como aprendizajes que deben ser enseñados, acompañados y reforzados desde la institución escolar, garantizando contextos seguros, accesibles y estables para su desarrollo, y evitando tratarlas como disposiciones previas exigibles al alumnado para integrarse o sostener su bienestar.

d) **Prevención de violencias, segregación y barreras de acceso**

- **Reducir la segregación escolar y socioespacial como** objetivo prioritario de política educativa y comunitaria, promoviendo contextos relacionales más heterogéneos que faciliten el reconocimiento de la desigualdad, refuercen el sentido de pertenencia y mejoren las redes de apoyo entre iguales.

- **Reforzar la prevención y la respuesta frente al racismo**, la LGTBIQ+-fobia, la violencia de género y el acoso, mediante protocolos de reparación, apoyo y trabajo grupal.
- **Incorporar mediación intercultural y lingüística para reducir barreras** de acceso y evitar situaciones de aislamiento vinculadas al idioma, los códigos institucionales o la discriminación, con especial atención a adolescencias de orígenes diversos.

e) Educación digital y convivencia escolar

- **Definir las regulaciones sobre el uso de móviles y entornos digitales** a partir de normas discutidas y consensuadas con el alumnado, incorporando revisiones periódicas y criterios compartidos de corresponsabilidad para evitar enfoques punitivos o culpabilizadores.

f) Apoyos socioeducativos en etapas tempranas de la adolescencia

- **Desplegar actividades socioeducativas en horario de tarde**, especialmente en los primeros cursos de secundaria, orientadas al acompañamiento en tareas, el juego, la socialización y la merienda, con el fin de reforzar rutinas, vínculos y pertenencia fuera del tiempo lectivo.
- **Organizar apoyos como recursos complementarios al currículo**, en centros educativos o equipamientos de proximidad, en coordinación con centros cívicos, entidades del territorio y otros recursos comunitarios.
- **Garantizar condiciones de acceso estables y no estigmatizantes**, mediante proximidad territorial, horarios adecuados, gratuidad o bajo coste y apoyos específicos cuando existan barreras económicas o de movilidad.
- **Priorizar a adolescentes con mayor riesgo de aislamiento o desvinculación**, asegurando mecanismos de seguimiento y coordinación con el centro educativo y la red comunitaria.

Hacia un modelo comunitario de atención en salud mental adolescente: coordinación interinstitucional y refuerzo de la red pública

Para mejorar la **coordinación entre sistemas y avanzar hacia un modelo comunitario de atención en salud mental adolescente**, se propone un enfoque público orientado a garantizar el bienestar subjetivo y material de las personas adolescentes, favorecer la detección temprana de situaciones de riesgo y ofrecer respuestas adecuadas, continuas y no estigmatizantes. Este enfoque requiere fortalecer la conexión entre el sistema educativo, los servicios sociales, el sistema sanitario y los recursos comunitarios, desde una lógica de corresponsabilidad, acompañamiento sostenido y trabajo compartido.

Desde esta perspectiva, se plantea superar una lógica centrada exclusivamente en la derivación —entendida como traslado del caso a otro recurso— para avanzar hacia otra basada en la articulación estable entre dispositivos clínicos, sociales, educativos y comunitarios. Se trata de un **planteamiento basado en derechos, que reconoce las desigualdades estructurales**

como factores que inciden de forma decisiva en el malestar adolescente y orienta la respuesta institucional hacia su reducción, mediante la garantía de derechos básicos, condiciones de vida dignas y apoyos accesibles. El objetivo es ofrecer respuestas tempranas, continuas y no estigmatizantes que sostengan los vínculos, la pertenencia y las condiciones materiales de la vida cotidiana, evitando que las dificultades de acceso a la ayuda se conviertan en una carga adicional —burocrática o simbólica— para adolescentes y familias.

a) Reorientación del modelo público de atención hacia un enfoque comunitario y no estigmatizante

- **Incorporar objetivos vinculados a la reconstrucción de vínculos**, el fortalecimiento de la pertenencia, la participación y la vida cotidiana, en los criterios de intervención, seguimiento y evaluación de la atención pública, de modo que la respuesta no se limite exclusivamente a la reducción de síntomas.
- **Priorizar respuestas comprensivas, comunitarias y no estigmatizantes**, que revisen prácticas profesionales, protocolos y marcos de valoración para evitar la patologización de malestares vinculados a desigualdades sociales, conflictos relacionales o condiciones materiales adversas.
- **Integrar herramientas de valoración biopsicosocial y coordinación** intersectorial, de forma sistemática en la organización de la atención, que permitan abordar el malestar adolescente en relación con sus condiciones sociales, relacionales y materiales, y no únicamente desde una lógica clínica individual.

b) Coordinación intersectorial y equidad territorial en el acceso a recursos

- **Consolidar espacios estables de coordinación** entre educación, salud, servicios sociales y entidades comunitarias, con reuniones periódicas, referentes claros y procedimientos compartidos.
- **Acordar mínimos de funcionamiento** en aspectos como tiempos de respuesta, canales de comunicación, seguimiento de casos y circuitos de atención.
- **Incorporar un enfoque de equidad** territorial que garantice la disponibilidad y accesibilidad de recursos —en términos de cobertura, tiempos y enfoque comunitario— con independencia del municipio o barrio, reduciendo desigualdades de acceso y evitando dinámicas de segregación socioeconómica.

c) Organización del trabajo, delimitación de funciones y sostenimiento de los equipos

- **Definir las funciones, competencias, límites y mecanismos de coordinación** de cada dispositivo y perfil profesional, con claridad, evitando solapamientos, vacíos de atención y sobrecarga de los equipos.
- **Garantizar los recursos mínimos necesarios para el funcionamiento de los servicios** —dotación profesional, tiempo, espacios y apoyo técnico-administrativo—, de modo que la calidad de la atención no dependa de sobreesfuerzos individuales.

- **Mejorar las condiciones laborales** mediante estabilidad contractual, plantillas suficientes y tiempos protegidos para planificación, coordinación, seguimiento y atención.
- **Establecer criterios de carga y ratios ajustados a la complejidad**, para prevenir la saturación y favorecer la continuidad de los acompañamientos.
- **Incorporar mecanismos de supervisión, apoyo emocional y cuidado profesional**, de forma estable, con el fin de prevenir el desgaste, reducir la rotación y sostener la calidad de los servicios.

d) **Formación y soporte técnico a los equipos**

- **Impulsar formación aplicada** en equipos sociosanitarios y comunitarios para la detección temprana, la aplicación de instrumentos que puedan contribuir a facilitar el apoyo, y el establecimiento de límites y coordinación entre recursos.
- **Incorporar apoyo técnico** continuado —asesoría, contraste y orientación en derivación relacional— para sostener la calidad de la atención sociosanitaria y evitar respuestas improvisadas.
- **Reforzar competencias para una atención culturalmente pertinente e interseccional**, atenta a cuestiones de género, migraciones, diversidad cultural y desigualdad social.

Políticas públicas y estructuras sociales que inciden en la salud mental adolescente

Las propuestas orientadas al ámbito estructural y de las políticas públicas buscan incidir en las condiciones materiales que afectan de forma directa al bienestar adolescente. Su finalidad es actuar sobre los factores que condicionan la posibilidad de sostener vínculos, participar en la vida social y desarrollar trayectorias vitales con estabilidad, especialmente en contextos de pobreza y vulnerabilidad social.

La evidencia disponible muestra que la vulnerabilidad económica restringe la participación, reduce la movilidad y dificulta el acceso a espacios de encuentro, ocio y apoyo. A ello se añade que, en determinados contextos, la digitalización puede sustituir parcialmente las relaciones presenciales y reforzar desigualdades previas. Desde esta perspectiva, la acción pública no debe limitarse a ampliar recursos, sino también a garantizar tiempo disponible, accesibilidad y condiciones materiales que hagan posible moverse, encontrarse, participar y sentirse parte de la comunidad.

a) **Protección social, lucha contra la pobreza y la exclusión**

- **Desarrollar una prestación universal por** crianza y reforzar las políticas de apoyo económico a las familias, como medida estructural para reducir la pobreza infantil y adolescente y aliviar factores materiales que inciden directamente en el malestar.

b) **Vivienda, protección social y prevención de la pobreza**

- **Impulsar una política de vivienda efectiva** que actúe como medida de prevención del malestar y la pobreza, evitando que las condiciones residenciales precarias intensifiquen la inseguridad material, el estrés familiar y la fragilidad de las trayectorias adolescentes.
- **Garantizar el derecho a la vivienda estable y segura**, dado que la estabilidad residencial constituye una condición básica para sostener rutinas, descanso, vínculos y bienestar cotidiano.
- **Impulsar medidas de prevención de desahucios** basadas en la detección temprana, la mediación, el asesoramiento jurídico y el apoyo económico, articuladas con recursos habitacionales de emergencia y acompañamiento social para garantizar estabilidad residencial y evitar trayectorias de mayor vulnerabilidad.

c) Cuidados, conciliación y corresponsabilidad

- **Ampliar las políticas de conciliación y corresponsabilidad**, incluyendo permisos más largos y remunerados, permisos específicos vinculados a necesidades concretas de crianza y cuidado, que redistribuyan socialmente el trabajo de cuidados.
- **Reforzar los apoyos económicos y las prestaciones dirigidos a familias con sobrecarga de cuidados**, atendiendo a su impacto en la vida cotidiana y relacional y a las desigualdades que atraviesan la distribución del trabajo de cuidados, incluidas sus consecuencias en las cadenas de cuidado.
- **Incorporar la pobreza de tiempo como criterio de análisis e intervención pública**, reconociendo su impacto diferencial sobre las mujeres en situación de vulnerabilidad social.
- **Reforzar los servicios públicos de cuidado, conciliación y respiro familiar**, especialmente en franjas horarias y contextos donde las familias presentan mayores dificultades de organización cotidiana.
- **Desarrollar apoyos específicos para familias con configuraciones diversas**, incluidas las monoparentales, mediante prestaciones, prioridad de acceso a recursos y acompañamiento social.
- **Adecuar la organización de los recursos educativos, sociales y comunitarios** a las condiciones reales de vida de las familias, reduciendo barreras horarias, económicas y administrativas.

d) Coordinación sociosanitaria y enfoque integral del malestar adolescente

- **Impulsar un cambio de modelo en salud mental orientado a la autonomía, el bienestar** y la vida cotidiana de las personas adolescentes, priorizando marcos de salud mental comunitaria en el diseño legislativo, institucional y programático.
- **Promover una lectura crítica y compartida del sufrimiento adolescente**, incorporando en el análisis y en la intervención los factores sociales, estructurales y

de desigualdad que inciden en el malestar, para evitar su reducción a un problema exclusivamente individual, clínico o familiar.

- **Fomentar estrategias compartidas en los ámbitos social y sanitario** mediante una acción coordinada que favorezcan la prevención, continuidad del acompañamiento y procesos de desinstitucionalización en la atención del malestar.

e) **Activación comunitaria y prescripción social adaptada a la adolescencia**

- **Establecer circuitos de derivación relacional que activen recursos comunitarios** antes o junto con los recursos clínicos, incluyendo mentorías, espacios juveniles accesibles, apoyos socioeducativos y otros activos comunitarios relevantes.
- **Incorporar protocolos compartidos entre dispositivos** que definan criterios de activación, seguimiento y retorno, junto con un mapeo actualizado de activos comunitarios y de sus barreras de acceso.
- **Garantizar un uso ético y no estigmatizante de estos circuitos**, basado en necesidades reales, acompañamiento inicial y reducción de barreras económicas, lingüísticas, horarias o de movilidad.

f) **Refuerzo de la atención pública e intervención temprana**

- **Reforzar la red pública de atención a la salud mental infanto-juvenil** desde un enfoque preventivo, comunitario y no exclusivamente biomédico, incrementando la inversión en dispositivos de acompañamiento temprano y en intervenciones sostenidas que reduzcan la dependencia de respuestas medicalizadas.
- **Ampliar la capacidad de los recursos públicos de atención psicológica** para adolescentes, de modo que puedan intervenir de forma precoz ante situaciones de malestar emocional, y no únicamente frente a cuadros agudos o de emergencia, con la finalidad de reducir la saturación de los servicios, favorecer la detección temprana y evitar procesos de cronicación o medicalización innecesaria.

g) **Empleo juvenil y transición formativa-laboral**

- **Promover políticas de empleo y formación** orientadas a mejorar la calidad del tejido productivo y de las oportunidades laborales juveniles, especialmente a partir de la mayoría de edad.
- **Vincular la formación profesional a sectores emergentes y de mayor calidad**, como los relacionados con la transición ecológica, y el cuidado de personas, la digitalización, entre otros. Esto permitiría dotar de significación a las trayectorias vitales y laborales de los y las adolescentes.

h) **Territorio, cohesión y equidad**

- **Impulsar políticas redistributivas** que reduzcan la segregación territorial y la segregación residencial y relacional, promoviendo barrios, centros educativos y equipamientos comunitarios socialmente diversos.

- **Incrementar la inversión en espacios públicos y comunitarios de calidad**, accesibles y adecuados para uso cotidiano, de modo que niños, niñas y adolescentes dispongan de entornos no mercantilizados donde encontrarse, permanecer y construir vínculos.
- **Garantizar la cobertura de servicios y reducción de tiempos de acceso** —tanto en contextos urbanos como rurales—, incorporando una perspectiva comunitaria y mecanismos de coordinación interinstitucional en SM infanto-juvenil.

i) Acceso equitativo al ocio educativo, cultural y deportivo

- **Promover el universalismo proporcional** mediante becas, bonos u otras medidas de apoyo económico que faciliten el acceso a actividades extraescolares, culturales y deportivas.
- **Incorporar ayudas para transporte y alimentación** que faciliten el acceso a actividades en horarios no lectivos y permitan **sostener una participación regular y efectiva**, no limitada a la asistencia puntual, atendiendo a condiciones de disponibilidad, continuidad y calidad de la oferta.
- **Impulsar recursos socioeducativos de tarde**, especialmente en las primeras etapas de la educación secundaria.

Seguimiento y evaluación

Para el seguimiento y la evaluación de la acción propositiva, sugerimos una serie de indicadores que pueden ayudar a valorar el grado de cumplimiento de las acciones propuestas, así como los ejes y acciones prioritarias de ser atendidas. A su vez, esta propuesta pretende evaluar la capacidad de las acciones para mejorar la accesibilidad, reforzar la coordinación entre instituciones y agentes, sostener la calidad organizativa de los servicios y fortalecer los vínculos.

a) Gestión, coordinación y sostenimiento organizativo

- **Valoración global de la implementación:** análisis de conjunto que permita valorar en qué medida las propuestas están contribuyendo a articular respuestas más accesibles, integrales y sostenidas en el tiempo.
- **Indicadores de coordinación interinstitucional:** número de derivaciones relacionales realizadas, tiempos de respuesta entre dispositivos, existencia y uso de protocolos compartidos, continuidad del acompañamiento y grado de satisfacción de las personas participantes con los circuitos de atención.
- **Indicadores de articulación funcional:** claridad en la definición de funciones, límites y criterios de actuación entre dispositivos, así como adecuación entre tareas asumidas y recursos disponibles.
- **Indicadores de condiciones organizativas:** tiempo efectivo destinado a planificación, coordinación, seguimiento y atención, estabilidad de los equipos y adecuación de los marcos laborales para sostener la calidad de la intervención.

- **Indicadores de sostenimiento de los equipos:** existencia de mecanismos de apoyo emocional, supervisión o cuidado profesional, así como seguimiento del desgaste y de la rotación de personal por su impacto en la continuidad de los acompañamientos y en la calidad de los servicios.

b) Acceso, participación y resultados relacionales

- **Indicadores de accesibilidad:** registro de las barreras identificadas y resueltas en relación con el coste, el transporte, los horarios, el idioma o las condiciones de acceso a los recursos. Este aspecto resulta especialmente relevante en contextos de VS, donde la existencia formal de un recurso no garantiza por sí sola su uso efectivo.
- **Indicadores de participación:** asistencia sostenida a grupos, actividades o espacios de acompañamiento. La continuidad en la participación constituye una señal relevante de vinculación y de adecuación de la propuesta a las necesidades adolescentes.
- **Indicadores de pertenencia:** instrumentos breves de autoinforme que permitan recoger, antes y después de la intervención, la percepción de apoyo, reconocimiento y conexión con iguales o con personas adultas de referencia.
- **Indicadores de competencias relacionales y socioemocionales:** autopercepción de mejora en la capacidad de pedir ayuda, expresar el malestar, regular emociones, gestionar conflictos, sostener vínculos satisfactorios y ejercer agencia en contextos de apoyo. El seguimiento puede realizarse mediante cuestionarios breves antes y después, observación tutorial y registros de participación en actividades grupales.
- **Indicadores de redes y vínculos:** número de vínculos significativos percibidos, identificación de al menos una persona adulta de confianza y percepción de acceso efectivo a referentes comunitarios y educativos.
- **Satisfacción con los circuitos de atención:** encuestas de valoración sobre la claridad, utilidad y continuidad de la atención recibida.

Complementariamente, para el seguimiento, implementación y evaluación de las acciones, se proponen las siguientes indicaciones para cuantificar el impacto. En el anexo 3 se distingue, por un lado, los indicadores vinculados a la gestión, la coordinación interinstitucional y el sostenimiento organizativo y, por otro, aquellos relacionados con el acceso, la participación y los resultados relacionales de las actuaciones con adolescentes.

8. Conclusiones

El presente estudio permite comprender cómo la pobreza, la soledad no deseada (SND) y otros determinantes sociales inciden en el bienestar emocional (BE) y la salud mental (SM) de adolescentes que crecen en contextos de vulnerabilidad social (VS). El estudio muestra que el malestar adolescente constituye la expresión de condiciones de vida atravesadas por desigualdades materiales, simbólicas y relacionales. A partir de un enfoque crítico-interpretativo y comunitario, las evidencias reunidas en este estudio permiten formular una serie de conclusiones que refuerzan la necesidad de situar la adolescencia en el centro de las políticas públicas, de la acción comunitaria y del debate sobre justicia social.

La salud mental adolescente está estrechamente relacionada de las condiciones materiales y relacionales en las que se desarrolla la vida

El estudio ha permitido comprobar el papel estructural de la **pobreza** como determinante social del BE y la SM adolescente. La privación material —inseguridad alimentaria, precariedad habitacional, carencia de espacios seguros, inestabilidad económica— genera estrés crónico en el hogar, y limita el acceso a actividades educativas, culturales y de socialización fundamentales para la construcción de vínculos protectores. En la adolescencia —etapa de alta sensibilidad, necesidad de pertenencia y construcción de vínculos—, estas barreras provocan efectos profundos.

El análisis muestra igualmente que la **vulnerabilidad social** excede la dimensión económica: incorpora limitaciones institucionales, discriminación, estigma y fragilidad relacional. La VS se entiende, así como una situación producida por desigualdades estructurales persistentes, no como un déficit individual. La investigación evidencia que los adolescentes en situación de VS se ven expuestos simultáneamente a múltiples riesgos —pobreza, racismo, violencia simbólica, migración, desigualdades de género— que se acumulan y amplifican mutuamente.

De manera transversal, los resultados confirman que el **bienestar emocional** depende en gran medida de la calidad de los vínculos. En tanto que, las condiciones materiales o las dinámicas familiares se encuentran tensionadas por la precariedad, la posibilidad de contar con relaciones significativas, entornos seguros y referentes adultos accesibles puede marcar la diferencia entre un malestar tolerable y un malestar que se cronifica.

La soledad no deseada es un fenómeno distribuido de forma desigual, con fuerte gradiente social y elevado impacto emocional

La SND aparece como un fenómeno transversal pero no equitativamente distribuido. Si bien puede afectar a adolescentes de cualquier perfil socioeconómico, los datos muestran que su incidencia es significativamente mayor cuando concurren desigualdades materiales, discriminación o carencia de entornos comunitarios accesibles. De hecho, la SND se intensifica en situaciones de:

- **Pobreza sostenida**
- **Migración o desarraigo cultural**

- **Racismo y discriminación estructural**
- **Diversidad funcional**
- **Identidades y orientaciones sexo-genéricas disidentes.**

En dichos contextos, la soledad se vuelve persistente, difícil de expresar y se relaciona, estrechamente, con el malestar psicológico. La evidencia recogida en la encuesta sugiere que la SND es un predictor relevante de problemas de SM: quienes refieren niveles elevados de soledad presentan mayor probabilidad de manifestar síntomas y dificultades en la participación.

Se confirma, además, que la soledad es un fenómeno relacional: no basta “estar acompañado” para sentirse parte. La calidad de los vínculos, las experiencias de pertenencia, la visibilidad social o el acceso a espacios seguros para construir relaciones son elementos fundamentales. La SND adolescente aparece, en este sentido, como un indicador de debilitamiento comunitario, desigualdad en las oportunidades de participación y falta de reconocimiento social.

El malestar adolescente es un fenómeno social, político y comunitario

El estudio sostiene que las explicaciones individualistas —centradas en rasgos de personalidad, “déficits emocionales” o “falta de esfuerzo”— resultan insuficientes e incluso, en algunos casos, perjudiciales. Una lectura centrada, exclusivamente, en el individuo invisibiliza los condicionantes materiales y estructurales que producen y sostienen el malestar.

El análisis cualitativo muestra con claridad que la pobreza y la SND se incrustan en la vida cotidiana a través de múltiples canales: dificultad para participar en actividades, estigma, exigencia derivada de discursos meritocráticos, violencias simbólicas, barreras idiomáticas, comparación constante en redes sociales, inestabilidad residencial, tensiones familiares vinculadas a la precariedad. Este entramado de desigualdades configura escenarios donde el estrés se convierte en una experiencia sostenida y normalizada.

Los testimonios de profesionales y adolescentes apuntan a la necesidad de superar modelos de atención centrados únicamente en el diagnóstico clínico. Aunque los dispositivos sanitarios son imprescindibles, especialmente con situaciones donde la SM se ha visto críticamente debilitada, su acción resulta limitada si no se actúa también sobre las condiciones de vida que generan y perpetúan el malestar. La investigación refuerza que la SM adolescente debe abordarse desde una mirada amplia, relacional y estructural, en diálogo con el territorio y las políticas públicas.

La escuela y los espacios comunitarios como nodos centrales de protección para la salud mental adolescente

La investigación identifica al sistema educativo como un entorno ambivalente: puede actuar como un factor de protección decisivo o, por el contrario, reproducir desigualdades que intensifican el malestar y la soledad.

Entre los factores protectores asociados a la escuela se reflejan:

- **Vínculos de confianza con profesorado**
- **Pertenencia a grupos de iguales**
- **Dinámicas inclusivas**
- **Metodologías cooperativas**

- **Espacios para la participación y la expresión.**

En ausencia de estas condiciones, las dinámicas escolares pueden favorecer el aislamiento, reforzar estigmas asociados a pobreza, género u origen, y consolidar posiciones periféricas dentro del grupo, con impacto emocional severo. En contextos de VS, donde los hogares disponen de menos recursos para acompañar el proceso educativo, la escuela se convierte en un espacio aún más crucial para sostener bienestar, autoestima, reconocimiento y participación.

Del mismo modo, los espacios comunitarios —casales, asociaciones, equipamientos juveniles, proyectos artísticos o deportivos— emergen en el estudio como escenarios que permiten reconstruir pertenencia, ampliar redes sociales y ofrecer referentes significativos fuera del ámbito familiar o escolar. Su ausencia, especialmente en barrios con menor dotación de recursos, contribuye directamente al riesgo de soledad y fragilidad emocional.

La hiperconectividad digital modifica las formas de vincularse y puede amplificar desigualdades existentes

La investigación confirma que las redes sociales constituyen un entorno ambivalente para la SM adolescente. Por un lado, permiten crear comunidad, ampliar espacios de expresión y acceder a referentes diversos; por otro, intensifican la comparación social, la exposición a estéticas y la búsqueda de validación externa. Estas dinámicas son especialmente dañinas cuando las y los adolescentes ya se encuentran en situación de vulnerabilidad material o relacional.

La pandemia reforzó la dependencia del entorno digital para sostener vínculos; sin embargo, esta sustitución de lo presencial no logró compensar las necesidades emocionales propias de la adolescencia y agravó riesgos asociados a la soledad prolongada.

La resiliencia como proceso dinámico, relacional y contextual surge en condiciones materiales y vínculos protectores

El estudio supera la condición reduccionista de la resiliencia, entendida como una capacidad individual para “salir adelante” de manera autónoma. Los resultados evidencian que la resiliencia adolescente no es un rasgo personal, sino un proceso dinámico que emerge de la interacción entre las características individuales y el acceso a recursos relacionales, comunitarios y estructurales. En este sentido, la resiliencia se construye a partir de:

- **Redes de apoyo estables**, capaces de sostener emocional y socialmente a los y las adolescentes.
- **Referentes adultos disponibles**, que proporcionan seguridad, guía y reconocimiento.
- **Oportunidades reales de participación**, que permiten ejercer agencia y construir pertenencia
- **Reconocimiento social**, fundamental para el desarrollo del sentido de valía y de identidad
- **Acceso a condiciones materiales dignas**, sin las cuales no es posible garantizar un desarrollo saludable ni afrontar la adversidad.

Entendida como un proceso relacional y contextual, la resiliencia depende de estructuras sociales y comunitarias que posibiliten el acceso a recursos, vínculos y oportunidades. Esta perspectiva refuerza la idea de que el bienestar y el cuidado son procesos de construcción

colectiva, más que atributos individuales. En consecuencia, las personas adolescentes pueden desarrollar resiliencia cuando existen condiciones que sostienen la vida y favorezcan la creación de capital social y vínculos protectores.

La meritocracia como mecanismo de desgaste subjetivo y de legitimación de desigualdades

El discurso “si quieres, puedes” se configura como un mecanismo simbólico que afecta negativamente al bienestar adolescente en contextos de desigualdad. En lugar de motivar, este relato genera frustración, culpa y sensación de fracaso personal cuando las condiciones materiales o estructurales impiden alcanzar los resultados que se presentan como “accesibles” para todas las personas. La lógica meritocrática invisibiliza las desigualdades e individualiza el sufrimiento, desplazando la atención desde los condicionantes sociales hacia la responsabilidad de las propias personas adolescentes.

El estudio destaca la necesidad de promover espacios donde adolescentes puedan construir narrativas colectivas alternativas, que reconozcan sus trayectorias, legitimen sus experiencias y amplíen la posibilidad de imaginar, desear y proyectar un futuro no limitado por expectativas sociales ni por la precariedad estructural.

La respuesta institucional reproduce desigualdades: la ley de cuidados inversos en la salud mental adolescente

Las evidencias muestran que los y las adolescentes en situación de vulnerabilidad enfrentan mayores barreras de acceso a una diversidad importante de servicios, incluidos los relacionados con la salud mental —listas de espera, trámites complejos, estigma, falta de apoyos adultos o inestabilidad residencial—, reproduciendo la ley de cuidados inversos, según la cual quienes más riesgo acumulan son quienes menos protección reciben.

Cuando la atención institucional se limita a reducir síntomas o a medicalizar el malestar, sin abordar sus causas estructurales, puede generar intervenciones poco eficaces y a veces estigmatizantes, que refuerzan una lectura individualizada del sufrimiento.

El estudio subraya la necesidad de reorientar los dispositivos de atención hacia enfoques comprensivos y comunitarios que incorporen la reconstrucción de vínculos, la pertenencia y la participación, situando el malestar adolescente en relación con sus condiciones sociales, relacionales y materiales.

Necesidad de políticas públicas que aborden integralmente los determinantes sociales de la salud mental

Las conclusiones del estudio señalan que la mejora de la salud mental adolescente requiere de intervenciones que actúen simultáneamente sobre distintos determinantes sociales, en particular:

- **Condiciones materiales de vida:** ingresos suficientes, vivienda segura, alimentación adecuada y disponibilidad de tiempo para el descanso y los cuidados.
- **Oportunidades educativas y comunitarias:** acceso a actividades asequibles y espacios de participación que favorezcan la pertenencia y el desarrollo relacional.

- **Reducción de desigualdades estructurales:** abordaje del racismo, la discriminación por género o identidad y las brechas que limitan el acceso a derechos y recursos.
- **Sistemas de cuidado:** intervenciones tempranas, redes de apoyo comunitario y dispositivos accesibles y sostenidos en el tiempo.
- **Enfoques institucionales:** prácticas interseccionales, no estigmatizantes y culturalmente pertinentes, que sitúen el malestar adolescente en su contexto social.

El estudio muestra que, sin **políticas públicas** que garanticen estas condiciones estructurales, las actuaciones individuales resulta limitadas. Un abordaje integral de los determinantes sociales de la salud mental constituye, por tanto, un requisito indispensable para promover el bienestar y reducir las desigualdades que afectan a la adolescencia en contextos de vulnerabilidad social.

Lejos de ser un malestar aislado o exclusivamente individual, el sufrimiento adolescente remite a condiciones sociales, materiales y relacionales que estructuran de manera desigual las posibilidades de bienestar, reconocimiento y pertenencia. Los resultados de este estudio muestran que la salud mental en la adolescencia no depende únicamente de recursos clínicos o de capacidades personales, sino también de la calidad de los vínculos, de las oportunidades de participación, de la seguridad material y del modo en que las instituciones acompañan —o no— las trayectorias juveniles:

1. **Reducir los condicionantes estructurales de la pobreza y la vulnerabilidad social**, que limitan las oportunidades, incrementan la exposición al estrés y deterioran el bienestar.
2. **Reforzar los vínculos familiares, comunitarios y escolares**, entendidos como soportes fundamentales para la construcción de seguridad, pertenencia y sentido.
3. **Ampliar las oportunidades de participación y pertenencia**, garantizando espacios accesibles donde los y las adolescentes puedan ejercer agencia y construir comunidad.
4. **Reconocer y legitimar el sufrimiento adolescente**, asegurando condiciones para ser escuchado sin estigma y comprendido en su contexto social.
5. **Avanzar hacia modelos de intervención temprana, comunitaria y no estigmatizante**, capaces de abordar el malestar desde una perspectiva relacional y estructural.

La adolescencia no puede comprenderse al margen de su contexto. Por ello, la salud mental juvenil debe abordarse como un asunto de **justicia social** y no como un asunto exclusivamente privado o clínico, que exige **políticas públicas transformadoras, acciones sociales y comunitarias sostenidas** y una **sociedad comprometida con garantizar condiciones de vida dignas** para todas las personas adolescentes.

Bibliografía

- Achotegui, J. (2016). La salud mental de los inmigrantes en el siglo XXI. *Mente&Cerebro*.
- Achótegui, J., López, A., Morales, M., Espeso, D., y Achotegui, A. (2015). Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPPIR en Barcelona. *Norte de Salud Mental*, 13(52), 70–78. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5191741.pdf>
- Adger, W. N. (2006). Vulnerability. *Global Environmental Change*, 16(3), 268-281.
- Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) (2024). *EU LGBTIQ Survey III. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*. <https://fra.europa.eu/es/publications-and-resources/data-and-maps/2024/eu-lgbtiq-survey-iii>
- Agència de Salut Pública de Catalunya. (2013). *Determinants de salut*. <https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio/determinant-salut/>
- Alfaro, J., Casas, F., y López, V. (2015) *Bienestar en la Infancia y la Adolescencia. Perspectivas: Individuo y Sociedad*. VOL. 14, N°1, 2015 pp. 1-5.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aneshensel, C. S., y Phelan, J. C. (Eds.). (1999). *Handbook of the sociology of mental health*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Anderson, M., y Jiang, J. (2018). *Teens, Social Media and Technology 2018*. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/internet/2018/05/31/teens-social-media-technology-2018/>
- Arnett, J. J. (2000). *Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties*. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224.
- Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia. (s. f.). *Verdades y mentiras sobre los TCA*. <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/verdades-y-mentiras-sobre-los-tca/>
- Astbury, J. (2021). *Gender disparities in mental health*. World Health Organization.
- Ballesteros, J.C.; Gómez, A., Kuric, S. y Sanmartín, A. (2022). Jóvenes en pleno desarrollo y crisis pandémica. Cómo miran al futuro. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación FAD Juventud. DOI: 10.5281/zenodo.7043142
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. Freeman.

Barrera, M. D. y Rodríguez, S. (2023). *Adultcentrism and bleak pedagogy: Rediscovering adults through the lens of childhood*. *Frontiers in Psychology*. <https://www.frontiersin.org/research-topics/76657/adultcentrism-and-bleak-pedagogy-rediscovering-adults-through-the-lens-of-childhood>

BELLA Study Group, Wille, N., Bettge, S., y Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 17(S1), 133-147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>

Benner, A. D., Wang, Y., Shen, Y., Boyle, A. E., Polk, R., y Cheng, Y. P. (2018). *Racial/ethnic discrimination and well-being during adolescence: A meta-analytic review*. *American Psychologist*, 73(7), 855–883. <https://doi.org/10.1037/amp0000204>

Von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory*. New York, 41973(1968), 40.

BICE. (1994). *Elements for talk on Resilience: Growth in the Muddle of Life*. Ginebra Suiza.

Blatterer, H. (2007). *Contemporary adulthood: Reconceptualizing an uncontested Category*. *Current Sociology*, 55(6), 771-792. <https://doi.org/10.1177/0011392107081985>

Blakemore, S.-J., Tomova, L., y Andrews, J.L. (2021). The importance of belonging and the avoidance of social risk taking in adolescence. Volume 61, September 2021, 100981. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2021.100981>

Block, J., y Block, J. H. (1980). *The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior*. In W. A. Collins (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations*. Erlbaum.

Blum, R. W., Lai, J., Martinez, M., y Jessee, C. (2022). *Adolescent connectedness: cornerstone for health and wellbeing*. *BMJ (Clinical research ed.)*, 379, e069213. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069213>

Bøe, T., Serlachius, A. S., Sivertsen, B., Petrie, K. J., y Hysing, M. (2018). Cumulative effects of negative life events and family stress on children's mental health: The Bergen Child Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(1), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1451-4>

Bowlby, J. (1992). *Continuité et discontinuité: vulnérabilité et résilience*. *Devenir*, 4, 7-31.

Borrell, M., de Quintana, J., y Segura, A. (2023). Revisión de evidencia. Plan piloto de la renta básica universal: Revisión de literatura y teorías del cambio. Barcelona: Ivàlua.

Bourdieu, P. (Ed.). (1999). *La miseria del mundo*. Fondo de Cultura Económica.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Bueno, D. (2022). *El cerebro del adolescente: descubre cómo funciona para entenderlos y acompañarlos*. Grijalbo. [El cerebro del adolescente: Descubre cómo funciona para entenderlos y ... - David Bueno](https://doi.org/10.1007/978-84-17-1451-4)

Buitrago, F., García, A., y Martínez, M. (2021). *Modelo de atención primaria centrado en la comunidad*. Editorial Universidad.

Cacioppo, John y Patrick, William. (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*.

Campbell, O. L. K., Bann, D., y Patalay, P. (2021). *The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries*. *SSM - Population Health*, 13, 100742. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742>

Cava, M. J., Buelga, S., y Musitu, G. (2014). The relationship between parental socialization styles and adolescents' subjective well-being. *Psicothema*, 26(1), 47-52.

Celio, C. I., Durlak, J., y Dymnicki, A. (2011). *A meta-analysis of the impact of service-learning on students*. *Journal of Experiential Education*, 34(2), 164-181. <https://doi.org/10.1177/105382591103400205>

Ceri, V., Özlü-Erkilic, Z., Özer, Ü., Kadak, T., Winkler, D., Dogangün, B., y Akkaya-Kalayci, T. (2017). Mental health problems of second generation children and adolescents with migration background. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 21(2), 142–147. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1291820>

Chan, S. Y., Ngoh, Z. M., Ong, Z. Y., et al. (2024). *The influence of early-life adversity on the coupling of structural and functional brain connectivity across childhood*. *Nature Mental Health*, 2(1), 52–62. <https://doi.org/10.1038/s44220-023-00162-5>

Choi, N. G. (2018). *Association of Anxiety and Depression Symptoms With Educational Attainment and Employment Among US Adolescents*. *Journal of Adolescent Health*, 62(3), 288–294. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.09.018>

Cigna (2021). *2021 Cigna 360 well-being survey: on the road to recovery*. Cigna Corporation. [360-well-being-survey-on-the-road-to-recovery.pdf](https://www.cigna.com/360-well-being-survey-on-the-road-to-recovery.pdf)

Confederación SALUD MENTAL España. (2021). *Salud mental y pobreza, una curva peligrosa: La salud mental también va contigo*. Encuentro. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Revista-encuentro-n2-2021.pdf>

Confederación SALUD MENTAL España y Fundación Mutua Madrileña. (2023). *La situación de la Salud Mental en España 2023*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estudio-situacion-salud-mental-2023.pdf>

Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G., y Angold, A. (2003). *Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment*. *Jama*, 290(15), 2023-2029.

Côté, J. E. (2014). *The Dangerous Myth of Emerging Adulthood: An Evidence-Based Critique of a Flawed Developmental Theory*. *Applied Developmental Science*, 18(4), 177–188. <https://doi.org/10.1080/10888691.2014.954451>

Cueto, B., Rodríguez, V., y Suárez, P. (2017). *¿Influye la pobreza en la juventud en la pobreza en la etapa adulta? Un análisis para España: Does Poverty on Youth Affect Poverty in Adulthood? An Analysis for Spain*. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 160, 39–59. <http://www.jstor.org/stable/26382386>

Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.

Cyrułnik, B., Tomkiewicz, S., Guenard, T., Vanistendael, S., Manciaux, M., et al (2004). *El realismo de la esperanza*. Barcelona: Gedisa.

De la Fuente Robles, Y. M., & Morales, E. M. S. (2009). *Vulnerabilidad y exclusión social de los menores inmigrantes*. *Migraciones & Exilios: Cuadernos de la Asociación para el estudio de los exilios y migraciones ibéricos contemporáneos*, (10), 41-54.

De Jong Gierveld, J., van Tilburg, T.G., y Dykstra, P.A. (2006). *Loneliness and social isolation*. En D. Perlman y A. Vangelisti (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (pp. 485-500). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Díaz-Crespo, E., Fernández-de Paul, M., Vázquez-López, L., Chiarella, F., y Gómez-Corchero, L. (2023). Prevalencia de la soledad entre los adolescentes de los centros educativos de las zonas básicas de salud de dos centros de salud de Madrid. *Comunidad*, 25(1), 9-17. Epub 11 de diciembre de 2023. <https://dx.doi.org/10.55783/comunidad.250102>

Erikson, E. H. (1985). El ciclo vital completado. In *El ciclo vital completado* (pp. 141-141).

Fals Borda, O. (1987). Democracia y participación: algunas reflexiones. *Revista Colombiana de Sociología*, 5(1), 1-14.

Ferragut, M., y Fierro, A. (2012). *Inteligencia emocional, bienestar personal y rendimiento académico en preadolescentes*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(3), 95-105.

Fonseca-Pedrero, E., Calvo, P., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y Al-Halabí, S. (2023). *La salud mental de los adolescentes en contextos educativos: reflexiones derivadas del estudio PSICE*. Consejo General de la Psicología de España, Ed. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8318

Foster, D., Rodrigues, M., Somir, I., Aziz, T., Patel, R., Ragnathan, S., Sokolovic, N. y Jenkins, J. (2022). *Paternal positivity and child mental health: A meta-analysis*. *Journal of Child and Family Studies*, 31(9), 2556-2570.

Fredrickson, B. L. (2001). *The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions*. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>

Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.

Fuentes, N. I. G. A. L., Medina, J. L. V., Van Barneveld, H. O., y Escobar, S. G. (2009). *Resiliencia y salud en niños y adolescentes*. DOAJ (DOAJ: Directory Of Open Access Journals). <https://doaj.org/article/2046ca23427348f9b3adf3e8c219d070>

Fundación ONCE y Soledades. (2022). *Informe sobre la soledad no deseada en adolescentes*. Fundación ONCE.

Fundación Atalaya y Observatorio de Salud Mental Infanto-Juvenil (2024). *Estudio "Inquietudes, preocupaciones y salud mental de la juventud en España"*. Madrid, España. [Inquietudes, preocupaciones y salud mental de la juventud en España - Confederación Salud Mental España](#).

Furlong, A., y Cartmel, F. (2007). *Young people and social change: New perspectives* (2nd ed.). McGraw-Hill/Open University Press.

García, L. L. (2020). *Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables*. Revista de psiquiatría infanto-juvenil, 37(2), 3-5.

García Martín, M. B. (2002). *Bienestar subjetivo y desarrollo personal*. Revista de Psicología General y Aplicada, 55(2), 225-243.

García Sanmartín, P. (2021). *La soledad en los adolescentes y sus correlaciones con las fortalezas psicológicas y el abuso de las redes sociales*. Revista sobre la infancia y la adolescencia, (21), 72–83. <https://doi.org/10.4995/reinad.2021.14428>

Garrido, V. M., y De Pedro Sotelo, F. (2005). *Educación para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social*. DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals). <https://doaj.org/article/a0ba0b9f969a43bdb3eaf6441b2668c0>

Gee, G. C., Spencer, M. S., Chen, J., y Takeuchi, D. (2007). *A nationwide study of discrimination and chronic health conditions among Asian Americans*. American Journal of Public Health, 97(7), 1275-1282.

González Arratia, N. I. M. (2007). *La resiliencia como estrategia de intervención en contextos escolares vulnerables*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 10(4), 1–15.

Grau, J. (Ed.). (2009). *Monográfico sobre vulnerabilidad social*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 126.

Guerrero, P. A. (2000). *La resiliencia: una mirada desde la psicología positiva*. Universidad de La Sabana.

Güemes-Hidalgo, M., Pérez-Gómez, A., y Espada, J. P. (2017). *La adolescencia y sus desafíos: Factores de riesgo y protección en el desarrollo psicosocial*. Revista de Psicología y Salud, 29(2), 187-202.

Haidt, J. (2006). *The happiness hypothesis: Finding modern truth in ancient wisdom*. Basic Books.

Hall-Lande, J. A., Eisenberg, M. E., Christenson, S. L., y Neumark-Sztainer, D. (2007). *Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence*. *Adolescence*, 42(166), 265–286.

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>

Hart, R. A. (1992). *Children's participation: From tokenism to citizenship*. UNICEF.

Center on the Developing Child at Harvard University (2007). *El impacto de la adversidad durante la infancia sobre el desarrollo de los niños*. En *Center On The Developing Child*. <https://developingchild.harvard.edu/resources/inbriefsinbrief-the-impact-of-early-adversity-on-childrens-development/>

Hernández-Castilla, R., Murillo, F. J., y Martínez-Garrido, C. (2016). *Factores de ineficacia escolar*. *REICE Revista Iberoamericana Sobre Calidad Eficacia y Cambio En Educación*, 12(1). <https://doi.org/10.15366/reice2014.12.1.007>

Hernández-Holguín, D. M., López, B. E. A., y Martínez-Hernández, Á. (2023). *Salud mental colectiva: una revisión del concepto en la literatura académica de Brasil, Colombia y España*. *Saúde e Sociedade*, 32(3), e210693es.

Humphreys, K. L., Villadsen, A., Fitzsimons, E., y Wray-Lake, L. (2025). Paternity leave, mental health and wellbeing for new parents: Evidence from a national survey in the UK. *SSM - Population Health*, 28, 101747. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2025.101747>

Inchley, J., Currie, D. B., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jastad, A., Cosma, A., y Arnasson, A. M. (2020). Spotlight on adolescent health and wellbeing: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1: Key findings.

Infante, A. (2021). *Autoestima en la adolescencia: Construcción e intervención*. Editorial Universidad de la Frontera.

Instituto de la Juventud. (2022). *Estrategia de Juventud 2030*. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2022/11/estrategia_de_juventud_2030_web_0.pdf

Instituto de la Juventud. (2024). *Juventud en cifras: Población 2024*. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2024/12/jcifras2024_poblacion2023.pdf

Instituto de la Juventud. (2024). *Youth Wiki: Enciclopedia nacional de políticas públicas para la juventud*. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2024/12/publicacion_youth_wiki.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021). *Encuesta de condiciones de vida (ECV): Pobreza y exclusión social en la infancia y la juventud*. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, España. www.ine.es

Inzunza, A., Valdenegro Egozcue, M., y Oyarzún Gómez, T. (2013). *Bienestar emocional y salud mental en adolescentes*. Revista Chilena de Psicología, 30(1), 56-71.

Janin, B. (2014). *Niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad*. Cuestiones de infancia, 16, 23-33.

Jiménez, I., Robles, S., y Palenzuela, S.M. (2024). *Definición y etapas de la adolescencia*. Atención integral al adolescente.

Jiménez, T. I., Estévez, E., y Musitu, G. (2024). Desarrollo socioemocional en la adolescencia: Influencias familiares y sociales. Psicothema, 36(1), 47-58.

Kaufman, J. A., Salas-Hernández, L. K., Komro, K. A., y Livingston, M. D. (2020). *Effects of increased minimum wages by unemployment rate on suicide in the USA*. J Epidemiol Community Health, 74(3), 219-224.

Kaur, T., McLoughlin, E., y Grimes, P. (2022). *Mathematics and science across the transition from primary to secondary school: a systematic literature review*. IJ STEM Ed 9, 13. <https://doi.org/10.1186/s40594-022-00328-0>

Kelly, C. (2021). *Fear and loathing: The rise of ephebiphobia and its implications for youth activism*. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/353021892_Fear_and_Loathing_The_Rise_of_Ephebiphobia_and_Its_Implications_for_Youth_Activism

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., y Ustun, T. B. (2007). *Age of onset of mental disorders: A review of recent literature*. Current Opinion in Psychiatry, 20(4), 359-364.

Keyes, C. L. M. (2002). *The mental health continuum: From languishing to flourishing in life*. Journal of Health and Social Behavior, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>

Kirkbride, J.B., M. Anglin, D., Colman, I., Dykxhoorn, J., B. Jones, P., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., y Lowri Griffiths, S. (2024). *The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations*. World Psychiatry. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.21160>

Kirkbride, J. B., Errazuriz, A., Croudace, T. J., Morgan, C., Jackson, D., y Jones, P. B. (2024). *Mental health inequalities in adolescence: A global challenge*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 65(3), 310-329.

Kluger, J. (2021). *How the Closure of In-School Learning Damaged U.S. Children's Mental Health During the Pandemic*. TIME. <https://time.com/5964671/school-closing-children-mental-health-pandemic/>

Knifton, L., y Inglis, G. (2020). *Poverty and mental health: policy, practice and research implications*. BJPpsych Bulletin, 44(5), 193–196. doi:10.1192/bjb.2020.78

- Kumpfer, K. L. (1999). *Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework*. En M. Glantz y J. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 179–224). Springer.
- Lázaro, A. (2020). *Acoso escolar y salud mental en jóvenes*. Revista de Educación y Psicología.
- Lázaro, J. (2020). *Factores de riesgo en la salud mental adolescente: El papel del entorno escolar*. Revista de Psicología Educativa, 26(2), 101-115.
- Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., y Vicente-Parada, B. (2021). *Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos*. Revista Panamericana de Salud Pública. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8678097/>
- León, D. C. R. (2020). *Dimensiones para abordar la salud mental en el contexto de la migración. Revisión de literatura científica entre 2016 y 2019*. Gerencia y Políticas de Salud, 19, 1-18.
- Lerias, D., Ziaian, T., Arthur, N. (2025) et al. *The Mental Health of Refugee and Migrant Youth after Settlement: Outcomes of a Multinational Study*. Community Ment Health J <https://doi.org/10.1007/s10597-025-01474-9>
- Letzring, T. D., Block, J., y Funder, D. C. (2005). *Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self*. Journal of Research in Personality, 39(4), 395-422.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., y Crawley, E. (2020). *Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 59(11), 1218–1239.e3. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7267797/>
- López, P. (2022). *Estimar i sentir-se estimats en temps líquids. Una mirada socioeducativa a les soledats juvenils*. En J.R. Riera (Ed.), *Les soledats. Reflexions, causes i efectes* (pp. 61-68). Ajuntament de Barcelona i Editorial Icaria.
- López, P. y Escapa, S. (Coords.) (2022). *La acción socioeducativa ante el reto de la soledad de los jóvenes*. Monográfico N.80 de Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa. Primer semestre 2022.
- Luthar, S. S. (1991). *Vulnerability and Resilience: A Study of High-Risk Adolescents*. Child Development, 62(3), 600–616. <https://doi.org/10.2307/1131134>
- Martin, J., y Hadwin, J. A. (2022). *The roles of sex and gender in child and adolescent mental health*. JCPP advances, 2(1), e12059.
- Martínez, A. y Pardo, P. (2023). *Determinantes sociales de la salud y su impacto en la salud mental: De lo individual a lo colectivo*. DS. Documentación social.

Martínez Hernández, A. y Muñoz García, A. (2010). *Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses*. *Salud Mental*, 33: 145-152

Marchi, M., Alkema, A., Xia, C., et al. (2024). *Investigating the impact of poverty on mental illness in the UK Biobank using Mendelian randomization*. *Nature Human Behaviour*, 8, 1771–1783. <https://doi.org/10.1038/s41562-024-01919-3>

Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., y Brent, D. A. (2011). *Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review*. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.02.005>

Martin, G., y Hadwin, J. (2022). *Mental health vulnerabilities among ethnic minority youth: A review*. *Journal of Adolescent Health*, 70(4), 521-530. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.11.010>

Masten, A. S. (2001). *Ordinary magic: Resilience processes in development*. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.

Meeus, W. (2011). *The study of adolescent identity formation 2000–2010: A review of longitudinal research*. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 75–94. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00716.x>

Merikangas, K. R., Zhang, H., Avenevoli, S., Acharyya, S., Neuenschwander, M., y Angst, J. (2003). *Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: The Zurich Cohort Study*. *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 993–1000. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.993>

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, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Encuesta Nacional de Salud de España 2011-12*. Ministerio de Sanidad, España.

Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria (BDCAP-Series 2)*. Datos 2017, Madrid [Salud mental datos.pdf](#)

Ministerio de Sanidad. (2024). *La comisionada de Salud Mental anuncia un nuevo plan de acción 2025-2027*. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6442>

Mora, S., López-Ruiz, J. A., y Sánchez, A. M. C. (2020). *Informe España 2020* (Vol. 27). Universidad Pontificia Comillas. [Informe 2020.indd](#)

Morales, S., y Martínez Muñoz, M. (2024). *Adultocentrismo. ¿Qué piensan chicas y chicos?* Ediciones Octaedro S.L. y Associació de Mestres Rosa Sensat. [\(PDF\) Adultocentrismo ¿Qué piensan chicas y chicos?](#)

Morata, T., Marzo Arpón, M., y Palasí Luna, E. (Coords.) (2023). *Proyecto de investigación cualitativa e innovación pedagógica para la reducción de la institucionalización de la infancia vulnerable: Informe ejecutivo.* Fundació Pere Tarrés. <https://www.peretarres.org/arxiu/xacs/informe-ejecutivo-2024.pdf>

Moreno, C., García-Moya, I., Rivera F y Ramos, P. (2016) *Characterization of Vulnerable and Resilient Spanish Adolescents in Their Developmental Contexts.* *Frontiers in Psychology.* 1(7): 983

Morer Liñan, A., y Lázaro García, L. (2025). *¿Qué es el Bienestar Emocional?* Hospital Clínic Barcelona. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/salud-mental-en-la-infancia-y-la-adolescencia/bienestar-emocional>

Murthy, V. H. (2023). *Our Epidemic of Loneliness and Isolation: The U.S. Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community.* Office of the U.S. Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services. [Our Epidemic of Loneliness and Isolation](#)

Naciones Unidas. (s.f.). *Estrategia de las Naciones Unidas para la Juventud.* <https://www.un.org/youthenvoy/wp-content/uploads/2014/09/UN-Youth-Strategy-Spanish1.pdf>

Navarro-Ruperez, M. (2021). *Redes de apoyo mutuo en contextos de vulnerabilidad social.* *Gazeta de Antropología,* 31(2).

Noble, K. G., Houston, S. M., Kan, E., y Sowell, E. R. (2015). *Neural correlates of socioeconomic status in the developing human brain.* *Developmental Science,* 18(5), 799–808. <https://doi.org/10.1111/desc.12393>

Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., y Pfefferbaum, R. L. (2008). *Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness.* *American Journal of Community Psychology,* 41(1-2), 127-150. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9156-6>

Oliva, A. (2015). *Desarrollo positivo adolescente y bienestar.* *Revista de Psicología y Salud,* 35(2), 87-99.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Social determinants of health.* https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

OMS. (2001). *The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope.* Organización Mundial de la Salud. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2566704/pdf/0042_9686_79_11_1085.pdf

OMS. (2010). *Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable.* Organización Mundial de la Salud.

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/9789962642657-spa.pdf?sfvrsn=4ab1514d_2

OMS. (2014). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia y práctica*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

OMS. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

OMS. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la Salud. [Salud mental: fortalecer nuestra respuesta](#)

OMS. (2024). *Mental health: Strengthening our response* (Fact sheet). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS. (2025). *Salud mental de refugiados y migrantes*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-mental-health>

Otto, C., Reiß, F., Barkmann, C., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Hölling, H., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., y BELLA Study Group and COPSY Study Group. (2025). *Two decades of loneliness among children and adolescents in Germany: Trends and associated factors*. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02779-6>

OXFAM Intermón. (2022). *Informe sobre juventud y salud mental en España 2022*. OXFAM Intermón.

OXFAM Intermón y Consejo de la Juventud de España. (2024). *Equilibristas: Las acrobacias de la juventud para sostener su salud mental en una sociedad desigual*. <https://www.oxfamintermon.org/es/publicacion/informe-juventud-equilibristas#>

OXFAM Intermón y Consejo de la Juventud de España. (2024). *Informe sobre salud mental juvenil en Europa y España 2019-2024*.

Padilla, J., y Carmona, M. (2022). *Malestamos: Cuando estar mal es un problema colectivo*.

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., y Unützer, J. (2018). *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J. N. (2008). *Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?* *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947–957. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19002191/>

Perinat Maceres, A., Corral Íñigo, A., y Catalunya, U. O. de. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI: un enfoque psicosocial*. Manuales. Psicopedagogía.

Perlman, D. y Peplau, L. (1982). *Theoretical approaches to loneliness. Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. 123-134.

Perona, N. B., y Rocchi, G. (2001). *Vulnerabilidad y exclusión social: Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares*. Kairos. <https://revistakairos.org/vulnerabilidad-y-exclusion-social-una-propuesta-metodologica-para-el-estudio-de-las-condiciones-de-vida-de-los-hogares/>

Plataforma de la Infancia. (2024). *Informe sobre la pobreza infantil y adolescente en España*. Save the Children España.

Priest, N., Paradies, Y., Trenerry, B., Truong, M., Karlsen, S., y Kelly, Y. (2013). *A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people*. *Social Science & Medicine*, 95, 115–127. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.031>

Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., y Newcomb, M. E. (2018). *Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference?* *Journal of Family Psychology*, 32(7), 984–993. <https://doi.org/10.1037/fam0000447>

Puyol, Á. (2020). *El sueño de la igualdad de oportunidades: Crítica de la ideología meritocrática*. Gedisa Editorial.

Quiroga, V., y Guasch, C. (2014). *L'afectació de salut mental en la població infantil i adolescent en situació de risc a Catalunya*. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, (57), 135-153.

Reiss, F. (2013). *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review*. *Social Science & Medicine*, 90, 24-31.

Rojo, N. (2009). *diferencias de género en la psicopatología de adolescentes*. *La Salud Mental de las Personas Jóvenes en España*. 84.

Rokach, A., y Brock, H. (1996). *The causes of loneliness*. *Psychology: A Journal of Human Behaviour*, 33(2), 1-11.

Rousseau, C. (2005). *The mental health of refugee children and adolescents*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 309-317.

Rousseau, C., Drapeau, A., y Corin, E. (2005). *Risk and protective factors in Central American and Southeast Asian refugee children*. *Journal of Refugee Studies*, 8(1), 20-39.

Rubio León, M. (2020). *Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población migrante infantil y juvenil: una revisión sistemática*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(3), 221-234.

Russell, S. T., y Fish, J. N. (2016). *Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 465–487. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>

- Rutter, M. (1987). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. American Journal of Orthopsychiatry, 57(3), 316–331.
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., y Sanchez, J. (2010). *Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults*. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23(4), 205–213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Sameroff, A. (2006). *Identifying risk and protective factors for healthy child development*. En A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Eds.), *Families count: Effects on child and adolescent development* (pp. 53–76). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511616259.004>
- Sameroff, A. J., y Rosenbaum, M. (2006). *Psychosocial constraints on the development of children in poverty*. In L. Balter & C. S. Tamis-LeMonda (Eds.), *Child psychology: A handbook of contemporary issues* (pp. 152–164). Psychology Press.
- Sánchez-García, M. A., Lucas-Molina, B., Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., y Paino, M. (2018). *Dificultades emocionales y comportamentales en la adolescencia: relación con bienestar emocional, afecto y rendimiento académico*. Anales de Psicología / Annals of Psychology, 34(3), 482–489. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.296631>
- Sant Joan de Déu. (n.d.). *Promoción de la salud mental de los adolescentes*. <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/ca/noticies/programa-promocio-salut-mental-adolescents>
- Save the Children. (2024a). *Encuesta de Condiciones de Vida*. Save the Children España.
- Save the Children. (2024b). *Informe sobre la situación de la infancia en España*. Save the Children España.
- Schwartz-Salazar, S., Martínez, R., y Rodríguez-Bailón, R. (2024). *Adolescents views of an unequal world: understanding economic inequality perception and factors for its reduction*. Psychology, Society & Education, 16(2). <https://journals.uco.es/psye/article/view/17088>
- Suárez-Orozco, C., y Suárez-Orozco, M. M. (2001). *Children of Immigration*. Harvard University Press.
- Sáez, P. (2017). *Impact of technology on social interactions*. Social Science Journal, 54(3), 301-315.
- Schultz, D. P., y Schultz, S. E. (2002). *Theories of personality*. Cengage Learning.
- Schütz, R., Reiss, F., Moor, I., Kaman A., Bilz, L., y HBSC Study Group (2025). *Lonely children and adolescents are less healthy and report less social support: A study on the effect of loneliness on mental health and the moderating role of social support*. BMC Public Health 25, 2172 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23247-5>
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.

- Twenge, J. M., y Campbell, W. K. (2018). *Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study*. Preventive medicine reports, 12, 271–283. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.003>
- Twenge, J. M., Haidt, J., Blake, A. B., McAllister, C., Lemon, H., y Roy, A. L. (2021). *Worldwide increases in adolescent loneliness*. Journal Of Adolescence, 93(1), 257-269. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.06.006>
- Ulloa Cortés, M. (2016). *Vulnerabilidad social y salud mental en la adolescencia*. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 25(1). Recuperado de <http://revistapsicologia.uchile.cl/>
- Umaña-Taylor, A. J., Quintana, S. M., Lee, R. M., Cross, W. E., Rivas-Drake, D., Schwartz, S. J., Syed, M., Yip, T., Seaton, E., y Ethnic and Racial Identity in the 21st Century Study Group. (2014). *Ethnic and racial identity during adolescence and into young adulthood: An integrated conceptualization*. Developmental Psychology, 50(2), 255–271. <https://doi.org/10.1037/a0033241>
- Ungar, M. (2013). *Resilience, trauma, context, and culture*. Trauma, Violence, & Abuse, 14(3), 255-266. <https://doi.org/10.1177/1524838013487805>
- UNICEF, Comité Español. (2024). *Parentalidad positiva: qué es y cómo trabajarla*. Educación. <https://www.unicef.es/blog/educacion/parentalidad-positiva-que-es-y-como-trabajarla>
- UNICEF. (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/es/media/108171/file/SOWC-2021-Resumen-Ejecutivo.pdf>
- UNICEF. (2008). *Desarrollo positivo adolescente en América Latina y el Caribe*. <https://www.unicef.org/venezuela/media/941/file/UNICEF%20Oficina%20Regional%20para%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>
- UNICEF España. (2020). *Impacto de la crisis por COVID-19 sobre los niños y niñas más vulnerables: Reimaginar la reconstrucción en clave de derechos de infancia*. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/recursos/informe-infancia-covid/covid19-infancia_vulnerable_unicef.pdf
- Van den Akker, A. L., Deković, M., Shiner, R. L., & Prinzie, P. (2013). *Early childhood personality types and their associations with adolescent socio-emotional and academic adjustment*. Developmental Psychology, 49(8), 1452-1463.
- Veenhoven, R. (1994). *Is happiness relative?* Social Indicators Research, 28(3), 225-256. <https://doi.org/10.1007/BF01207070>
- Veenhoven, R. (1994). *El estudio de la satisfacción con la vida*. Intervencion Psicosocial, 3, 87–116. <http://hdl.handle.net/1765/16195>
- Vera, J. A., Carbelo, B., y Vecina, M. L. (2006). *La resiliencia en el desarrollo infantil: Un estudio empírico*. Revista Latinoamericana de Psicología, 38(2), 237–252.

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., y Remor, E. (2007). *Resiliencia, calidad de vida y afrontamiento en adolescentes*. Revista Psicología desde el Caribe, (20), 35–58.

Wacquant, L. (2007). *Los condenados de la ciudad: Gueto, periferias y Estado*. Siglo XXI Editores.

Williams, D. R., y Mohammed, S. A. (2009). *Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research*. Journal of Behavioral Medicine, 32(1), 20–47. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>

World Psychiatric Association. (2015). *Mental health: a state of well-being*. World Psychiatry, 14(3), 229–230. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Yoon, Y., Eisenstadt, M., Lereya, S. T., y Deighton, J. (2023). *Gender difference in the change of adolescents' mental health and subjective wellbeing trajectories*. European Child & Adolescent Psychiatry, 32(9), 1569-1578. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01961-4>

Yuen, H. K., Huang, P., Burik, J. K., y Smith, T. G. (2019). *Impact of participating in volunteer activities for residents living in long-term-care facilities: An intergenerational program*. American Journal of Occupational Therapy, 73(4), 1-10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.031997>

Zehrun, R., Hu, D., Guo, Y., Zheng, K., y Chen, Y. (2024). *Investigating the effects of housing instability on depression, anxiety, and mental health treatment in childhood and adolescence*.

Zoellner, F., Erhart, M., Schütz, R. (2025) *et al. Two decades of loneliness among children and adolescents: longitudinal trends, risks and resources – Results from the German BELLA and COPS studies*. Eur Child Adolesc Psychiatry. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02779-6>

Anexos

Anexo 1. Detalle del perfil de las personas entrevistadas y los grupos de discusión

Leyenda de codificación

Códigos	Perfiles entrevistados
X	Personas expertas sobre el impacto de la pobreza y la soledad en la salud mental
Y	Perfiles de intervención y directivos
Z	Perfiles de terapeutas, agentes estratégicos y personas expertas en salud mental, vulnerabilidad y pobreza.
GD	Grupos de discusión

Relación de perfiles entrevistados

N.º de la entrevista	Código	Perfil	Afiliación	Fecha de la entrevista
1	E1, Z1	Profesor Distinguido y director del Centro de Investigación en Antropología Médica de la.	Universidad Rovira i Virgili	03/03/2025
2	E2, Z2	Docente en el Área de Psicología Evolutiva y de la Educación de la.	Universidad de Zaragoza	04/03/2025

N.º de la entrevista	Código	Perfil	Afiliación	Fecha de la entrevista
3	E3, Z3 E3, Z4	Responsable de programa y referente de zona en. Psicólogo de Cáritas.	Cáritas Diocesana de Girona	05/03/2025
4	E4, Z5	Doctor en Psicología.	Universidad Pontificia de Salamanca	07/03/2025
5	E5, Z6	Psicología Evolutiva y de la Educación.	Universidad de la Rioja	11/03/2025
6	E6, Z7	Docente en Salud. Médica de familia y Comunidades.	Unidad Docente Este. Madrid	20/03/2025
7	E7, X1	Psiquiatra y diputada en la asamblea de Madrid	Asamblea de Madrid	24/03/2025
8	E8, X2 E8, X3	Expertos en educación intercultural en adolescentes.	Universidad de Girona	27/03/2025
9	E9, Z8	Doctora en Sociología	Universidad de Valencia	09/04/2025
10	E10, Z9	Profesor e investigador especializado en intervención social en SM y desventaja socioeconómica.	Universidad de Lleida y grupo de investigación GRASE (<i>Grup de Recerca Análisis Social i educativa</i>)	22/04/2025
11	E11, Z10	Catedrático de Antropología social.	Universidad Pompeu Fabra	24/04/2025

N.º de la entrevista	Código	Perfil	Afiliación	Fecha de la entrevista
12	E12, Z11 E12, Z12 E12, Z13	Integrantes del departamento de sociología y trabajo social	Universidad País Vasco	30/04/2025
13	E13, Z14	Catedrática de Psicología.	Universidad de Granada	06/05/2025
14	E14, X4	Licenciada en Antropología Social y Cultural. Máster en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social.	Universidad Nebrija (Madrid) Universidad de Alcalá (Madrid) Girasol Arte terapia	02/06/2025
15	E15, Y1	Psicólogo Sanitario en Centro de Día para personas jóvenes migradas.	Centro de día Dar Chabab y en Psicólogos Sin Fronteras	18/06/2025
16	E16, X5 E16, X6	Jefa de área de infancia y familia y director de la fundación	Fundación Marianao	20/06/2025
17	E17, Y2	Licenciado en Psicología y Máster Práctico en Terapias Cognitivo-Conductuales.	Colegio oficial de psicólogos de la comunidad valenciana / Universidad de Valencia	30/06/2025
18	E18, Y3	Doctora en Antropología Médica y Salud Global	Universidad Rovira i Virgili - Tarragona	03/07/2025
19	E19, Z15	Químico y filósofo	Universidad de Barcelona	07/07/2025
20	E20, X7	Directora Centro de Jóvenes	Fundación ADSIS	16/07/2025

N.º de la entrevista	Código	Perfil	Afiliación	Fecha de la entrevista
21	E21, X8	Doctor en Sociología y profesor de Psicología y Trabajo Social	Universidad Pontificia Comillas	17/07/2025
22	E22, X9	Responsable de políticas de protección social y empleo	Oxfam Intermón	21/07/2025
23	E23, X10	Médico especialista en Psiquiatría y en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia	Hospital General Universitario Gregorio Marañón MADRID y Programa de Enlace de Salud Mental y Educación	23/07/2025
24	E24, Y4	Enfermero en asistencia en Salud Mental a adolescentes y sus familias ECID	Fundación Vidal i Barraquer	03/09/2025
25	E25, Y5	Técnica referente del Servicio para Adolescentes y Familias (SAIF) de Barcelona	Ayuntamiento de Barcelona	08/09/2025
26	E26, X11	Directora de servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil	Hospital Clínic de Barcelona	09/09/2025
27	E27, Y6 Y7	Profesora de sociología e investigadora en cuidados integrales en salud	Universidad de Barcelona e Hospital del Mar	10/09/2025
28	E28, X12	Socióloga y responsable Técnica de Investigación y Evaluación en Asociación Provivienda	Universidad Complutense de Madrid	21/10/2025

Relación de perfiles de grupos de discusión

Código	Data de celebración	Número de participantes
GD1	2/12/2025	8
GD2	17/12/2025	6

Anexo 2. Indicadores de seguimiento en la planificación y gestión de los servicios.

Dimensión	Indicador	Descripción	Fuente de verificación	Periodicidad
Gestión, coordinación y sostenimiento organizativo	Valoración de la implementación	Capacidad de las propuestas para articular respuestas accesibles, integrales y sostenidas en el tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de seguimiento • Análisis conjunto de indicadores • Actas de evaluación 	Semestral / anual
	Coordinación interinstitucional	Número de derivaciones relacionales realizadas; tiempos de respuesta entre dispositivos; existencia y uso de protocolos compartidos; continuidad del acompañamiento; satisfacción con los circuitos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de derivación • Protocolos compartidos • Actas de coordinación • Fichas de seguimiento • Encuestas de satisfacción 	Mensual / trimestral
	Articulación funcional entre dispositivos	Claridad en la definición de funciones, límites y criterios de actuación entre recursos; adecuación entre tareas asumidas y recursos disponibles.	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos internos • Documentos de funciones, • Actas de coordinación • Entrevistas a profesionales 	Trimestral / semestral
	Condiciones organizativas para la coordinación	Tiempo efectivo destinado a planificación, coordinación, seguimiento y atención. Adecuación de los marcos laborales; estabilidad de los equipos.	<ul style="list-style-type: none"> • Planificaciones internas • Cuadrantes • Registros horarios • Documentación laboral • Entrevistas a equipos 	Trimestral / anual
	Sostenimiento de los equipos	Existencia de mecanismos de apoyo emocional, supervisión o cuidado profesional; seguimiento del desgaste y de la rotación de personal y de su impacto en la continuidad de los acompañamientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Registros internos • Espacios de supervisión, • Encuestas a equipos • Datos de rotación de personal 	Trimestral / anual
Acceso, participación y resultados relacionales	Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Barreras identificadas y resueltas en relación con el coste, transporte, horarios, idioma o condiciones de acceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de seguimiento • Registros de incidencias • Observación de profesionales 	Continuo / revisión trimestral
	Participación	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia sostenida a grupos, actividades o espacios de acompañamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de asistencia • Hojas de seguimiento • Actas de actividad 	Continuo / revisión trimestral

Dimensión	Indicador	Descripción	Fuente de verificación	Periodicidad
	Pertenencia	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de apoyo, reconocimiento y conexión con iguales o figuras de referencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios breves de autoinforme antes/después • Escalas de valoración 	Inicio y cierre del acompañamiento
	Competencias relacionales y socioemocionales	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora percibida en la capacidad para pedir ayuda, expresar el malestar, regular emociones, gestionar conflictos y sostener vínculos satisfactorios 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios breves de autoinforme • Observación tutorial • Registros de seguimiento 	Inicio, seguimiento intermedio y cierre del acompañamiento
	Redes y vínculos	<ul style="list-style-type: none"> • Número de vínculos significativos percibidos • Identificación de al menos una persona adulta de confianza • Percepción de acceso a referentes comunitarios y educativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios de autoinforme • Entrevistas breves • Registros de seguimiento 	Inicio, seguimiento intermedio y cierre del acompañamiento
	Satisfacción con los circuitos de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de las personas participantes sobre la claridad, utilidad y continuidad de la atención recibida 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas de satisfacción • Entrevistas de valoración 	Cierre del acompañamiento / revisión semestral

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3. Adaptación y resultados de la escala de soledad

Escala de Soledad para adolescentes

¿Por qué?

Grupo TRANSVITA



La investigación muestra un aumento de la soledad no deseada entre adolescentes y jóvenes, pero las herramientas de medición existentes...

- **UCLA y SELSA** fueron diseñadas principalmente para **población adulta**, mientras que **LACA** se centra en infancia y adolescencia temprana, y **De Jong Gierveld** en población general.
- Estas escalas no recogen plenamente los **diversos escenarios relacionales propios de la adolescencia y juventud** (familia, grupo de iguales, comunidad, redes sociales...).
- Parece necesaria una **adaptación cultural** que conecte con el lenguaje y las experiencias de los jóvenes actuales.

Escala de Soledad para adolescentes

La Escala de Soledad para adolescentes se desarrolló mediante una metodología mixta en dos fases:

Fase cualitativa

Fase cuantitativa



Revisión de la literatura

Elaboración de ítems

14 expertos (Método Delphi)

Aplicación online a 273 jóvenes

Análisis estadístico exploratorio

Escala provisional

¿Cómo?

Grupo TRANSVITA



Resultado: Una primera versión provisional y en proceso de validación que recoge distintos ámbitos de la experiencia relacional de los jóvenes

Versión de la escala de Soledad adaptada para adolescentes

29 ítems

Escala "madre"

Eliminamos:

- Relaciones de pareja
- Relaciones sociales online



Mantenemos:

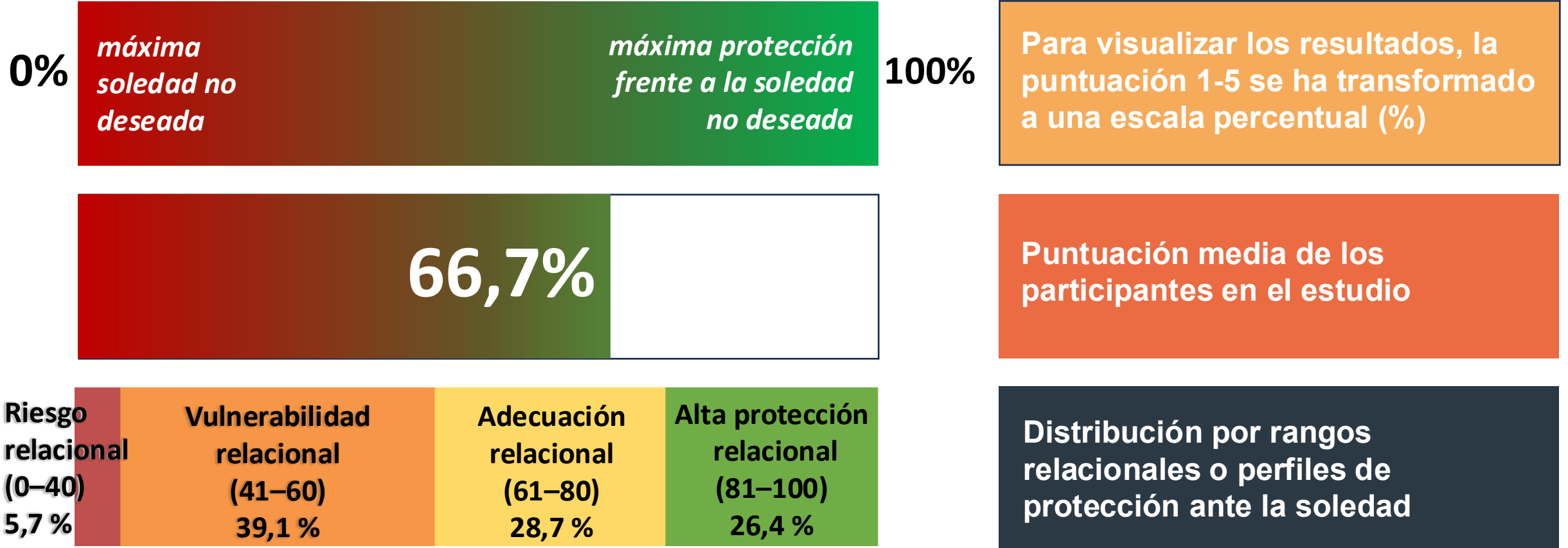
- Familia
- Amistades
- Entorno comunitario
- Vivencia subjetiva de la soledad

20 ítems

Versión adolescentes



Resultados de la escala de soledad en los adolescentes de este estudio



Resultados de la escala de soledad en los adolescentes de este estudio



Género

Las chicas muestran mayor protección relacional: **33 %** en alta protección, frente al **20 %** de los chicos; la vulnerabilidad es más frecuente en chicos (**43 %**).

Edad

La vulnerabilidad aumenta a partir de los **16 años** (**48 %** a los 16; **58 %** a los 17), mientras que el riesgo se concentra a los **14 años** (**11 %**).

Ítems ↑

El apoyo familiar y la presencia de al menos una amistad significativa alcanzan los valores más altos (**75–77 %**).

Ítems ↓

La calidad de los vínculos es el principal foco de vulnerabilidad; *“echo de menos un amigo/a de verdad”* registra el valor más bajo (**48 %**).

Relación entre soledad y otros indicadores de bienestar del estudio

Factores de Riesgo

Asociados a **MAYOR** soledad



Experiencias de trato negativo o exclusión en la escuela.



Impacto negativo de las redes sociales en la autoimagen.



Dificultad para perseverar cuando algo sale mal.

Factores Protectores

Asociados a **MENOR** soledad



Sentirse bien con la propia forma de ser (relación fuerte).



Tener un propósito vital y actividades que motivan (relación moderada).



Foto generada con DAL.LÉ

La soledad de los y las adolescentes parece depender más de la calidad de los vínculos, la autoaceptación y las experiencias relacionales (en la escuela, tiempo libre, redes sociales...) que de las variables sociodemográficas



Escala de Soledad para adolescentes

Informe de diseño

Grupo TRANSVITA

 **Deusto**
Universidad de Deusto


COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

 **FUNDACIÓ**
PERE TARRES
Universitat Ramon Llull

Septiembre 2025

Equipo investigador/autor:

Rosalía Mota	Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.
Eva M. Rubio Guzmán	Universidad Pontificia de Comillas
Cristina Alonso-López	
Óscar Martínez-Rivera	Grupo de investigación en Innovación y Análisis
Lisette Navarro-Segura	Social – GIAS. Universitat Ramon Llul
Paco López	

Equipo de apoyo a la investigación:

Santa Lázaro	Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.
Belén Urosa	Universidad Pontificia de Comillas
Arantxa Rodríguez-Berrio	
Usue Beloqui	
Amaia Mosteiro	Equipo de Valores Sociales. Universidad de Deusto
Iratxe Aristegui	
María Villaescusa	
Concepción Maiztegui	
Janire Fonseca	Equipo de investigación 'Intervención: Calidad de
Marta Ruiz	Vida e Inclusión Social'. Universidad de Deusto
Garazi Yurrebaso	
Isabel Torras	
Enric Benavent	Grupo de investigación en Innovación y Análisis
Marta Ausona	Social – GIAS. Universitat Ramon Llul
Janina Hamburger	Kibe

Con la financiación de:

- Aristos Campus Mundus (ACM) (Código proyecto: ACM2022_17)
- Fundació Pere Tarrés, en el marco de la convocatoria IRPF 2024 (Código proyecto: 101 / 2024 / 155 / 9)

Índice

1. Introducción	4
2. Metodología	5
3. Instrumento para población adolescente	8
4. Criterios de aplicación del instrumento	9
5. Referencias bibliográficas	11

1. Introducción

El equipo de trabajo que ha desarrollado esta escala lleva trabajando conjuntamente desde el año 2017 y ha centrado sus investigaciones en el estudio de las transiciones vitales. Fruto de estos trabajos, se ha sistematizado y publicado el análisis de conocimientos al respecto en artículos como López, Lázaro, Navarro-Segura y Mota (2019) y López, Martínez-Rivera, y Fonseca (2024).

Dentro de ese marco general, el grupo TRANSVITA se ha centrado, en los últimos cuatro años, en la soledad no deseada asociada a las transiciones juveniles. Los estudios más recientes sobre el tema apuntan que, en el siglo XXI, las transiciones vitales son más complejas y esto afecta, especialmente, al tránsito entre la adolescencia y la edad adulta. Esto pone a prueba el mundo de relaciones de los jóvenes, que necesitan redes sólidas de apoyo para hacer frente a entornos acelerados que acentúan su fragilidad. Probablemente esto explica, en parte, que el sentimiento de soledad no deseada esté aumentando entre la población joven de entornos internacionales diversos, hasta convertir la juventud en la etapa del ciclo vital que con mayor frecuencia experimenta ese sentimiento. Y estos datos también se confirman en España (Blanco, Chueca, López y Rosado, 2020; Universidad de Deusto, 2021; Ayuntamiento de Barcelona, 2022). A ello se han sumado los efectos sociales, económicos y sanitarios de la pandemia, especialmente por su impacto en la salud mental de los jóvenes (INJUVE, 2020; Moro, Ruiz-Narezo y Fonseca, 2021; Serrano, Mata, Díaz, Pérez y Ramírez, 2024; Simón, 2021; Tamarit, Schoeps, Del Rosario, Amador y Montoya-Castilla, 2021).

En 2021, el equipo investigador diseñó una primera versión de un proyecto sobre soledad juvenil, que se ha ido ajustando y rediseñando posteriormente. Fruto de todo este proceso, el equipo ha realizado diversas publicaciones (Lázaro, Mota y Rubio, 2022; López, 2022; López y Escapa, 2022; Rodríguez-Berrio, Beloki, Mosteiro y Sobremonte, 2022; Villaescusa y Yurrebaso, 2022).

Una de las estrategias seguidas para ello ha sido la revisión sistemática de la literatura disponible sobre los instrumentos de medida de la soledad. Se han revisado 30 artículos y se han identificado los 5 instrumentos más utilizados para medir la soledad hasta 2022: Escala de soledad de la UCLA (Russell, Peplau y Ferguson, 1978), Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos – SELSA (DiTommaso y Spinner, 1993), Escala de Soledad de Lovaina para Niños y Adolescentes – LACA (Marcoen, Goossens y Caes, 1987), Escala de soledad de Gierveld (De Jong-Gierveld y Kamhuis, 1985) y Escala de Soledad en personas mayores – ESTE (Rubio y Aleixandre, 1999).

Las conclusiones de esa revisión indican que no existen escalas específicamente diseñadas para la población joven. La Escala UCLA es, probablemente, la medida más popular de soledad con adolescentes y jóvenes, pero no tiene propiedades psicométricas robustas para estos grupos de edad. Dada la relevancia actual del fenómeno de la soledad juvenil y la necesidad de abordarlo de manera específica, el equipo investigador ha optado por el diseño de una escala de medida que facilite la investigación y que, en el futuro, pueda resultar también útil para la prevención y la intervención social, educativa o psicológica con adolescentes y jóvenes.

2. Metodología

La elaboración y diseño de la escala ha seguido una metodología mixta, tanto de naturaleza cualitativa como cuantitativa, siguiendo los estándares metodológicos establecidos (Blalock, 2008; Morales, 2006; Morales, Urosa y Blanco, 2003).

Con una versión provisional de la escala diseñada por el equipo investigador a partir de los conocimientos disponibles, se ha realizado una primera fase exploratoria, de naturaleza cualitativa de análisis del contenido de la escala. En primer lugar, siguiendo el método Delphi, se ha realizado una doble ronda de consulta a 14 expertos externos al equipo de investigación (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008; Ding y Hershberger, 2002). El perfil de los expertos seleccionados se ha guiado por al menos uno de los siguientes criterios de inclusión (Skjong y Wentworht, 2001):

- Experiencia académica y/o profesional de 5 años o más en la investigación y/o intervención socioeducativa en los ámbitos de la soledad no deseada y/o condiciones de vida de los jóvenes.
- Participa o ha participado en observatorios o plataformas de investigación e incidencia pública sobre soledad y juventud, pertenecientes a la Administración pública, fundaciones o de la sociedad civil.
- Es docente de asignaturas de diseño y construcción de instrumentos de medida en investigación cuantitativa o ha utilizado recurrentemente en sus investigaciones escalas.

La distribución del grupo ha sido equilibrada en relación con estos criterios, así como en relación con variables sociodemográficas, principalmente género y edad. Este proceso ha sido online. En él, se ha pedido a los expertos: a) una valoración cuantitativa general de cada ítem; b) una valoración cuantitativa en relación con diferentes dimensiones de cada ítem - claridad, pertinencia, relevancia, capacidad de discriminación y precisión-; y c) valoración cualitativa a través de observaciones abiertas.

En una segunda fase, la versión ajustada se ha analizado cuantitativamente, mediante la aplicación online a 273 jóvenes entre 16 y 30 años. La media de edad ha sido de 22,4 años, siendo una muestra razonablemente heterogénea por edad. En cuanto al género, la mayoría se identificó como femenino (71,8%). Respecto al nivel educativo, más de la mitad declaró estar cursando o haber completado estudios universitarios (57,1%). La mayoría de los participantes convivía con su familia de origen (75,8%). Casi la totalidad – 9 de cada 10- ha nacido en España, con una representación mayoritaria de jóvenes de Cataluña (50,9%) y Comunidad de Madrid (31,1%).

A partir de las respuestas obtenidas, se ha llevado a cabo un análisis estadístico con un triple objetivo:

- a) Describir las características descriptivas de los ítems, identificando ítems con poca capacidad de diferenciar entre diferentes grados de soledad.
- b) Analizar el grado en el que los ítems están relacionados entre sí y por lo tanto reflejan de manera coherente y son indicadores de una misma actitud, en la escala, la soledad.

- c) Explorar si pueden distinguirse subconjuntos de respuestas, que representen diferentes aspectos en relación con la experiencia subjetiva de soledad.

El proceso de valoración de los ítems ha respondido a tres criterios combinados: a) la robustez estadística de cada ítem; b) la relevancia conceptual del ítem en relación con la información específica que aporta para comprender cómo los jóvenes establecen, mantienen y valoran sus experiencias de vinculación y conexión con personas significativas en su vida cotidiana. y c) la representación en el instrumento de las dimensiones de soledad subjetiva no deseada habitualmente identificadas en la literatura. El resultado ha sido un instrumento provisional y en proceso de validación, cuya estructura y consistencia interna tendrá que ser probada en sucesivos análisis estadísticos.

En una tercera fase, a partir del instrumento madre se ha diseñado una versión adaptada a adolescentes entre 12 y 15 años, que consta de 20 ítems. En esta versión se han descartado, especialmente, ítems relacionados con la vivencia de las relaciones de pareja y con las relaciones sociales online.

El proyecto de diseño y validación de la escala ha contado con la aprobación de los comités de ética de la Universidad Ramon Llull (CER URL_2023_2024010), la Universidad Pontificia de Comillas (CEI UPC_007/24-25) y la Universidad de Deusto (ETK-11/24-25).

En la recogida de datos del instrumento, incluimos el consentimiento informado con los siguientes textos previos que convendría adaptar en función de los usos posteriores de la escala:

Presentación del estudio:

*Somos un equipo de investigación de la Universidad Ramon Llull y la Universidad Pontificia Comillas. Estamos elaborando una herramienta para entender mejor la **soledad no deseada en la juventud**.*

Para comprobar si las preguntas están bien planteadas, necesitamos la colaboración de personas jóvenes como tú.

¿En qué consiste?

- *Primero te haremos unas preguntas generales sobre tu perfil.*
- *Después, encontrarás **44 frases** y solo tienes que indicar **en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo** con cada una.*

¿Quién puede participar?

- *Personas entre **16 y 30 años**.*

Antes de empezar, ten en cuenta:

- *Tu participación es **voluntaria** y puedes dejarla en cualquier momento, sin ninguna consecuencia.*
- ***No hay respuestas buenas ni malas:** queremos conocer tu experiencia.*

- El cuestionario es **anónimo** y los datos se usarán **solo para fines de investigación**.
- Por favor, **responde a todas las preguntas**.

Privacidad y tratamiento de datos

No recogeremos datos personales identificativos. Cualquier dato que pudiera considerarse personal se almacenará en una base segura y separada. Cumplimos con la **LOPDGDD** (Ley Orgánica 3/2018) y el **Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)** de la Unión Europea. No hay beneficios por realizar la encuesta.

Si tienes dudas o quieres solicitar más información, puedes dirigirte a plopez@peretarres.org o rmota@comillas.com

3. Instrumento para población adolescente

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones.

Te pedimos que indiques **tu grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones, de 1 a 5**, entendiendo que 1 es el máximo nivel de desacuerdo y **5 el máximo** nivel de acuerdo con cada afirmación.

Nº	Ítem
1	<i>Siento que formo parte de al menos un grupo de amigos/as</i>
2	<i>En mi barrio o pueblo no puedo acudir a nadie en caso de necesitarlo</i>
3	<i>A pesar de estar rodeado de personas, me siento solo/a</i>
4	<i>Es difícil encontrar a alguien que se interese por mí</i>
5	<i>Con mis amigos o amigas comparto cosas que son importantes para mí</i>
6	<i>Mi familia cuenta conmigo para hacer cosas juntos</i>
7	<i>Me siento integrado/a en mi familia</i>
8	<i>Tengo al menos un miembro de mi familia a quien acudo cuando lo necesito</i>
9	<i>Me resulta difícil encontrar buenos amigos/as</i>
10	<i>Creo que mi familia siempre me acompañará en los momentos importantes de mi vida</i>
11	<i>Tengo algún amigo/a con quien hablo sobre aspectos importantes de mi vida</i>
12	<i>Mis amigos/as son un apoyo para mí</i>
13	<i>Echo de menos tener un amigo/a de verdad</i>
14	<i>Me siento comprendido/a por alguien de mi familia</i>
15	<i>Me siento solo/a</i>
16	<i>Me siento solo/a cuando estoy con mi familia</i>
17	<i>Pienso que los demás no me tienen en cuenta</i>
18	<i>Me gusta dedicar tiempo a estar solo/a</i>
19	<i>En los momentos más importantes de mi vida he tenido gente apoyándome</i>
20	<i>Me siento parte de un grupo, entidad o asociación de mi entorno</i>

5. Criterios de aplicación del instrumento

Los instrumentos diseñados constituyen propiedad intelectual del equipo de investigación que la ha diseñado y validado. Cualquier reproducción, distribución, comunicación pública, adaptación, traducción o utilización —total o parcial— de la escala, así como la extracción sistemática de datos o la incorporación de sus ítems en otros instrumentos, requerirá la autorización previa, expresa y por escrito del equipo investigado, en atención a la normativa de propiedad intelectual aplicable, en particular el Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril), así como a los instrumentos internacionales y comunitarios de protección de la autoría (p. ej. Convenio de Berna y Directiva 2001/29/CE). El uso autorizado deberá efectuarse con la debida atribución (mención explícita de los autores, título de la escala, versión y año) y, en caso de versiones adaptadas o traducidas, deberá indicarse expresamente que se trata de una versión distinta y señalar la versión de referencia proporcionada por los autores.

Aplicación de la escala

La Escala de Soledad para adolescentes ha sido diseñada para su administración preferentemente en formato online, ya que ha mostrado ser una forma eficaz y accesible de aplicación, especialmente adecuada para este perfil de población. No obstante, también es posible aplicarla en formato papel, siempre que se respeten los criterios de codificación y puntuación establecidos, asegurando condiciones similares de confidencialidad y voluntariedad.

Cuando la aplicación de la escala implique la recogida y tratamiento de datos personales, dicho tratamiento deberá ajustarse a la normativa en materia de protección de datos (Reglamento (UE) 2016/679 —RGPD— y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre —LOPDGDD—), adoptándose las medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar la confidencialidad y los derechos de las personas afectadas.

La escala utiliza una puntuación **tipo Likert de 5 puntos por ítem**, con las siguientes opciones en los extremos (sin especificar las opciones intermedias para evitar sesgos en las interpretaciones de las mismas):

1 = Totalmente en desacuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Corrección y puntuación

La puntuación se obtiene mediante la **suma de las respuestas** a cada ítem, después de **aplicar inversión** de puntuación en aquellos ítems que expresan comportamientos, sentimientos o ideas compatibles con la experiencia de la soledad (la máxima puntuación en estos ítems indica un nivel más alto de soledad).

Los ítems que deben invertirse son: 2, 3, 4, 9, 13, 15, 16 y 17. Todos estos ítems deben codificarse como: 1→5, 2→4, 3→3, 4→2, 5→1.

El resto de los ítems (en su redacción directa) reflejan ausencia de soledad. La puntuación total posible oscila entre 29 y 100 puntos, donde **una puntuación más baja indica mayor soledad percibida**.

Consideraciones para la interpretación

Actualmente, la escala no dispone de baremos normativos ni puntos de corte validados. Por tanto:

- No se recomienda el uso de la puntuación total para emitir diagnósticos individuales.
- La escala puede utilizarse con fines exploratorios, comparando puntuaciones medias entre grupos o analizando perfiles colectivos.
- En el estado actual del desarrollo de la escala, la puntuación global sólo sirve como indicador orientativo y exploratorio del grado de soledad no deseada. Es un instrumento provisional y pendiente de validación.

Recomendaciones para futuras aplicaciones

- Incluir una nota aclaratoria si se utiliza la escala con fines de evaluación en intervención social, educativa o psicológica, recordando que la interpretación debe contextualizarse y no basarse exclusivamente en la puntuación obtenida.
- Promover el uso combinado de esta escala con entrevistas, observación u otros instrumentos que aporten una comprensión más integral de la vivencia de soledad en adolescentes y jóvenes.
- En futuras versiones de la escala que sí estén validadas, explorar la posibilidad de definir puntos de corte o categorizar niveles de soledad (bajo, medio, alto) con base empírica, especialmente si se pretende su uso aplicado en contextos socioeducativos o sanitarios.

6. Referencias bibliográficas

- Ayuntamiento de Barcelona (2022). Observatorio de la soledad de Barcelona. Derechos Sociales, Justicia Global, Feminismo y LGTBI. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/es/bcn-contra-soledad/observatorio-de-la-soledad-barcelona/personas-que-dicen-sentirse-solas-por-grupos>
- Blalock, H. M. (2008). *Social Statistics*. McGraw-Hill.
- Blanco, A., Chueca, A., López, J. A. y Mora, S. (Coords.). (2020). *Informe España 2020*. Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patiño.
- De Jong-Gierveld, J. y Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299. <https://doi.org/10.1177/014662168500900307>
- DiTommaso, E. y Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127–134. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90182-3](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90182-3)
- Ding, C. y Hershberger, S. (2002). Assessing content validity and content equivalence using structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 283-297. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_7
- Instituto de la Juventud (INJUVE). (2020). *Informe Juventud en España 2020*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. <https://www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general/informe-juventud-en-espana-2020>
- Kline, P. (1994). *An Easy Guide to Factor Analysis*. Routledge.
- Lázaro, S., Mota, R. y Rubio, E. (2022). Una aproximación a la soledad juvenil: ¿De qué hablamos? ¿Qué podemos hacer? *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 80, 13-35. <https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn80id392868>
- López, P. (2022). Estimar i sentir-se estimats en temps líquids. En J. R. Riera (Ed.), *Les soledats. Reflexions, causes i efectes* (pp. 61-68). Ajuntament de Barcelona y Editorial Icaria.
- López, P. y Escapa, S. (Coords.). (2022). *La acción socioeducativa ante el reto de la soledad de los jóvenes*. Monográfico N.80 de Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa.
- López, P., Lázaro, S., Navarro-Segura, L. y Mota, R. (2019). Las transiciones vitales: un marco conceptual para la innovación en la intervención, la formación y la investigación en trabajo social. En *El trabajo social en un mundo en transformación ¿Distintas realidades o nuevos relatos para la intervención?* Vol. II, p. 877- 903. Tirant Lo Blanch.
- López, P., Martínez-Rivera, S. y Fonseca, J. (2024). Transiciones vitales: Una propuesta de categorización para la formación y la intervención de los profesionales de la acción social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 31(2), 184–213. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.24695>
- Marcoen, A., Goossens, L. y Caes, P. (1987). Loneliness in pre- through late adolescence: exploring the contributions of a multidimensional approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(6), 561-577.
- Morales, P. (2006). *Medición de actitudes en psicología y educación*. Editorial UNED.

- Morales, P., Urosa, B. y Blanco, A. (2003). *Construcción de escalas de actitudes tipo Likert*. La Muralla.
- Moro, Á., Ruiz-Narezo, M. y Fonseca, J. (2022). Use of social networks, video games and violent behaviour in adolescence among secondary school students in the Basque Country. *BMC Psychology*, 10(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00947-w>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Rodríguez-Berrio, A., Beloki, U., Mosteiro, A. y Sobremonte, E. (2022). Soledades juveniles, atención integrada y estrategias de abordaje: análisis del caso de Gran Bretaña. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 80, 37-57. <https://doi.org/10.34810/educacioSocialn80id392911>
- Rubio, E. y Aleixandre, M. (1999). Escala de Soledad para personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34(6).
- Russell, D., Peplau, L. A. y Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11
- Serrano, R., Mata, I., Díaz, N., Pérez, A. y Ramírez, M. (2024). *Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España*. Fundación ONCE y Ayuda en Acción. https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/ResumenEjecutivo_Versión%20final_accesible.pdf
- Simón, J. (2021). Análisis del impacto en la salud mental de jóvenes adolescentes. *Revista Ciencias de la Salud*. <https://sapiensdiscoveries.com/index.php/CCIJ/article/view/2>
- Skjong, R. y Wentworth, B. H. (2001). *Expert judgment and risk perception*. En Proceedings of the Eleventh (2001) International Offshore and Polar Engineering Conference. Stavanger, Norway: The International Society of Offshore and Polar Engineers.
- Tamarit, A., Schoeps, K., Del Rosario, C., Amador, N. A. y Montoya-Castilla, I. (2021). Health Status of Adolescents in Spain, Mexico, and Chile during COVID-19: a cross-cultural study. *Acción Psicológica*, 18(1), 107-120. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29018>
- Villaescusa, M. y Yurrebaso, G. (2022). Personas con discapacidad y soledad. Un reto en los procesos de transición a la vida adulta. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 80, 97-116. <https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn80id392650>