

BARÓMETRO JUVENTUD, SALUD Y BIENESTAR 2025



Centro
Reina Sofía

fad
Juventud

FUNDACIÓN
MUTUAMADRILEÑA

© Fundación Fad Juventud, 2025

EDICIÓN

Centro Reina Sofía de Fad Juventud
Avenida de Burgos, 1-3, 28036, Madrid
fad.es
91 383 83 48
fad@fad.es

Fundación Mutua Madrileña
Paseo de la Castellana, 36-38, 28046, Madrid
fundacionmutua.es
91 592 28 36
info@fundacionmutua.es

AUTORÍA

Alejandro Gómez Miguel
Anna Sanmartín Ortí
Stribor Kuric Kardelis

MAQUETACIÓN

Alejandro Gómez Miguel

PORTADA

Drus Jiménez

ISBN 978-84-19856-38-8

DOI 10.5281/zenodo.15574590

Sugerencia de cita:

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

Centro
Reina Sofía

fad
Juventud

FUNDACIÓN
MUTUAMADRILEÑA

PRESENTACIÓN

Desde **Fad Juventud** creemos en la **generación de evidencias para entender la realidad juvenil**, tratando de superar las urgencias en los debates públicos, las alarmas o las modas, y lo hacemos, además, **recogiendo las voces de adolescentes y jóvenes** en los temas que les atañen. Desde esta filosofía, el **Barómetro**, como **herramienta periódica**, nos permite **analizar las percepciones juveniles sobre un ámbito tan vital y personal como la salud y el bienestar**, temática que, fundamentalmente a partir de la pandemia, parece ocupar un lugar central en las preocupaciones sociales.

Renovamos pues un año más la **colaboración que mantenemos con Fundación Mutua Madrileña** para aportar una lectura longitudinal sobre cómo entiende y valora la población joven española su estado de salud en un sentido amplio: cómo se cuidan, cómo se sienten, con qué redes de apoyo cuentan o cuál es su exposición a diferentes riesgos, con una información muy amplia y rica en detalles.

En líneas generales, los resultados de este **quinto corte del Barómetro** nos permiten ver una mejora en muchos de los datos analizados, como en la autopercepción de la salud, tanto física como mental, invirtiéndose la tendencia negativa que detectamos desde 2021. Pese a dicha mejora, hay indicadores que nos advierten de malestares significativos y recurrentes, evidenciando problemas como el estrés y la ansiedad, que son síntomas cuyos porcentajes no han dejado de aumentar desde que recogemos datos, o dificultades para conciliar el sueño y el incremento de la soledad no deseada, que nos advierten de problemas que están afectando al bienestar a estas edades.

El informe aporta, pues, **claves valiosas para entender el contexto actual y la evolución de los datos en los últimos 10 años**, y para complementar la información disponible sobre prevalencias y diagnósticos con la lectura subjetiva que hace la población joven de sus hábitos, problemas de salud y tipos de cuidados. Una mirada que ayuda a entender los determinantes sociales de la salud y a identificar variables que determinan perfiles más vulnerables, que incorpora la diversidad de situaciones y sujetos. Así, por ejemplo, adolescentes, mujeres y población con carencias materiales reportan mayores malestares, por lo que la prevención, la atención y los recursos tendrán que poder responder de manera específica y diferencial.

Los resultados nos resultan de enorme utilidad en **Fad Juventud** para **comprender y abordar la salud de adolescentes y jóvenes**, y para relacionar estos datos con muchos otros que obtenemos al estudiar sus contextos de socialización, los retos que afrontan o las respuestas que le devuelve el mundo adulto en forma de estereotipos sociales, prioridades y recursos a disposición en la agenda política y social.

Beatriz Martín Padura

Directora General de Fad Juventud

Índice

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS	6
METODOLOGÍA	8
PRINCIPALES HALLAZGOS	12
ANÁLISIS DE RESULTADOS	24
1. Percepciones sobre la salud	25
1.1. Autopercepción del estado de salud	25
1.2. Preocupación por la salud	29
2. Estilo de vida y forma física	31
2.1. Estilo de vida saludable	31
2.2. Estado de forma y actividad física	34
2.3. Alimentación y dietas	40
3. Salud mental.....	46
3.1. Problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental.....	46
3.2. Malestares y síntomas vinculados a la salud mental.....	50
3.3. Apoyos frente a problemas de salud mental	56
3.4. Ayuda profesional ante problemas de salud mental	59
3.5. Trastornos diagnosticados.....	65
3.6. Prácticas autolesivas e ideación suicida	68
4. Bienestar emocional	77
4.1. Satisfacción, felicidad y autoestima	77
4.2. Estrés en la vida cotidiana	84
4.3. Preocupación por la imagen externa	86
5. Redes de apoyo y soledad	88
5.1. Red social de apoyo.....	88
5.2. Grado de conflictividad familiar	92
5.3. Soledad no deseada	94
6. Servicios médicos y medicación	100
6.1. Asistencia sanitaria.....	100
6.2. Consumo de medicamentos.....	102
6.3. Consumo de psicofármacos.....	105
7. Situaciones de riesgo.....	107
7.1. Preocupación ante determinados riesgos	107
7.2. Situaciones de violencia sufridas.....	110
7.3. Realización de comportamientos de riesgo.....	112
CONCLUSIONES	117
BIBLIOGRAFÍA	137
ANEXOS.....	141
Anexo 1. Detalles de la muestra	142
Anexo 2. Cuestionario.....	143

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El **Barómetro** sobre **Salud y Bienestar** es un estudio que realizamos en el **Centro Reina Sofía de Fad Juventud** desde el año 2017 bienalmente. Para **Fundación Mutua Madrileña** y **Fad Juventud** resulta estratégico contar con una herramienta de análisis longitudinal que nos permita medir y entender la percepción juvenil sobre su estado de salud en un sentido amplio, para analizar tendencias y poder aportar datos que contribuyan a complementar otros disponibles, como los que proporciona la Encuesta Nacional de Salud cada cinco años.

El **Barómetro** atiende a dimensiones diversas que dan cuenta de las vivencias del bienestar o malestar juvenil, de su nivel de felicidad (o infelicidad), los sentimientos de soledad que experimentan, su grado de satisfacción con la vida, el tipo de rutinas y hábitos de vida saludable que practican, los riesgos a los que se exponen o como describen su bienestar y salud mental, en un continuo que incluye la posible presencia de patologías tipificadas pero que no se agota con ellas, sino que tiene en cuenta malestares y problemas de diferente grado e intensidad, que no implican, necesariamente, una enfermedad. Y todo ello analizando variables sociodemográficas que marcan diferencias significativas en la descripción y vivencia de la salud, como la edad, el género o la carencia material de los hogares.

Las baterías de preguntas se han ido adaptando y afinando en las sucesivas ediciones, matizando temáticas que el equipo de investigación ha considerado necesario y pertinente incluir, pero se han tratado de mantener en su mayoría para asegurar la comparabilidad a lo largo de los años y analizar cambios y tendencias. Cambios que se identificaron especialmente entre la recogida de datos del año 2019 y de 2021, por el impacto de la pandemia y sus estragos en las vivencias de adolescentes y jóvenes, significativamente evidente en algunos ítems, como en la caída del porcentaje de quienes decían gozar de buena salud que, en ese periodo de dos años entre ambos estudios, cayó 23 puntos; o en el incremento de la percepción de haber padecido problemas relacionados con la salud mental, tendencia en aumento desde 2017.

A la juventud, en principio y en términos generales, se le presupone buena salud. Por edad no es un periodo vital marcado por problemas de salud y, sin embargo, en los últimos 10 años, el interés por el estado de la salud entre la población joven y, especialmente, el foco en la salud mental y su posible deterioro, ha ido en aumento. Buena cuenta de ello es, por ejemplo, la forma en la que se ha ido incorporando en los informes de juventud que realiza cada cuatro años el INJUVE.

El último Informe Juventud en España 2024 (Feixa et al., 2025) incluye un capítulo específico sobre "Salud y bienestar mental en la juventud", fruto de la necesidad de dar cuenta de la crisis sanitaria y sus consecuencias entre la juventud y, ya en el informe anterior de 2020 (Simón et al., 2021), fue necesario realizar una toma de datos adicional para entender el nuevo escenario tras la COVID-19 —la exposición a la enfermedad, el comportamiento durante el confinamiento y los impactos psicológicos y en el estado de ánimo—. Pero estudios previos no otorgaban un espacio tan relevante

a la salud juvenil, ámbito que presentaba elevados niveles de satisfacción y no parecía representar un problema que requería una especial atención; de hecho, en el Informe Juventud en España 2016 (Benedicto et al., 2017), más del 83% de jóvenes mostraba una elevada satisfacción con su salud.

Hoy, la salud y el bienestar emocional de adolescentes y jóvenes sí ocupa un lugar señalado en el debate social, y la salud mental a estas edades se analiza en diversos informes, estudios y propuestas de políticas públicas que atienden la especificidad de su manifestación a estas edades. De hecho, han sido reclamaciones habituales en este ámbito la necesidad de derribar tabúes, estereotipos y resistencias a la hora de identificar y mostrar problemas de salud mental- tradicionalmente asociados a la exclusión social, lo irreversible y el deterioro- para avanzar hacia una comprensión de la complejidad del fenómeno y de su transversalidad; así como la importancia de contar con datos que permitan establecer protocolos ajustados y eficaces para atender a adolescentes y jóvenes, y el contar con recursos de atención y asistencia accesibles y suficientes para dar respuestas a esta población y a su entorno. Unas demandas todavía vigentes, pero a las que además se suma la preocupación por una posible patologización de los malestares y, en consecuencia, a una búsqueda de respuestas y soluciones que pueda no ajustarse a la dimensión del problema y la necesidad de diagnósticos.

La incertidumbre ante el presente y el futuro en una sociedad que cambia a toda velocidad, la sucesión de crisis (económicas, de salud, medioambientales o bélicas) y la propia adolescencia como periodo vital de transformaciones que hay que aprender a gestionar, traen consigo, sin duda, emociones muy diversas a las que hoy mucha población joven se refiere en términos clínicos: tener ansiedad, estar deprimido/a o padecer estrés, entre otros, son conceptos incorporados al lenguaje cotidiano que han ganado terreno a otras formas de referirse a estados anímicos, como el estar nervioso/a, sentir tristeza o mostrar preocupación. Sensaciones y vivencias que forman parte de la vida cotidiana y que, necesariamente, no implican un problema de salud mental. Así pues, nos enfrentamos a un reto complejo: no patologizar cualquier malestar y, al mismo tiempo, no invisibilizar y poder identificar problemas de salud mental para tratarlos adecuadamente.

Con esta edición del **Barómetro** de 2025 queremos contribuir al debate, generar datos y aportar una mirada a la evolución de la percepción del estado de salud juvenil en los últimos 10 años: qué elementos se mantienen y cuáles varían a lo largo de la serie, qué preocupa más o qué peso se otorga a diferentes cuestiones, cómo se entiende el cuidado del físico o los estados emocionales, cuál es la asunción y exposición a riesgos (como los consumos de sustancias, las violencias o los riesgos al volante), qué elementos generan más insatisfacción y preocupación y cuál es la red de apoyo, el sostén, con el que se cuenta para afrontarlos. Y mostraremos variables que marcan una mejor o peor vivencia del estado de la salud, determinantes sociales que también influyen en la salud y que contribuyen a generar expectativas y presiones plurales y un horizonte de posibilidades muy diverso: ser mujer, tener un menor nivel de estudios, vivir en hogares con carencias materiales y sentir soledad, son sin duda elementos que veremos imprimen una mayor vulnerabilidad e implican mayores niveles de malestares físicos y emocionales entre la juventud.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Como continuación de la serie de **barómetros de salud y bienestar juveniles** que el **Centro Reina Sofía de Fad Juventud** y la **Fundación Mutua Madrileña** llevan años desarrollando, este informe del año 2025 prosigue con el análisis de la **percepción de los y las jóvenes entre los 15 y los 29 años de edad residentes en España sobre temas relacionados con su salud y su bienestar, sus expectativas de futuro, sus redes de apoyo y su exposición a conductas de riesgo y a la violencia.**

Se trata, en suma, de conocer cómo la población joven española entiende y valora sus propias circunstancias, su desarrollo vital, los problemas que deben abordar y sus perspectivas de futuro.

Todos estos temas se han estructurado en **cuatro grandes objetivos**, que serán detalladas en los capítulos correspondientes:

- Analizar el **estado de salud** de los y las jóvenes (tanto salud física como psicológica) y sus determinantes, así como sus hábitos en torno a la salud.
- Conocer las valoraciones acerca de la **satisfacción actual** que tienen los y las jóvenes, sus niveles de estrés y felicidad, para poder **entender sus grados de bienestar.**
- Indagar en los contextos sociales juveniles, sus **redes de apoyo y su forma de relacionarse con la soledad.**
- Estudiar la relación de las y los jóvenes con los **riesgos, la violencia y otras situaciones problemáticas.**

La periodicidad bienal en los barómetros (barómetros de salud y bienestar de los años 2017¹, 2019², 2021³ y 2023⁴) permite desarrollar análisis longitudinales que reflejan tendencias. A lo largo del informe se incluirán reflexiones, siempre que existan datos comparables, para explorar el modo en el que la percepción de la salud juvenil ha ido evolucionando en la última década.

¹ <https://www.centroreinasofia.org/publicacion/barometro-vidaysalud-2017/>

² <https://www.centroreinasofia.org/publicacion/barometro-juvenil-2019-saludybienestar/>

³ https://www.centroreinasofia.org/publicacion/barometro_salud_bienestar/

⁴ <https://www.centroreinasofia.org/publicacion/barometro-salud-2023/>

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

En esta nueva edición del **Barómetro**, como en años anteriores, se implementa una **metodología cuantitativa** para la recogida de información. Concretamente, la **encuesta online**. A continuación, se presentan los detalles metodológicos.

Ficha técnica

UNIVERSO. Jóvenes de 15 a 29 años residentes en España.

DISEÑO MUESTRAL

- *Técnica de recogida de información:* encuesta online con cuestionario cerrado.
- *Tamaño de la muestra:* 1.511 participantes.
- *Selección de la muestra entrevistada:* personas inscritas en panel online.
- *Tipo de muestreo:* muestreo estratificado por afijación proporcional.
- *Cuotas:* se establecen cuotas a partir de la afijación proporcional; género (hombre, mujer y otro⁵), grupos de edad (15-19, 20-24 y 25-29 años) y nivel de estudios (hasta secundaria obligatoria, secundaria post obligatoria y enseñanzas superiores).
- *Ponderación:* muestra ponderada para ajustar los desequilibrios en la variable "nivel de estudios".
- *Error muestral:* bajo supuesto de muestreo aleatorio simple (MAS) y máxima heterogeneidad ($p=q=0,5$) y con un nivel de confianza del 95%, el error es $\pm 2,5\%$.

FECHA DE REALIZACIÓN. El trabajo de campo se realizó en marzo y abril de 2025.

Explotación estadística

- *Análisis univariados.* Se han calculado frecuencias absolutas y relativas (%) para todas las variables. También se han calculado los promedios (excluyendo Ns/Ns) para las variables de escala. Para algunas preguntas de escala (escalas de valoración, grado de acuerdo, etc.) se han agrupado las categorías para tratarlas como variables nominales, normalmente asumiendo las categorías entre 7 y 10 como de "acuerdo alto", "impacto alto", etc.; las categorías 4 a 6 como "medio"; y las de 0 a 3 como "bajo".
- *Análisis bivariados.* Mediante el cruce de las preguntas con variables sociodemográficas; en general, con género, edad, estudios, convivencia, actividad, tamaño de hábitat de residencia, clase social auto percibida, posicionamiento ideológico y carencia material. Para dichos cruces se han calculado las frecuencias absolutas y relativas (% de columna), así como las pruebas de significatividad chi-cuadrado (χ^2).

⁵ Nota metodológica. La escasa proporción de casos en la categoría "otro" de la variable de género (menos del 1% de la muestra) imposibilita su análisis por separado, al no ser estadísticamente fiable, por lo que se han excluido de los cruces por género. Sin embargo, estas personas sí se tienen en cuenta para el resto del análisis.

Construcción y recodificación de variables

A continuación, se explica la **forma en que se han construido algunas de las variables utilizadas en el análisis**. Todas estas variables se han utilizado en la explotación estadística, aunque no todas ellas se muestran finalmente en el informe.

Nivel de estudios

Esta variable tiene originalmente 9 categorías: 1) Primaria o menos que primaria; 2) Secundaria obligatoria 1ª etapa (1º, 2º y 3º ESO); 3) Secundaria obligatoria 2ª etapa (4º ESO, PCPI, FP básica); 4) Secundaria posobligatoria (Bachillerato); 5) FP media; 6) FP superior; 7) Universidad; 8) Posgrado, Máster, Doctorado; 9) Otro título oficial.

Estas categorías se recodifican en 3, excluyendo de los análisis la categoría "Otro título oficial":

- 1) *Hasta estudios secundarios obligatorios*: 1) Primaria o menos que primaria + 2) Secundaria obligatoria 1ª etapa (1º, 2º y 3º ESO).
- 2) *Estudios secundarios posobligatorios*: 3) Secundaria obligatoria 2ª etapa (4º ESO, PCPI, FP básica); 4) Secundaria postobligatoria (Bachillerato); 5) FP grado medio.
- 3) *Estudios superiores*: 6) FP grado superior + 7) Universidad + 8) Postgrado, Máster, Doctorado.

Carencial material

Para la construcción de esta variable se parte de la pregunta: «*Teniendo en cuenta los ingresos de tu unidad familiar o aquellas personas con las que planificas tus gastos, ¿puedes indicar si hay alguna de las siguientes acciones que no puedas o no hayas podido realizar en los últimos 12 meses?*»; cuyas categorías de respuesta son 8 situaciones que permiten medir la vulnerabilidad socioeconómica o el riesgo de pobreza: 1) Ir de vacaciones al menos una semana al año; 2) Mantener la casa a una temperatura adecuada; 3) Afrontar gastos imprevistos en un mes; 4) Afrontar sin retrasos el pago de recibos, préstamos, hipotecas, alquiler, etc.; 5) Ahorrar parte de mis ingresos mensuales o que en mi hogar se pueda ahorrar parte de los ingresos mensuales; 6) Darte algún capricho al menos una vez al mes (ir de compras, renovar tecnología, etc.); 7) Disponer de ordenador (de cualquier tipo) en el hogar; 8) Participar regularmente en actividades de ocio tales como cenar fuera de casa, ir al cine, conciertos, teatro, salir de copas, etc.

Los resultados se agrupan en tres categorías según el número de menciones negativas, es decir, de situaciones que NO pueden realizar las personas encuestadas:

- 1) *Ninguna carencia material*: entre 0 y 1 menciones.
- 2) *Carencia material leve*: entre 2 y 4 menciones.
- 3) *Carencia material severa*: entre 5 y 8 menciones.

Esta variable es una adaptación para la población joven de la tasa AROPE (At Risk of Poverty and/or Exclusion)⁶, que sirve para medir el riesgo de pobreza o exclusión social,

⁶ Más información sobre la tasa AROPE: <https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/metadatos.htm?idSub=183/> <https://www.youtube.com/watch?v=6sogIPkYn9Y>.

elaborada por el Instituto Nacional de Estadística a partir de la "Encuesta de condiciones de vida"⁷.

Problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental

El estudio pregunta sobre malestares y problemas de esta índole, sobre un continuo amplio que incluye malestares que pueden vivirse de forma diversa y revertir diferente gravedad e intensidad. Y hace referencia a la percepción juvenil sobre dichos malestares y problemas, no necesariamente a diagnósticos.

⁷ Encuesta de condiciones de vida (INE): <https://www.ine.es/uc/PJA18e5z>.

PRINCIPALES HALLAZGOS

PRINCIPALES HALLAZGOS

PERCEPCIONES SOBRE LA SALUD

Autopercepción del estado de salud

- El **64,9% de jóvenes afirma tener un estado de salud bueno o muy bueno** y solo el 7,7% considera que su estado de salud es malo o muy malo.
- El **género es una variable clave**, siendo los **hombres quienes declaran tener un mejor estado de salud**: 71,9% de ellos lo define como bueno o muy bueno (57,7% las mujeres).
- Se ha producido un **cambio de tendencia** en los datos a partir de 2023, mejorando el estado de salud: quienes declaran tener un buen o muy buen estado de salud pasa del 53,6% al 64,9%. Se invierte la tendencia negativa que se venía registrando de 2017 a 2023.

Preocupación por la salud

- Un **72,3% de jóvenes se preocupa mucho o bastante por su salud** y únicamente el 8,7% afirma preocuparse poco o nada.
- Las **mujeres tienden a mostrar una mayor preocupación por su salud que los hombres** (un 77,3% ellas y un 67,5% ellos, afirman preocuparse mucho o bastante).
- El **porcentaje de alta preocupación se incrementa a medida que avanza la edad** (64,7% el grupo de 15 a 19 años y 77% entre los 25 y 29 años).
- Aumenta la preocupación por la salud, ya que se **incrementa el porcentaje de alta preocupación desde 2023 (66,1%) a 2025 (72,3%)** y se reduce el porcentaje de baja o nula preocupación (11,8% en 2023 y 8,7% en 2025), cambiando la tendencia se venía registrando desde 2021.

SALUD FÍSICA Y ESTILO DE VIDA

Estilo de vida saludable

- La **mayoría de jóvenes considera que lleva un estilo de vida bastante o muy saludable (68,1%)** aunque 3 de cada 10 afirman llevar un estilo de vida poco saludable (29,5%).

- Hay algunas diferencias por edad: entre los **15 y 19 años se ven posiciones más polarizadas**, con un mayor porcentaje que afirma tener un estilo de vida poco o nada saludable (34,6%) y a su vez un mayor porcentaje que percibe lo contrario (19,6%). **A medida que avanza la edad el porcentaje de "muy saludable" se ve reducido, pero se incrementa el "bastante saludable"** (un 58,5% para el grupo de 25 a 29 años).
- Los **estilos de vida juveniles se han hecho más saludables en los últimos años**: el porcentaje que afirma llevar un estilo de vida bastante o muy saludable crece del 60,5% en 2021 y 2023 al 68,1% en 2025.

Autopercepción de la forma física

- **8 de cada 10 jóvenes consideran tener una forma física aceptable, buena o excelente (83,2%)**, aunque solo 1 de cada 10 se sitúa en esta última categoría (10,1%). Por otro lado, el 16,1% afirma que su forma física es deficiente o mala.
- El género es determinante, siendo **los hombres quienes consideran que tienen una forma física buena o excelente (52,1%) en mayor medida que las mujeres (42,5%)**.
- Se registra una **mejora en los últimos años**: en 2023 el 37,4% afirmaba tener una forma física buena o excelente y en 2025 el porcentaje pasa a ser del 47,8%.

Ejercicio y actividad física (en la actualidad)

- Una **amplia mayoría de jóvenes afirma realizar ejercicio o alguna actividad física en su tiempo libre** (el 87,6% frente al 11,2% que no hace ejercicio).
- El **porcentaje de mujeres que no realiza ninguna actividad física casi triplica al de los hombres** (16,6% ellas y 6% ellos), y también son los **hombres quienes se ejercitan con más frecuencia** (un 47,9% lo hace varias veces a la semana o todos los días frente al 36,9% de las mujeres). **La edad muestra que el grupo de 20 a 24 años se ejercita más que el resto** (un 47,1% varias veces a la semana, superando en más de 10 puntos porcentuales a los otros grupos).
- Los **principales motivos mencionados para hacer ejercicio** son sentirse saludable (39,7%), verse mejor estéticamente (32%) y liberar tensiones o estrés (30,1%). Las **mujeres destacan por encima de los hombres en las tres motivaciones principales**, mientras que los hombres destacan en motivos como la diversión (24,4% ellos y 11% ellas) o la autodisciplina (14% ellos y 7,1% ellas). Jóvenes de más edad realizan ejercicio en mayor medida por motivos asociados a la salud, mientras que los y las más jóvenes lo hacen por estética.
- La **evolución de los datos muestra desde 2021 un incremento constante en el porcentaje de jóvenes que afirman ejercitarse** todos los días o varias veces a la semana (pasando del 21,1% en 2021 a 42,6% en 2025).

Cuidado de la alimentación

- **Más de la mitad de jóvenes afirma cuidar bastante o mucho su alimentación (56,2%)** frente al 42,7% que declara cuidarla poco o nada.
- Los **hombres superan ligeramente a las mujeres** en el cuidado de la alimentación (57,8% ellos, 54,4% ellas).
- El cuidado de la alimentación **aumenta a medida que se incrementa la edad** (un 45,6% en el grupo de 15 a 19 años y un 60,9% en el grupo de 25 a 29 años afirma cuidar bastante o mucho su alimentación).
- Entre **2023 y 2025 se observa una mejora** en el porcentaje de jóvenes que afirman cuidar bastante o mucho la alimentación (pasando del 38% al 56,2%).

Seguimiento de dietas (alguna vez en la vida y en la actualidad)

- Un **57,3% afirma haber realizado una dieta para adelgazar** alguna vez y un **47,6% ha llevado a cabo alguna dieta para engordar** o ganar masa muscular alguna vez en su vida.
- Las **mujeres superan a los hombres en la realización de dietas para adelgazar** (61,7% ellas y 53% ellos) y lo **contrario** ocurre en las dietas **para ganar peso** (36,3% ellas y 58,4% ellos).
- Los **principales motivos para realizar dietas de adelgazamiento** son sentirse más saludable (58,8%), verse mejor estéticamente (57,4%) y mejorar la autoestima (42,2%). **Sentirse saludable es más mencionado por hombres (70,8%) que por mujeres (48%) y la misma tendencia se observa en cuanto a la estética** (59,8% ellos y 55,2% ellas) pero se registra lo contrario en relación a la autoestima (34,3% ellos y 49,3% ellas).
- **Por edad**, la estética es más mencionada por los y las más jóvenes y la salud y la autoestima por el grupo de 25 a 29 años.
- La **comparativa con cortes temporales anteriores** muestra **cierta estabilidad en la frecuencia** con la que se realizan dietas, pero también un **incremento paulatino desde 2017 en el porcentaje de jóvenes que afirman seguir una dieta en el momento de realización de la encuesta** (pasando del 11,1% en 2017 a 18,7% en 2025).

SALUD MENTAL

Problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental (último año)

- Un **43,5% de jóvenes afirma no haber tenido problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental en el último año**, frente a un **54,7% que sí los ha tenido**. De éstos, un **15,8% declara tenerlos con frecuencia o continuamente**.

- Las **diferencias por género** son muy marcadas y las **mujeres registran datos más negativos**. Un 38,2% afirma no haber tenido problemas de salud mental frente al 48,6% de los hombres.
- El **grupo de 15 a 19 años** se diferencia del resto por ser **quienes afirman en mayor medida no haber tenido problemas (48,3%)** y a su vez quienes mayores porcentajes registran en la categoría de con frecuencia o continuamente (17,7%).
- El **análisis longitudinal muestra una tendencia positiva entre 2023 y 2025**, pasando de 36,6% a 43,5% quienes afirman no haber tenido problemas de salud mental en el último año. Esta evolución rompe con la tendencia negativa que se venía registrando desde 2017 (en ese año se registró un 66,2% de jóvenes que afirmaban no tener problemas, llegando al punto más bajo en 2023).

Malestares y síntomas vinculados a la salud mental (últimos 6 meses)

- Los **problemas más experimentados con frecuencia en los últimos 6 meses** son el cansancio y la falta de energía (52,3%), la falta de concentración (47,6%), la tristeza (45%), el desinterés (44,4%), la incertidumbre (43,2%) y el insomnio (42,3%).
- En todos los problemas mencionados **las mujeres superan a los hombres en 10 puntos porcentuales aproximadamente**.
- Aunque las diferencias son menos marcadas por edad, se observa que **el grupo de 20 a 24 años tiende a mencionar que sufre con mayor intensidad estos malestares**.
- La evolución de los datos muestra que las categorías experimentadas con mayor frecuencia se han incrementado desde 2023, aunque su incidencia era mayor en 2021. La **única problemática que se viene incrementando desde 2021** es la sensación de **ansiedad** (31,4% en 2021 a 39,8% en 2025), aunque también ha aumentado respecto a 2021 el cansancio o falta de energía (47,9% en 2021, 46,2% en 2023 y 52,3% en 2025).
- Atendiendo al **número de síntomas o problemas experimentados de forma agrupada**, cerca de la mitad de jóvenes afirma experimentar **más de cinco problemas o síntomas (un 58% en el caso de las mujeres y un 38,7% en el caso de los hombres)**.
- El grupo de edad de 20 a 24 años destaca por encima del resto en la acumulación de más de cinco problemáticas (54%).

Apoyos sociales frente a problemas de salud mental

- Un **22,6% de jóvenes con problemas de salud mental afirma no hablar con nadie del tema**. Quienes sí comparten sus problemas lo hacen principalmente con su familia (31,9%), sus amistades (27,6%) y con profesionales de la salud (27,3%).

- En general, **los hombres tienden a compartir menos sus problemas que las mujeres (24% ellos y 21,4% ellas)**. Las mujeres hablan más con su familia (34,7% ellas y 28,6% ellos).
- Por edad, el grupo intermedio comparte más que el resto con su familia y jóvenes de 25 a 29 años hablan más que el resto con su grupo de pares y con profesionales.
- Los **principales motivos que llevan a no hablar con nadie de sus problemas** son que los pudieron resolver por su cuenta (33,4%), seguido de la sensación de vergüenza (27,2%) y de no querer contarle a nadie lo que les pasa (25,8%). Las **mujeres** mencionan más que los hombres el no querer contarle a nadie su problema (29,3% ellas y 22,3% ellos) y el miedo a ser juzgadas o excluidas (24,1% ellas y 13,4% ellos), mientras que los **hombres** mencionan más la vergüenza (29,6% ellos y 24,8% ellas).

Ayuda profesional ante problemas de salud mental

- La **mayoría de jóvenes con problemas de salud mental afirma no haber buscado ayuda profesional (72,7%)**. Quienes sí acudieron a profesionales lo hicieron principalmente a un/a psicólogo/a (17,6%) o a un psiquiatra (11,2%). Concretamente, **lo más habitual es la consulta psicológica privada** (49,0% de quienes declararon malestares mentales y buscaron ayuda profesional lo hizo); le sigue la consulta psiquiátrica de la sanidad pública (30,5%) y la consulta psicológica pública (26,8%). También cabe resaltar la búsqueda de ayuda en servicios sanitarios de atención primaria (23,5%).
- Un **porcentaje ligeramente superior de hombres afirma no haber buscado ayuda profesional** en comparación con las mujeres (73,8% ellos y 71,8% ellas) y **ellas destacan especialmente a la hora de acudir a un/a psicólogo/a (21,8% ellas y 12,9% ellos)**.
- El principal **motivo para no buscar ayuda profesional** es el **coste** (31,3%), seguido de considerar que el problema no era tan grave (24,3%), poder resolverlo por su cuenta (22,4%) y la vergüenza (18,7%).
- Las **mujeres duplican el porcentaje de hombres que afirma no poder recurrir a ayuda profesional por el coste del servicio (41,8% ellas y 19,8% ellos)**. Este motivo también es mucho más mencionado entre jóvenes de 25 a 29 años (41%) que por el resto (por debajo del 30%). Los demás motivos tienden a ser más mencionados por los hombres, especialmente la sensación de vergüenza (24,6% ellos y 13,3% ellas), y por los grupos de menos edad.

Trastornos diagnosticados (alguna vez en la vida)

- Un **55,2% de jóvenes afirma no tener ningún trastorno diagnosticado** por profesionales de la salud, siendo los **principales trastornos** la ansiedad, pánico o fobias (17,9%), la depresión (15,7%), el TDAH (9,2%) y los trastornos de alimentación (5,8%).

- Las **mujeres superan a los hombres en la mayoría** de trastornos, especialmente en los trastornos por ansiedad, pánico o fobias (24,6% ellas y 11,5% ellos), la depresión (17,8% ellas y 13,7% ellos) y los trastornos de la alimentación (8,4% ellas y 3,4% ellos). Los hombres superan a las mujeres en el diagnóstico de TDAH (11,3% ellos y 7% ellas).
- Se observa una **ligera mejora en los trastornos diagnosticados**, ya que desde 2023 aumenta el porcentaje de jóvenes con ningún trastorno, de 50,0% a 55,2% en 2025, aunque no llegan a alcanzarse los datos de 2021 (60,4%).

Ideación y prácticas autolesivas (alguna vez en la vida)

- Casi la **mitad de jóvenes afirman haber experimentado alguna vez ideas autolesivas (47,1%)**, el 10,9% con frecuencia; y **un 34,7% se ha autolesionado alguna vez**, el 6,8% con frecuencia.
- Las **diferencias por género son relevantes**, puesto que **las mujeres superan a los hombres** tanto en las ideas (49,9% ellas y 44,4% ellos) como las prácticas autolesivas (36% ellas y 33,5% ellos). No obstante, los hombres llevan a cabo prácticas autolesivas con alta frecuencia más que las mujeres (18,3% ellos y 14,6% ellas).
- La **edad** marca tendencias claras: son **los y las menores de 24 años quienes más experimentan tanto ideas como prácticas autolesivas**, 10 puntos porcentuales más que en el grupo de 25 a 29 años.

Ideación suicida (alguna vez en la vida)

- El **56% de jóvenes declara no haber experimentado nunca ideas suicidas**, pero un **43% sí las ha tenido alguna vez**, un 7,6% con frecuencia.
- Por género, el porcentaje de **mujeres que experimentan ideas de suicidio (43,2%) es algo superior al de los hombres (42,7%)**, no obstante, en la alta frecuencia destacan los hombres (17,9% ellos y 13,4% ellas). En cuanto a la edad, **los y las menores de 24 años vuelven a ser quienes más experimentan la ideación suicida** (un 44,2% el grupo de 15 a 19 años, un 46,4% de 20 a 24 años y un 38,8% de 25 a 29 años).
- La **perspectiva longitudinal es positiva** puesto que se rompe la tendencia al empeoramiento que se venía registrando entre 2017 y 2023. **En 2023 un 47% de jóvenes nunca habían tenido ideas suicidas y en 2025 el porcentaje se eleva hasta el 56%**, llegando a niveles de 2019.
- Atendiendo a los **tipos de ideación suicida** registrados, vemos cómo la idea de que **la vida no merece la pena, desear estar muerto/a o pensar en quitarse la vida, aunque sin querer hacerlo realmente, ha sido experimentada por 2 de cada 10 jóvenes** aproximadamente, mientras que un **11,4% ha llegado a considerar o planear realmente el suicidio y un 6,2% afirma haber intentado quitarse la vida**. En todos los ítems el porcentaje de mujeres supera a los hombres y, por edad, el grupo más joven es el que destaca en los tres primeros ítems, mientras que entre los 20 y 24 superan al resto en los dos últimos.

BIENESTAR Y REDES DE APOYO

Satisfacción con la vida

- **Los vínculos familiares y sociales son los que más satisfacción generan** (el 61,5% de los y las jóvenes afirma sentir una satisfacción alta con su familia, el 57,7% con sus amistades y el 48,2% con su pareja).
- Los **estudios o el trabajo y la situación económica son los aspectos que registran menor satisfacción** (23,3% y 29% de baja satisfacción respectivamente).
- El **porcentaje de hombres que declara sentir una alta satisfacción es superior que el de las mujeres en todas las categorías, excepto la pareja y las relaciones sexuales**. En la apariencia física se registra la mayor diferencia (48,8% ellos y 40,4% ellas).
- Según la edad, las personas de 15 a 19 años **perciben una menor satisfacción que el resto** de cohortes en todas las categorías.

Grado de felicidad

- La **mayor parte de la juventud considera tener un grado de felicidad alto (49,3%)**, frente al 32,7% y el 10,3% que afirman tener un nivel de felicidad medio y bajo respectivamente.
- Se observa cierta **estabilidad en el nivel de felicidad juvenil de los últimos años**. Se mantiene en cifras parecidas el porcentaje de jóvenes que afirma tener un grado alto de felicidad (cerca de la mitad) y un grado bajo de felicidad (1 de cada 10 aproximadamente).

Grado de autoestima

- **La mayoría de los y las jóvenes afirman tener una autoestima alta (45,5%)**, seguido de una autoestima media (37,4%) y únicamente el 15,2% indica tener un nivel bajo.
- Los **hombres que afirman tener una autoestima alta (49%) superan en 7 puntos a las mujeres (41,8%)** y casi el doble de las mujeres que de hombres afirman tener una autoestima baja (19,2% ellas y 11,3% ellos).
- Por edad, es **el grupo de 15 a 19 años el que peores datos muestra** (un 18% afirma tener una autoestima baja frente al 12,5% entre los más mayores).

Estrés en la vida cotidiana

- Los aspectos de la vida cotidiana que generan **más estrés** están relacionados con la **preocupación por el futuro** (mencionada por un 35% de jóvenes), la **situación económica** (34,2%), los **estudios** (31,9%) y el **trabajo** (27,7%).

- Las **mujeres superan a los hombres en casi todos los estresores**, destacando dos principales: la incertidumbre (38,1% ellas y 31% ellos) y la situación económica (35,7% ellas y 32,8% ellos). Los hombres únicamente superan a las mujeres en la categoría trabajo (24,8% ellas y 30,4% ellos).
- Los **grupos de edad marcan en función de la etapa vital**, por ejemplo, las personas más jóvenes se preocupan más por su formación (46,5% frente al 17,6% en el grupo de 25 a 29 años) y el grupo de más edad por su situación laboral (41,2% frente 13,9% en el grupo de 15 a 19 años).

Preocupación por la imagen externa

- El **35,9% afirma preocuparse mucho o bastante por lo que piensen otras personas de su aspecto físico** y únicamente el 12,7% afirma no preocuparse en absoluto. La mayor parte de jóvenes se concentran en categorías intermedias de preocupación (50,3%).
- Las **mujeres se preocupan considerablemente más que los hombres** por la imagen que genera su aspecto físico, hasta el 44,7% se preocupa mucho o bastante frente al 27,5% de los hombres. Por edad, **el grupo de 20 a 24 años destaca por encima del resto** en la preocupación alta por su imagen externa (un 41,2%, frente al 35,4% de los y las más jóvenes y el 31,2% que indican los y las de más edad).
- Los **anteriores cortes del barómetro** muestran que **entre 2021 y 2023 se registró cierta estabilidad** en los datos, y **entre 2023 y 2025 se ha producido un claro incremento en el porcentaje de jóvenes que afirman preocuparse mucho o bastante**, pasando del 20,5% en 2023 al 35,9% en 2025.

Red social de apoyo y conflictividad familiar

- Un **79,7% afirma contar con suficientes personas en su entorno cercano que puedan ayudarles** cuando tengan problemas y un **67,1% afirma además que, cuando tiene preocupaciones o problemas, las comparte con su entorno**.
- El porcentaje de **hombres que consideran tener una buena red social de apoyo es algo superior** al de mujeres (83,5% ellos y 75,7% ellas), no obstante, las **mujeres comparten en mayor medida sus problemas** (69,6% ellas y 64,8% ellos). La edad muestra una tendencia similar, **los y las más jóvenes que afirman tener una buena red social de apoyo es superior al resto, pero son quienes menos comparten** sus problemas.
- Cerca de la mitad de los y las **jóvenes afirman que sus relaciones familiares no son nada conflictivas (46,8%)**, sin embargo, para el **11,2% son bastante o muy conflictivas**.

- Las diferencias sociodemográficas indican que las relaciones familiares **tienden a ser más conflictivas para las mujeres** que para los hombres (57% ellas y 49,6% ellos). Además, **la conflictividad se va reduciendo a medida que se incrementa la edad**. El porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años con relaciones nada conflictivas es del 37,6% mientras que en el grupo de 25 a 29 años es del 54,8% (aunque las relaciones bastante o muy conflictivas apenas varían).

Sensación de soledad no deseada (último año)

- La soledad no deseada está muy extendida, **únicamente el 11,7% afirma no haberla experimentado nunca y el 26,5% afirma sentirla con frecuencia o continuamente** en el último año.
- Las **mujeres sienten más soledad no deseada que los hombres**, especialmente al poner el foco en la alta frecuencia (32,2% ellas y 21% ellos).
- Por edad, es **el grupo de 20 a 24 años el que más experimenta soledad no deseada**, únicamente el 7,7% afirma no sentirla nunca mientras que en el grupo de menos años es el 17,2%, y el grupo de más años el 11,3%.
- Comparando los **datos de los últimos años** se observa un ligero incremento en el porcentaje de personas que han sentido soledad no deseada, pasando **del 81,6% en 2023 al 87,5% en 2025**.
- Profundizando en otros aspectos vinculados a la soledad no deseada, se ha puesto el foco sobre **jóvenes que experimentan con frecuencia o continuamente malestar por falta de compañía (19,5%), sensación de exclusión o que te ignoren (23,6%) o dificultad para encajar o hacer amigos o amigas (29,2%)**. En todos los casos el porcentaje de mujeres supera en más de 10 puntos porcentuales al de los hombres. Por edad, la sensación de exclusión y la dificultad para vincularse a otras personas está especialmente extendida entre jóvenes de 15 a 19 años (29,5% y 33,2% respectivamente), superando en 10 puntos porcentuales a los y las mayores de 24 años.

SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICACIÓN

Asistencia a servicios sanitarios (último año)

- El 12,5% de jóvenes afirma haber acudido muchas veces algún servicio de salud en el último año. Únicamente el 7,9% afirma no haber asistido nunca a un servicio sanitario en el último año y **la mayoría acudió pocas o algunas veces (79,1%)**.
- El porcentaje de **mujeres que ha acudido muchas veces a servicios sanitarios duplica al de los hombres** (16,7% ellas y 8,6% ellos) y el porcentaje de las **personas de menos edad también es significativamente más elevado** que el resto (17,4% para jóvenes de 15 a 19 años, 12,3% para jóvenes de 20 a 24 años y 8,9% para jóvenes de 25 a 29 años).
- No ha habido apenas cambios en los últimos años en cuanto a la asistencia a servicios sanitarios. Crece ligeramente el porcentaje de quienes acuden pocas veces a servicios sanitarios, que pasa de 40,4% en 2023 a 43,9% en 2025.

Consumo de medicamentos con y sin prescripción médica (último año)

- La **mayor parte de jóvenes consumen medicamentos de forma esporádica o nunca, entre el 10% y el 30% los consumen varias veces al mes o menos.**
- Con una mayor frecuencia, entre el 5% y el 17,5%, los consumen con receta y únicamente entre el 3% y el 5% los consumen sin prescripción médica.
- El **género es clave: el porcentaje de mujeres que toman medicación con receta todos o casi todos los días es significativamente superior al de los hombres** (28,1% ellas y 19,5% ellos). También es relevante que hay más hombres que nunca consumen medicamentos (con receta 17,5% ellos y 11,3% ellas y sin receta 25,7% ellos y 20,8% ellas).
- La **edad también es relevante, siendo el grupo de 15 a 19 años el que más se diferencia**, supera al resto en más de 5 puntos porcentuales al afirmar que nunca toma medicamentos (con receta 19% y sin receta 29,7%).
- La **evolución de los datos** se mantuvo relativamente estable entre 2019 y 2023, pero en estos últimos dos años se ha registrado un aumento muy significativo en el porcentaje de jóvenes que afirman **no consumir medicación sin prescripción médica nunca o casi nunca (pasando del 35,2% en 2023 al 52,2% en 2025).**
- La **mayor parte de la población joven no ha consumido psicofármacos en el último año (un 68,8% frente al 26,4% que sí los ha consumido).** Entre quienes los han consumido la mayoría lo ha hecho con prescripción médica (13,9%). **Por género y edad no se observan grandes variaciones en los datos. Destaca el grupo de 20 a 24 años como el que más consume** psicofármacos (el 30,3% frente al 24% aproximadamente en los otros dos grupos de edad).

SITUACIONES DE RIESGO

Preocupación ante determinados riesgos

- Destaca la preocupación por **riesgos asociados a la violencia, que destacan entre los que más preocupación generan:** hay una preocupación alta por recibir **violencia física (33,7%), sufrir violencia sexual (33%)** y sufrir **acoso** en el trabajo los estudios (31,3%).
- Una **preocupación alta similar se observa ante las infecciones de transmisión sexual (32,87%) y los embarazos no deseados (31,5%).** En menor medida, riesgos asociados al consumo de drogas (25,8%) y el acoso en redes sociales (24,9%).
- Todos los riesgos generan **más preocupación entre las mujeres que entre los hombres**, destacando el de sufrir violencia física (43,3% ellas y 24,5% ellos) y violencia sexual (45,7% ellas y 20,8% ellos).

- Por lo que respecta a la **edad**, el grupo de 20 a 24 años muestra más preocupación por la violencia física y el acoso en persona, mientras que el de menos edad destaca en la preocupación por embarazos no deseados o el acoso online.

Situaciones de violencia sufridas (último año)

- **7 de cada 10 jóvenes no han sufrido acoso sexual ni violencia física directa durante el último año**, sin embargo, **más de la mitad (55,3%) ha recibido insultos**, amenazas o algún tipo de violencia verbal (el 10,8% con frecuencia).
- Los **varones sufren con mayor frecuencia violencia verbal** (42,2% ellos y 35,3% ellas) **y violencia física** (20,9% ellos y 16% ellas); no obstante, las **mujeres sufren más acoso sexual** (20,3% ellas y 16,5% ellos).
- Los cruces de edad muestran que **jóvenes de 20 a 25 años tienen una mayor exposición a sufrir violencia física** (22,9% frente al 14,5% en el grupo más joven y el 17,5% del grupo de más edad).

Realización de comportamientos de riesgo (últimos 6 meses)

- El **41,8% de jóvenes afirma que duerme poco y el 34,3% dice que come mal, ambos con frecuencia**, siendo los comportamientos de riesgo más extendidos. En menor medida, el 22,3% dice fumar, el 16,4% tiene relaciones sexuales de riesgo o sin seguridad y el 14% se emborracha con frecuencia.
- Las prácticas de riesgo menos frecuentes son el consumo de cannabis o drogas duras (el 9,4% y el 6,6% respectivamente consumen con frecuencia) y únicamente el 5% afirma participar en peleas con frecuencia.
- Las **mujeres realizan de forma más frecuente** los comportamientos que pueden parecer menos graves, esto es, **dormir poco y comer mal** (8 puntos porcentuales más aproximadamente). En **el resto de prácticas (a excepción de las relaciones sexuales de riesgo en las que no hay diferencia) los hombres se exponen con más frecuencia al riesgo**. Se pueden destacar los juegos de apuestas o el consumo de sustancias, donde el porcentaje de hombres duplica al de mujeres.
- Por **edad, son los y las más jóvenes quienes más se exponen a los comportamientos de riesgo** a excepción del consumo de tabaco, las relaciones sexuales de riesgo, las apuestas y las peleas.
- En los **riesgos vinculados a la conducción lo más habitual es subirse a un coche donde la persona que conduce está bajo los efectos del alcohol u otras drogas (33,3% admite haberlo hecho en alguna ocasión)**. En menor medida está conducir de forma temeraria (29,5%), después de haber bebido alcohol (21,2%) o de haber consumido otras sustancias (15,8%). En todos los casos **los hombres superan a las mujeres y es el grupo de edad de 20 a 24 años el que más se expone** a este tipo de comportamientos.

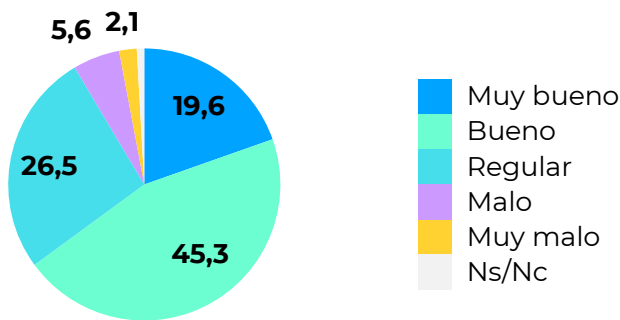
ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Percepciones sobre la salud

1.1. Autopercepción del estado de salud

La **mayor parte de la población joven en España dice gozar de buena salud**. Cuando se pregunta sobre la visión general que tienen los y las jóvenes de su salud, entendiendo ésta como un todo compuesto por la salud física y mental, el 19,6% describe su estado de salud como muy bueno y el 45,3% como bueno; es decir, el **64,9% afirma contar con un estado de salud bueno o muy bueno**.

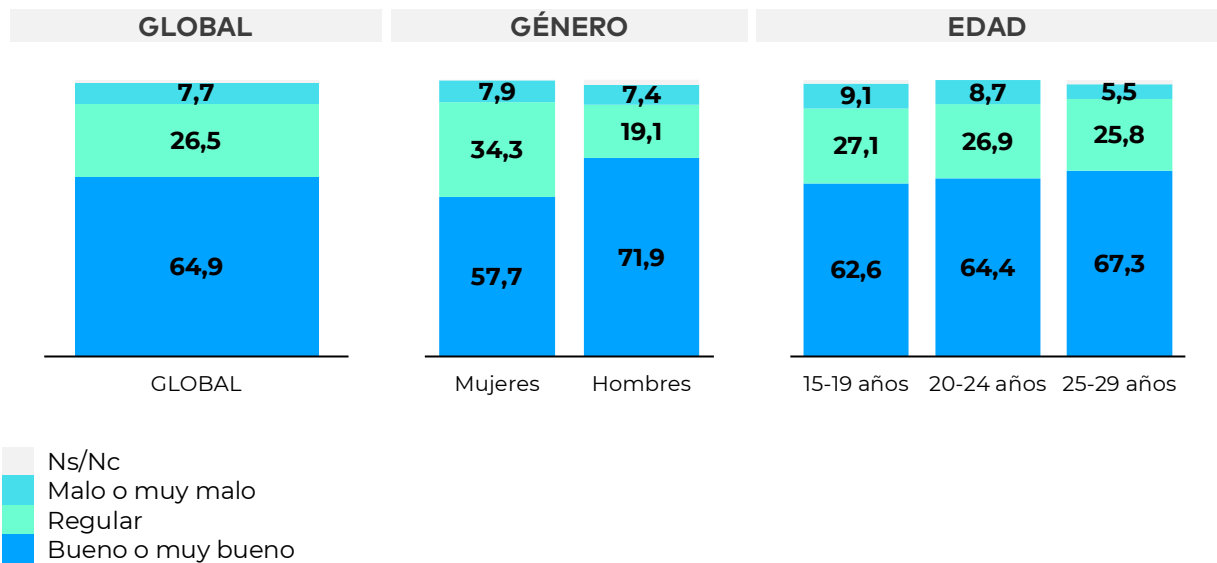
GRÁFICO 1. ESTADO DE SALUD (ÚLTIMOS 12 MESES). GLOBAL. 2025 (%)



Pregunta 27. En los ÚLTIMOS 12 MESES, en general, ¿cómo dirías que ha sido tu estado de salud? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Casi no hay jóvenes que reconozcan contar con un mal estado de salud general. Solamente el 5,6% dice tener un mal estado de salud y apenas el 2,1% lo describe como muy malo.

GRÁFICO 2. ESTADO DE SALUD (ÚLTIMO AÑO). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)

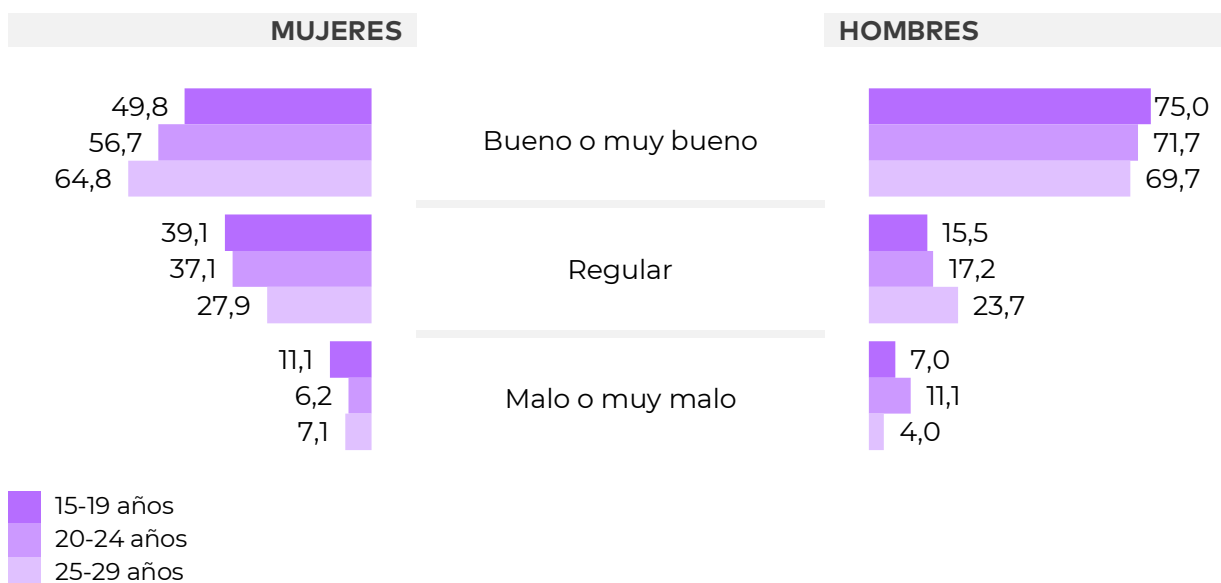


Pregunta 27. En los ÚLTIMOS 12 MESES, en general, ¿cómo dirías que ha sido tu estado de salud? Categorías recodificadas: Muy bueno (1) + Bueno (2); Regular (3); Malo (4) + Muy malo (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Por **género**, parece claro que los **hombres tienen** —al menos sienten que tienen— **un mejor estado de salud**. Alrededor de 7 de cada 10 chicos (71,9%) dicen que tienen un estado de salud bueno o muy bueno, mientras que son algo menos de 6 de cada 10 en el caso de las chicas (57,7%).

En cuanto a la **edad**, **el estado de salud declarado mejora según se cumplen años**, es decir, quienes tienen más edad declaran gozar de un mejor estado de salud que sus pares más jóvenes. Sin embargo, aunque las diferencias en los estados de salud son significativas estadísticamente según la edad, no son excesivamente grandes.

GRÁFICO 3. ESTADO DE SALUD (ÚLTIMO AÑO). GRUPOS CRUZADOS DE GÉNERO Y EDAD (%)



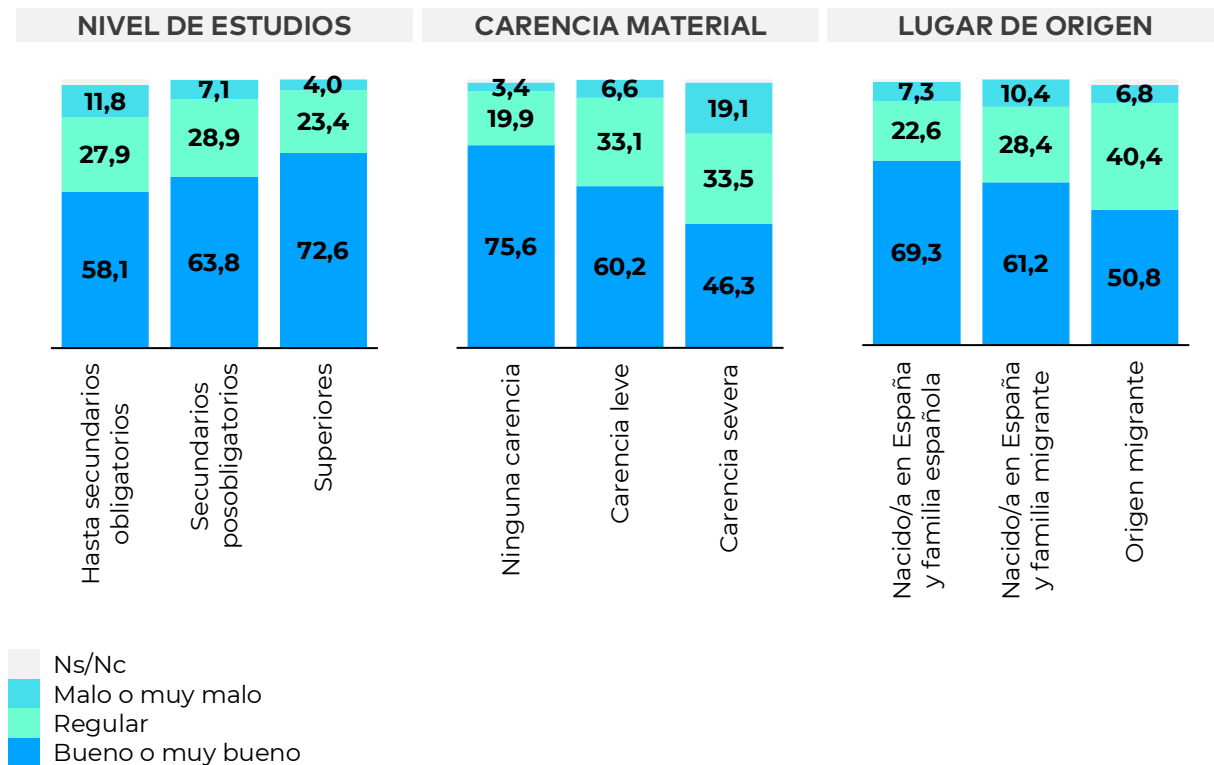
Pregunta 27. En los ÚLTIMOS 12 MESES, en general, ¿cómo dirías que ha sido tu estado de salud? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

El **análisis cruzado por género y grupos de edad** arroja interesantes observaciones al respecto del estado de salud percibido. De forma general, se comprueba una **tendencia contraria respecto a las diferencias por edad dentro de la población de mujeres y la de hombres**. Esto es, entre las mujeres son las más jóvenes las que sienten que tienen un peor estado de salud, mientras que entre los hombres son los más mayores los que declaran un peor estado de salud. Resulta interesante la muy diferente realidad que viven las chicas y los chicos adolescentes:

- Las **chicas adolescentes (15 a 19 años)** son el grupo con menor proporción de integrantes que declaran un buen estado de salud (49,8% dice tener una salud buena o muy buena), así como son el grupo con mayor proporción de malo o muy malo, junto con el de hombres de 20 a 24 años (11,1%). Es decir, las chicas adolescentes son el perfil con peor estado de salud.
- Los **chicos adolescentes (15 a 19 años)** son los más sanos desde su propia percepción: 3 de cada 4 chicos adolescentes creen que su salud es buena o muy buena.

Existen otras variables en las que se detectan diferencias significativas entre perfiles de jóvenes, como son el nivel de estudios, el riesgo de pobreza o el lugar de origen.

GRÁFICO 4. ESTADO DE SALUD (ÚLTIMO AÑO). NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)



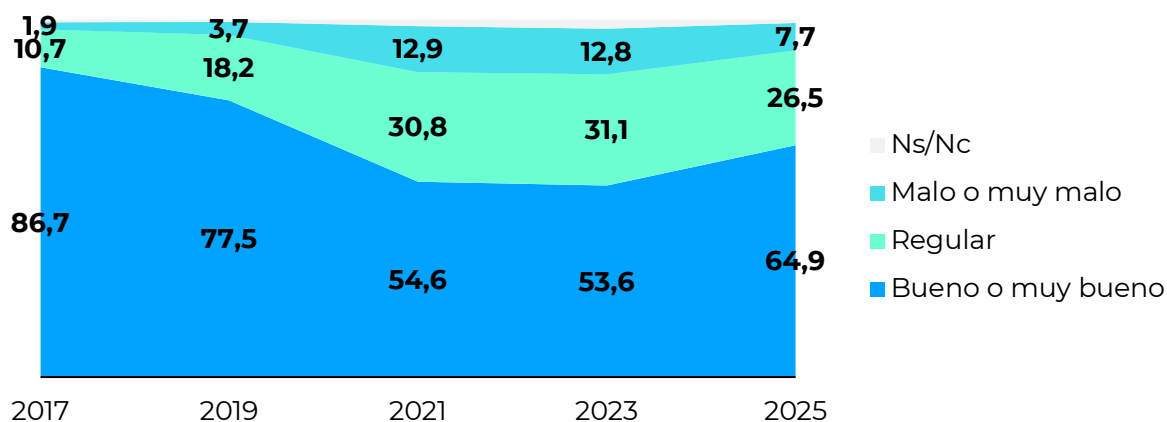
Pregunta 27. En los ÚLTIMOS 12 MESES, en general, ¿cómo dirías que ha sido tu estado de salud? Categorías recodificadas: Muy bueno (1) + Bueno (2); Regular (3); Malo (4) + Muy malo (5). Base = 1.511 personas (15-29 años).

En cuanto a los estudios, se observa que los y las **jóvenes que tienen niveles de estudios más altos se autoperciben con mejor salud** que el resto de jóvenes con menor nivel de estudios. Es especialmente llamativa la baja proporción de jóvenes con bajo nivel de estudios (hasta estudios secundarios obligatorios) que dicen tener un estado de salud bueno o muy bueno, el 58,1%; son 14,5 puntos menos que la proporción en el caso de jóvenes con estudios superiores.

Con relación a la **carencia material** —la variable que mide el riesgo de pobreza—, queda claro que los y las **jóvenes que presentan menor riesgo de pobreza gozan de mejor salud**, cuando menos hay un porcentaje muy superior de jóvenes con buena o muy buena salud entre quienes no tienen carencias materiales: el 75,6% de jóvenes sin carencia material dicen tener una buena o muy buena salud. Sin embargo, la salud se percibe notablemente peor en el caso de los y las jóvenes en riesgo de pobreza: menos de la mitad de jóvenes con carencia material severa afirman tener un buen estado de salud (46,3%).

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 5. PERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD (ÚLTIMO AÑO). EVOLUCIÓN 2017-2025 (%)



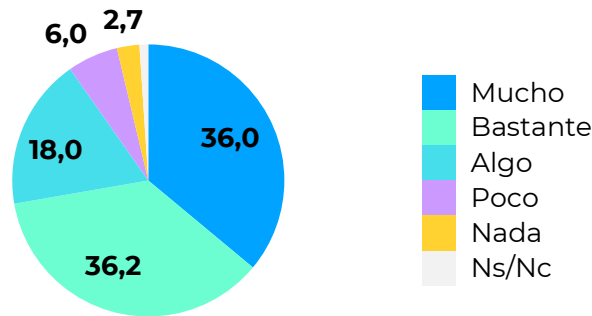
Pregunta 27. En los últimos 12 meses, en general, ¿cómo dirías que ha sido tu estado de salud? Categorías recodificadas: Muy bueno (1) + Bueno (2); Regular (3); Malo (4) + Muy malo (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021); 2019: N = 1.200 (Barómetro Salud y Bienestar 2019); 2017: N = 1.213 (Barómetro Salud y Bienestar 2017).

Si se observan los datos disponibles desde 2017, se comprueba que la tendencia en este año 2025 es una vuelta a los datos previos a la crisis del COVID-19, al menos se observa una **tendencia positiva que apunta a una mejora del estado de salud general** de los y las jóvenes. Desde el anterior Barómetro, el de 2023, el porcentaje de jóvenes que declaran tener un estado de salud bueno o muy bueno aumenta 11,3 puntos porcentuales y, por el lado contrario, baja 5,1 puntos el porcentaje de quienes declaran un estado de salud malo o muy malo.

1.2. Preocupación por la salud

La **preocupación por la salud es elevada** entre la población joven española en este año 2025. Algo más de **un tercio de jóvenes dice preocuparse mucho por su salud** y otro tercio dice que se preocupa bastante (36,0% y 36,2% respectivamente). Prácticamente no hay jóvenes que no se preocupen por su salud y sólo un 6,0% dice preocuparse poco.

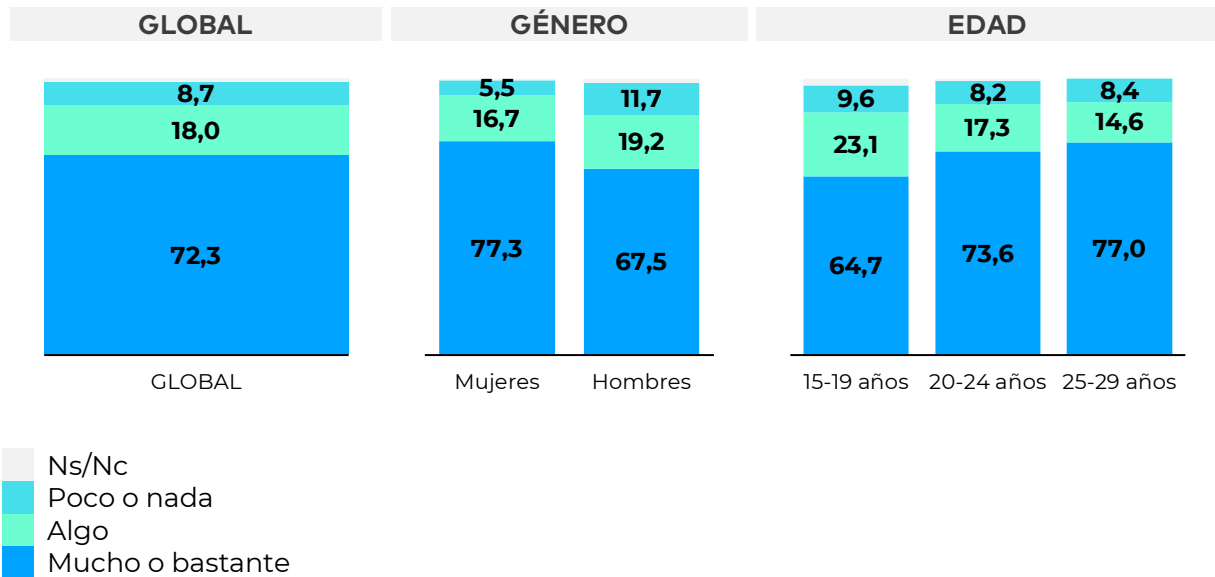
GRÁFICO 6. GRADO DE PREOCUPACIÓN POR LA SALUD. GLOBAL. 2025 (%)



Pregunta 40. Y tu salud, ¿te preocupa? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Como se puede comprobar, en general, la preocupación por la salud es alta. En conjunto, **7 de cada 10 jóvenes se preocupan mucho o bastante por su salud**, aunque se manifiesta de forma diferente según perfiles.

GRÁFICO 7. PREOCUPACIÓN POR LA SALUD. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



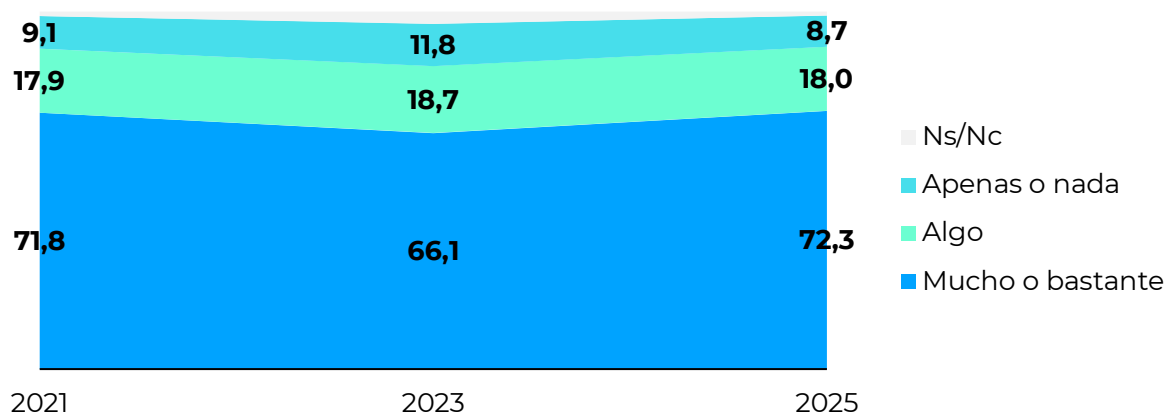
Pregunta 40. Y tu salud, ¿te preocupa? Categorías recodificadas: Sí, me preocupa mucho (1) + Sí, me preocupa bastante (2); Me preocupa algo (3); Apenas me preocupa (4) + No me preocupa nada (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Por género, vemos que **son las mujeres quienes más se preocupan**. Casi 8 de cada 10 chicas reconocen preocuparse mucho o bastante, mientras que son algo menos de 7 de cada 10 en el caso de los chicos (77,3% ellas y 67,5% ellos).

Con relación a las diferencias etarias, la **preocupación por la salud crece a medida que crece la edad**. Por ejemplo, entre quienes tienen 15 a 19 años, el 64,7% se preocupa mucho o bastante, porcentaje que aumenta hasta el 73,6% en el grupo 20 a 24 años y a 77,0% en el grupo de jóvenes más mayores (25 a 29 años).

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 8. PREOCUPACIÓN POR LA SALUD. EVOLUCIÓN 2021-2025 (%)



Pregunta 40. Y tu salud, ¿te preocupa? Categorías recodificadas: Sí, me preocupa mucho (1) + Sí, me preocupa bastante (2); Me preocupa algo (3); Apenas me preocupa (4) + No me preocupa nada (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021).

La **preocupación por la salud aumenta** en comparación con los datos del año 2023, aunque se sitúa en niveles muy similares a 2021. Concretamente, en 2025 la proporción de jóvenes que declaran una alta preocupación por su salud (mucho o bastante preocupación) es 6,2 p.p. más alta que en 2023 y apenas 0,5 p.p. más que en 2021. Por tanto, pese al aumento, al analizar longitudinalmente los datos no se puede afirmar que exista una tendencia concreta.

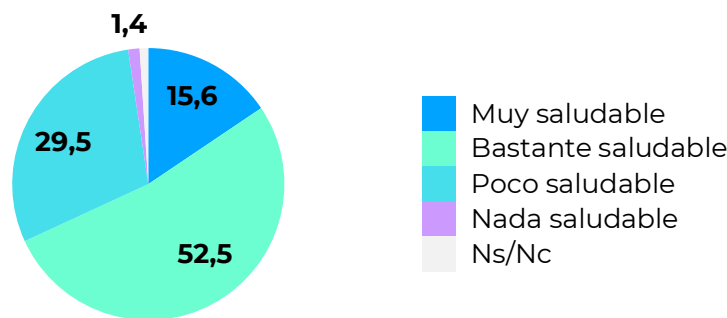
2. Estilo de vida y forma física

2.1. Estilo de vida saludable

Al preguntar por el estilo de vida que llevan los y las jóvenes, entendido como un conjunto de prácticas y hábitos como la alimentación, el deporte, el descanso o el consumo de drogas, la **mayoría de jóvenes afirman llevar un estilo de vida muy o bastante saludable**. Si bien apenas hay un 15,6% que dice llevar un estilo de vida muy saludable, más de la mitad, el 52,5%, dice que es bastante saludable.

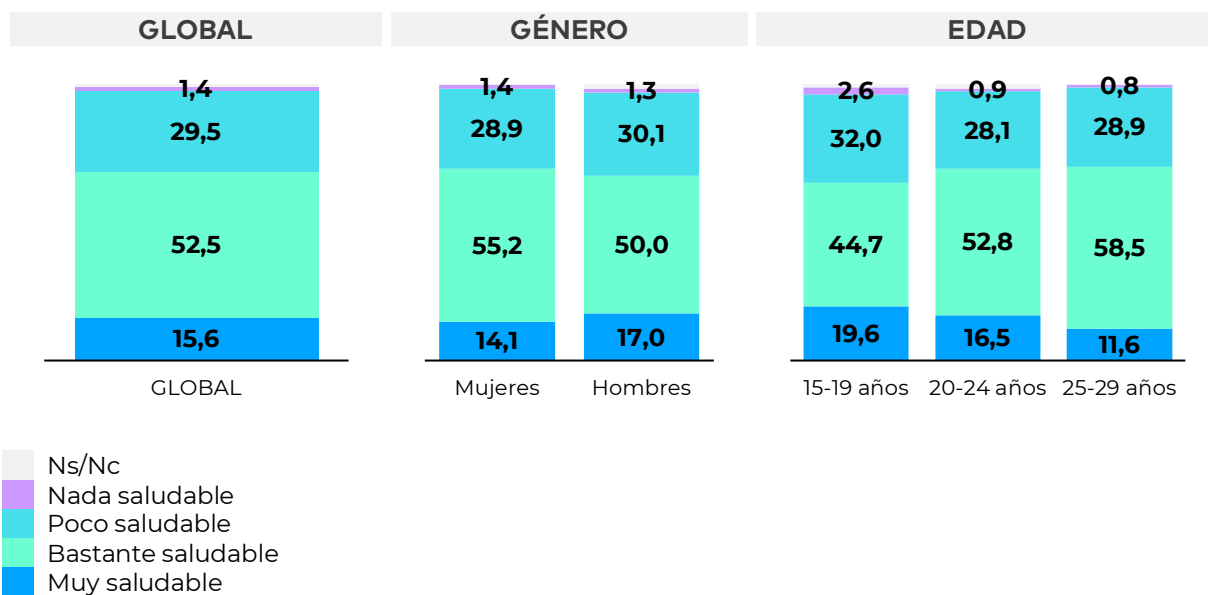
Hay una parte importante, 3 de cada 10, que reconoce que su estilo de vida es poco saludable. Sólo el 1,4% reconoce que es nada saludable.

GRÁFICO 9. PERCEPCIÓN SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. GLOBAL. 2025 (%)



Pregunta P34. Con relación a tu estilo de vida, es decir, tu alimentación, si haces o no deporte, si fumas o no, etc., ¿cómo dirías que es el estilo de vida que llevas? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

GRÁFICO 10. PERCEPCIÓN SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



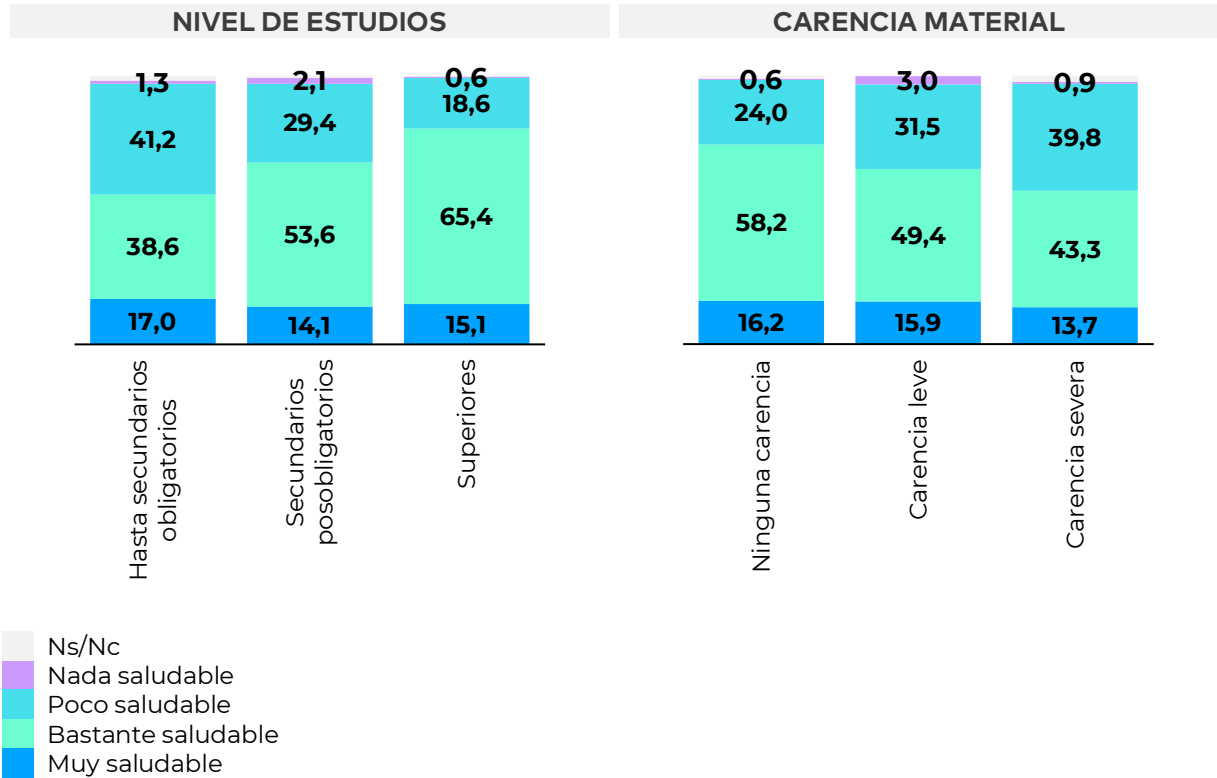
Pregunta P34. Con relación a tu estilo de vida, es decir, tu alimentación, si haces o no deporte, si fumas o no, etc., ¿cómo dirías que es el estilo de vida que llevas? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Si se analizan las diferencias en el estilo de vida (si es saludable o no), vemos que **no hay apenas diferencias entre hombres y mujeres, pero sí por edad**. Resulta llamativo que, en el grupo de edad más joven, el de 15 a 19 años, hay mayor proporción de personas en los extremos, que dicen tener un estilo de vida muy saludable, a la vez que es en el que hay mayor proporción que dice tener un estilo de vida poco o nada saludable. El grupo más mayor (25-29 años) destaca por su alta proporción de quienes afirman tener un estilo de vida bastante saludable, aunque también es el que menos porcentaje tiene de estilo de vida muy saludable.

Otras variables con diferencias significativas y destacables son el nivel de estudios y la carencia material. En ninguna de estas variables hay diferencias en cuanto a quienes llevan un estilo de vida muy saludable, aunque sí cuando se observan otros grados. En cuanto al nivel de estudios, son los y las **jóvenes con estudios superiores quienes llevan estilos de vida más saludables**, pues casi 8 de cada 10 dicen llevar un estilo de vida bastante o muy saludable, mientras que este indicador se reduce a poco más de 5 de cada 10 en quienes tienen estudios hasta secundarios obligatorios.

Sucede de forma similar con la carencia material, aunque con diferencias menos agudas: los y las **jóvenes con menor riesgo de pobreza llevan estilos de vida más saludables**.

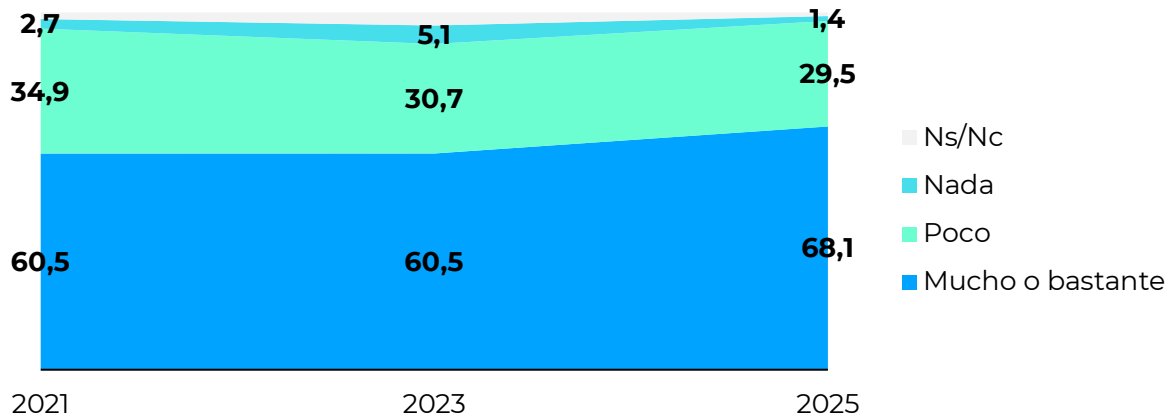
GRÁFICO 11. PERCEPCIÓN SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)



Pregunta P34. Con relación a tu estilo de vida, es decir, tu alimentación, si haces o no deporte, si fumas o no, etc., ¿cómo dirías que es el estilo de vida que llevas? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 12. PERCEPCIÓN SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. EVOLUCIÓN 2021-2025 (%)



Pregunta 34. Con relación a tu estilo de vida, es decir, tu alimentación, si haces o no deporte, si fumas o no, etc., ¿cómo dirías que es el estilo de vida que llevas? Categorías recodificadas: Muy saludable (1) + Bastante saludable (2); Poco (3); Nada (4). // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021).

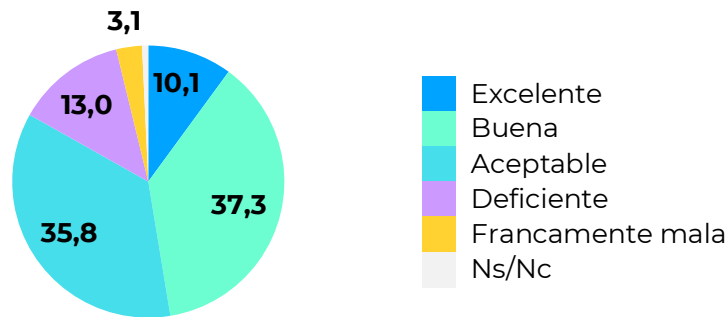
Según el análisis longitudinal, tras las dos oleadas anteriores (2021 y 2023) en las que se mantuvieron resultados similares, con alrededor de 6 de cada 10 jóvenes con un estilo de vida muy o bastante saludable, en la actualidad (2025) **aumentan los hábitos saludables**. En este año 2025 casi son 7 de cada 10 jóvenes quienes afirman llevar un estilo de vida muy o bastante saludable.

2.2. Estado de forma y actividad física

2.2.1. Forma física

La **autopercepción sobre la forma física** es un indicador importante, pues alude al estado de salud física en que se encuentran las personas jóvenes. Así, vemos que, pese a no ser excelente de forma general, el 10,1% dice que su forma física es excelente, el 37,3% que es buena y el 35,8% aceptable. Es decir, se puede considerar que alrededor de **8 de cada 10 jóvenes creen que tienen una adecuada forma física** (excelente, buena o aceptable). De hecho, sólo el 13% reconoce que su forma física es deficiente y apenas el 3,1% que es mala.

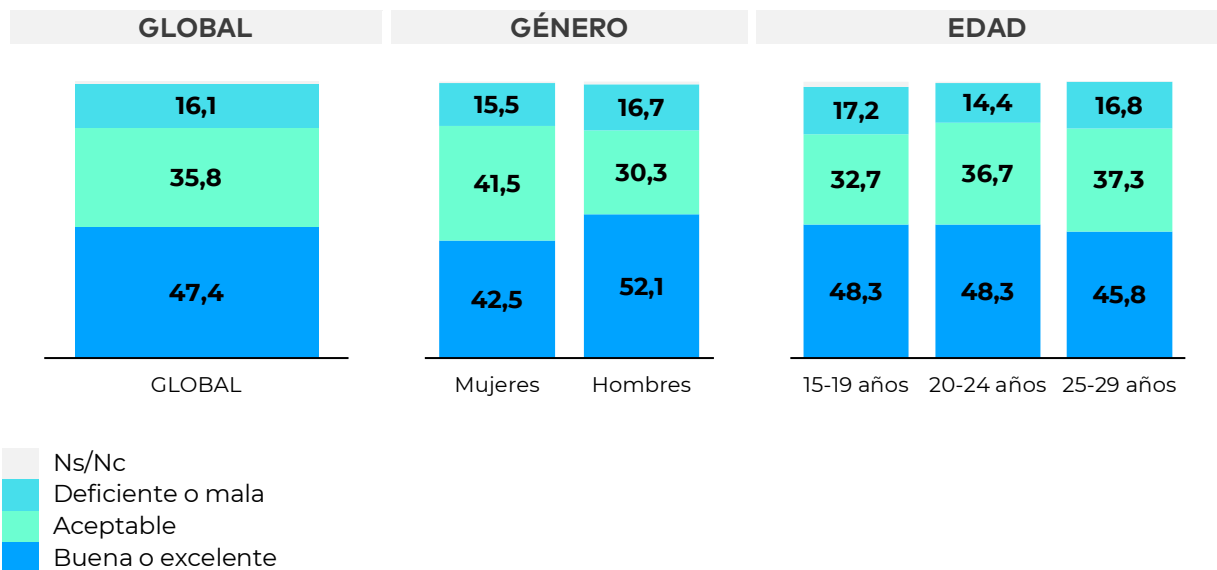
GRÁFICO 13. ESTADO DE FORMA FÍSICA. GLOBAL. 2025 (%)



Pregunta 31. En general, ¿cómo dirías que es tu forma física? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

La variable género marca diferencias significativas, advirtiendo del **mejor estado de forma en el caso de los chicos**. El 52,1% de ellos afirma que su forma física es buena o excelente, mientras que es casi 10 puntos menos en el caso de las chicas (42,5%).

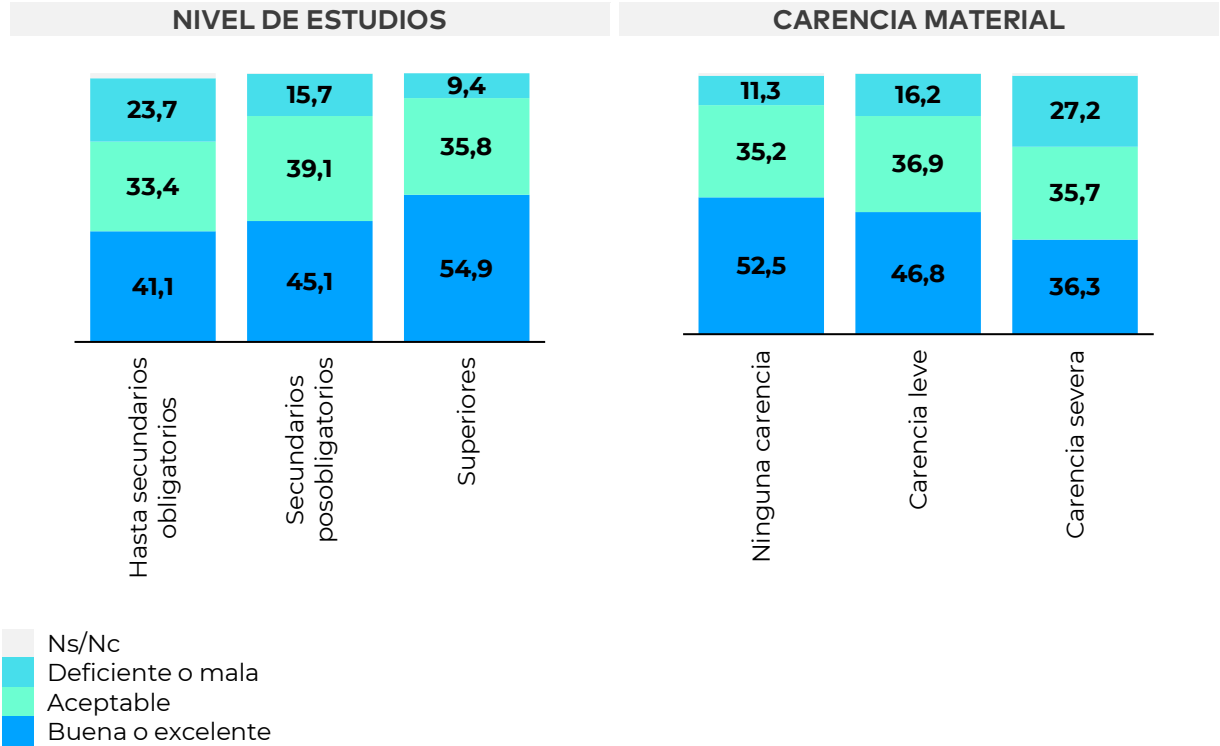
GRÁFICO 14. ESTADO DE FORMA FÍSICA. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



Pregunta 31. En general, ¿cómo dirías que es tu forma física? Categorías agrupadas: Excelente (1) + Buena (2); Aceptable (3); Deficiente (4) + Deficiente o mala (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Las variables nivel de estudios y carencia material también marcan diferencias importantes en cuanto al estado de forma de los y las jóvenes.

GRÁFICO 15. ESTADO DE FORMA FÍSICA. NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)



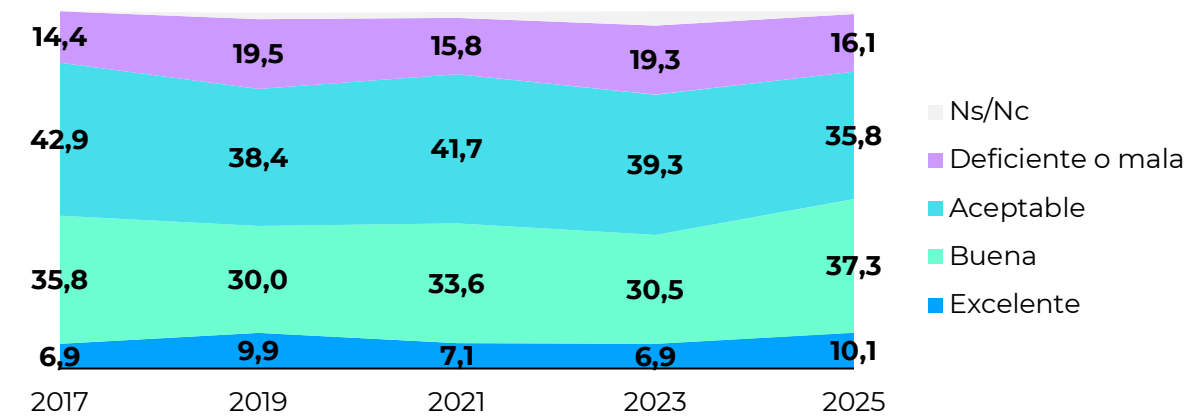
Pregunta 31. En general, ¿cómo dirías que es tu forma física? Categorías agrupadas: Excelente (1) + Buena (2); Aceptable (3); Deficiente (4) + Deficiente o mala (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Los **más positivos estados de forma física se encuentran entre quienes tienen mayor nivel de estudios**. Destacan especialmente los y las jóvenes con estudios superiores, entre quienes el 54,9% dicen tener una forma física buena o excelente, mientras que se reduce a 45,1% en estudios secundarios posobligatorios y al 41,1% en estudios secundarios obligatorios.

Con relación al riesgo de pobreza, quienes **no tienen carencia material muestran mejores niveles de forma física**. Es especialmente destacable el estado de forma física negativo entre quienes tienen carencia material severa, ya que sólo el 36,3% de ellos y ellas dice tener una buena o excelente forma física.

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 16. ESTADO DE FORMA FÍSICA. EVOLUCIÓN 2017-2025 (%)



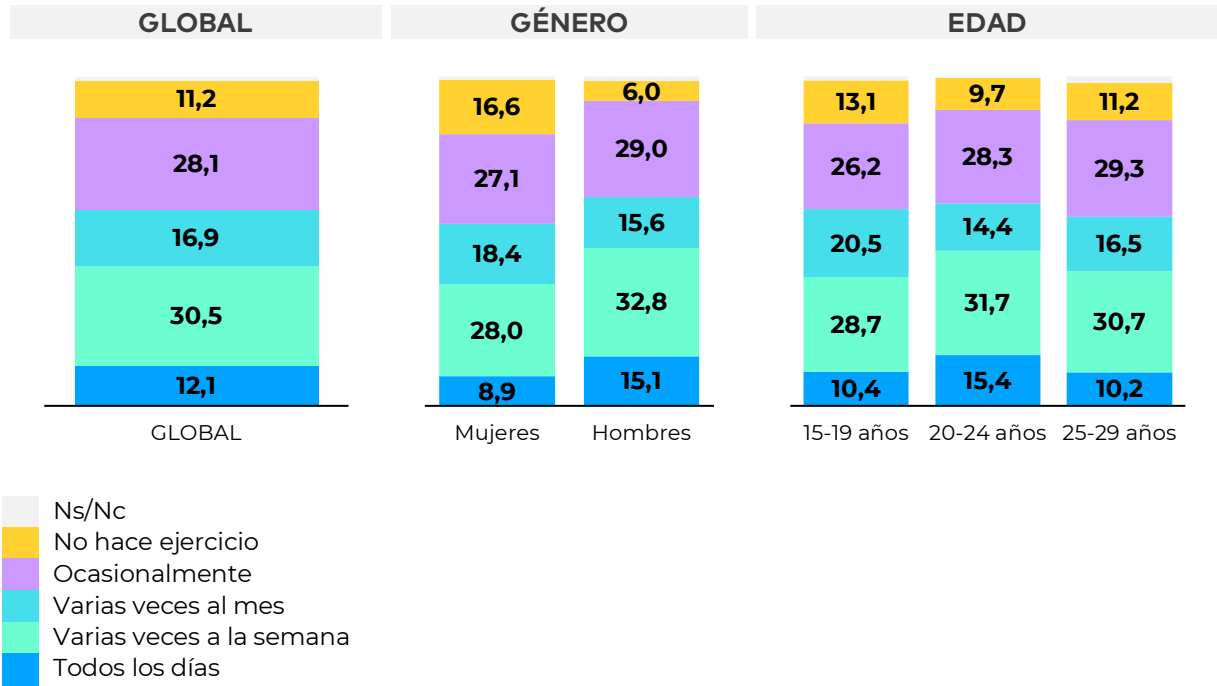
Pregunta 31. En general, ¿cómo dirías que es tu forma física? // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021); 2019: N = 1.200 (Barómetro Salud y Bienestar 2019); 2017: N = 1.213 (Barómetro Salud y Bienestar 2017).

Los datos de evolución muestran una **mejoría respecto a la valoración de la forma física**. En 2025 un 47,8% describe su forma física como buena o excelente, 10 puntos por encima de quienes la describían así en 2023, y superior también a las cifras previas a la pandemia.

2.2.2. Actividad física

La práctica de ejercicio parece una actividad extendida entre la juventud, **un 87,6% declara realizar actividad física con diferente frecuencia**, un 42,6% lo hace de forma habitual (todos los días o varias veces por semana) y solo un 11,2% dice no hacer ejercicio.

GRÁFICO 17. FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)

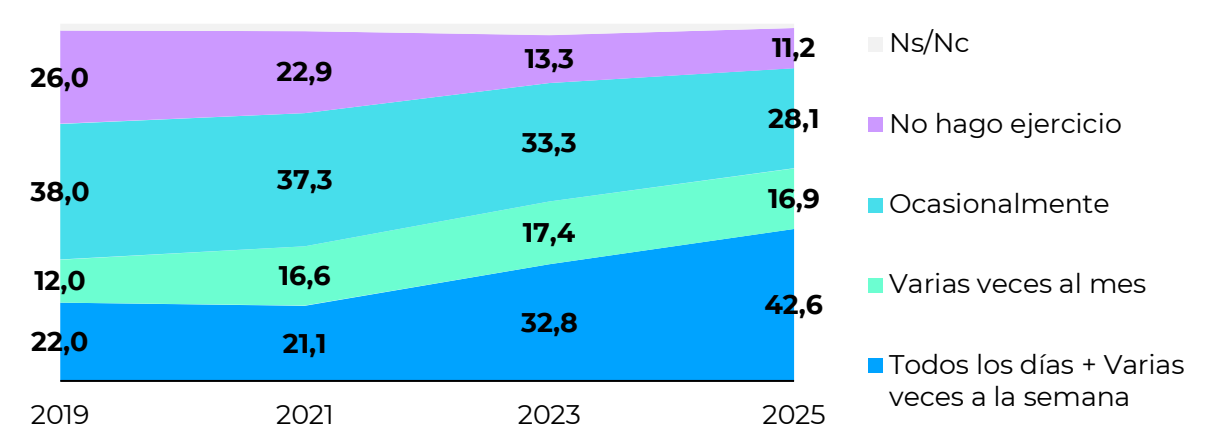


Pregunta 32. ¿Con qué frecuencia realizas ejercicio o alguna actividad física en tu tiempo libre? Consideramos ejercicio, deporte o actividad física en general: caminar, correr, ciclismo, gimnasia, pilates, deportes, natación, baile, etc. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Los **chicos realizan más ejercicio y con mayor regularidad** (11 puntos por encima de las chicas en la práctica habitual). Además, entre los hombres apenas hay sedentarismo: solo el 6% de los chicos declara no realizar ejercicio alguno frente al 16% de las chicas. Por **edad**, destaca el grupo entre los 20 y 24 años como el que realiza más actividad física y con mayor regularidad.

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 18. FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA. EVOLUCIÓN 2019-2025 (%)

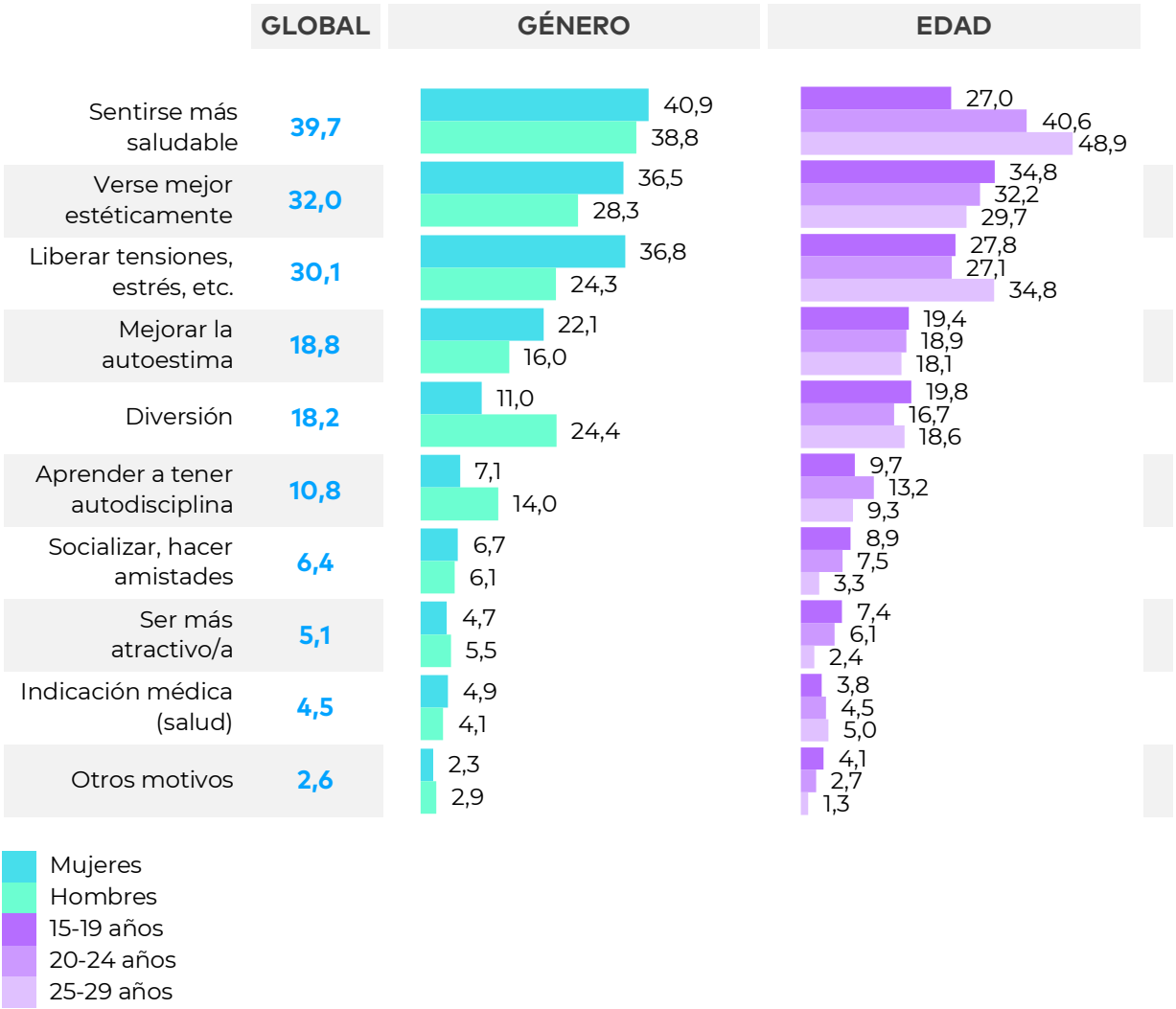


Pregunta 32. ¿Con qué frecuencia realizas ejercicio o alguna actividad física en tu tiempo libre? // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021); 2019: N = 1.200 (Barómetro Salud y Bienestar 2019).

El año 2025 destaca por el gran **aumento en la actividad física** que declaran realizar los y las jóvenes. Más de 4 de cada 10 (42,6%) dicen que hacen ejercicio todos o casi todos los días y casi 2 de cada 10 lo hacen varias veces al mes. Entre 2023 y 2025 hay un aumento de 10 p.p. en el porcentaje de jóvenes que hacen ejercicio diariamente y este último año se observa un aumento de 20 p.p. respecto a 2019. Además, se sigue la tendencia a la baja del sedentarismo, habiendo sólo un 11,2% de jóvenes que reconoce no hacer ejercicio.

Las **razones más esgrimidas para realizar ejercicio** aluden a sus virtudes para **sentirse más saludable**, casi 4 de cada 10 jóvenes señalan esta opción, seguido de **verse mejor estéticamente** (32%) y **liberar tensiones** (30%).

GRÁFICO 19. MOTIVOS POR LOS QUE SE REALIZA EJERCICIO EN EL TIEMPO LIBRE. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD (%)



Pregunta 33. ¿Por qué motivos realizas ejercicio en tu tiempo libre? // Base: N = 1.511 personas (15-29 años).

Si atendemos a las **diferencias de género**, vamos que las chicas en general señalan en mayor medida todas las opciones, excepto el hacer ejercicio por diversión y por aprender a tener autodisciplina, más mencionado por ellos.

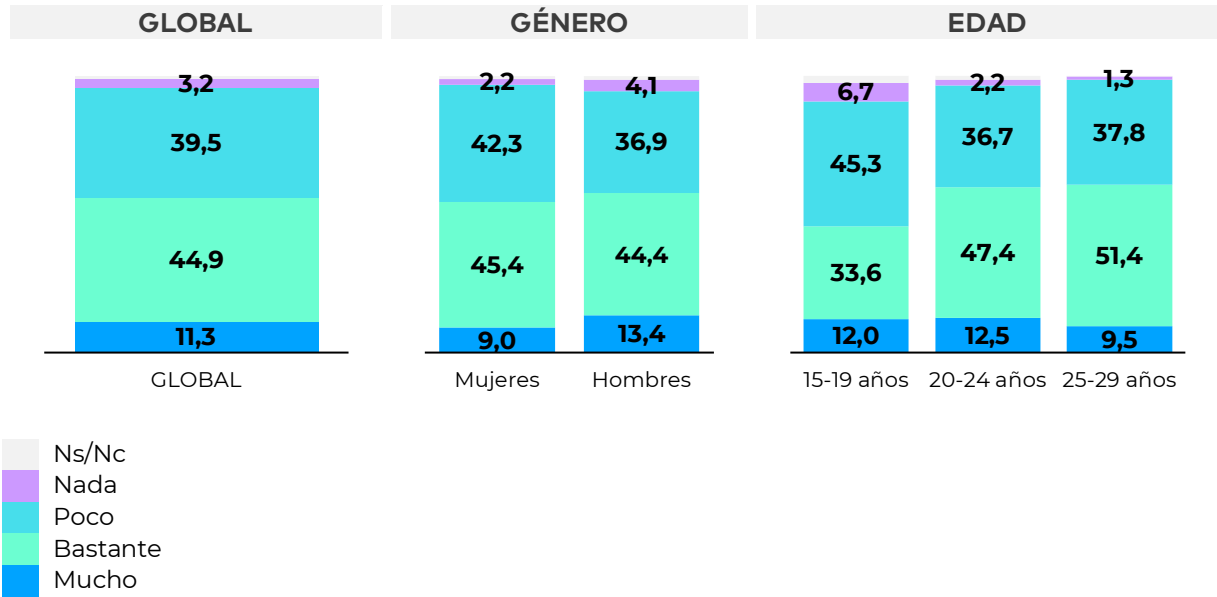
Por **edad**, el hacer ejercicio para sentirse más saludable va aumentando progresivamente a medida que se incrementa ésta, y entre los 25 y 29 años es donde más se señala la opción de liberar tensiones y estrés como motivo para realizar actividad física. El grupo más joven, por su parte, señala algo más que el resto el hacer ejercicio para verse mejor estéticamente o ser más atractivo/a.

2.3. Alimentación y dietas

2.3.1. Cuidado de la alimentación

De forma general, las personas jóvenes dicen cuidar su alimentación, aunque sin llegar a niveles muy altos de cuidado. El **56,2% de jóvenes declara cuidar su alimentación** mucho o bastante, frente a un 42,7% que declara hacerlo poco o nada.

GRÁFICO 20. GRADO DE CUIDADO DE LA ALIMENTACIÓN. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)

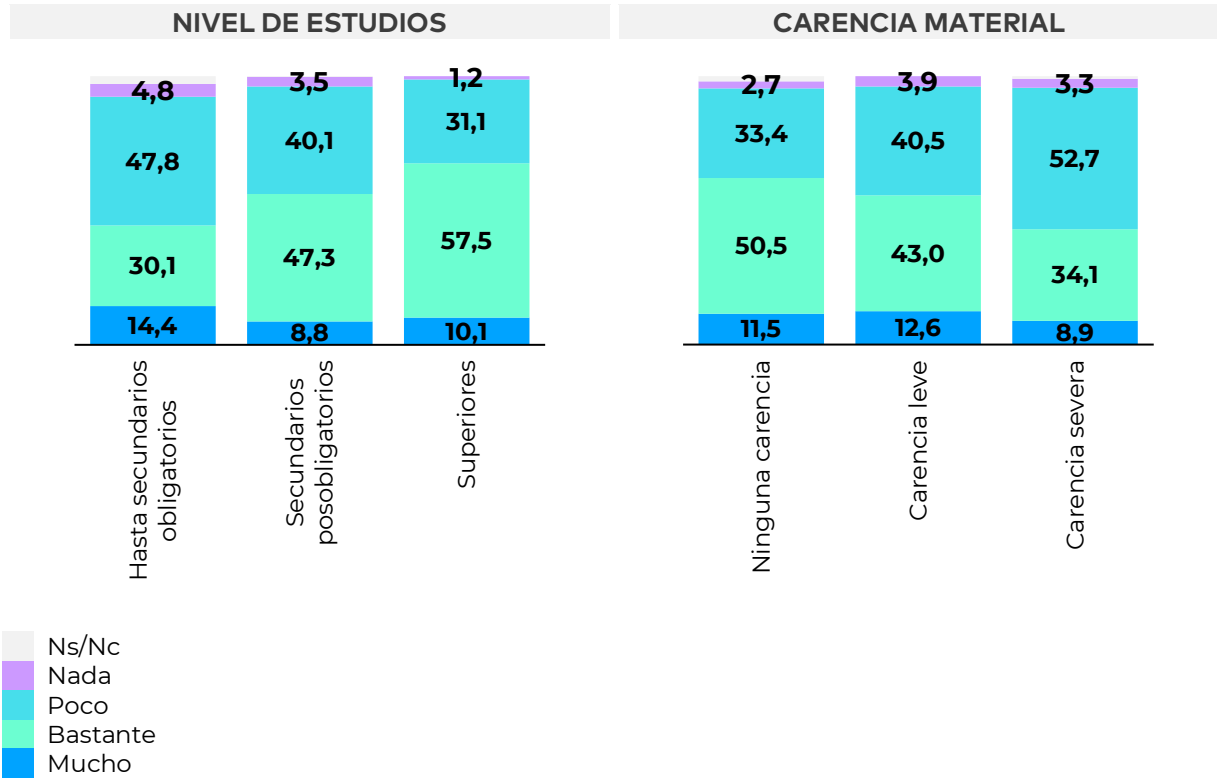


Pregunta 35. ¿Hasta qué punto crees que cuidas tu alimentación? // Base: N = 1.511 personas (15-29 años).

Las **diferencias por género y edad son significativas**. Los chicos dicen cuidar su alimentación algo más que las chicas (57,8% ellos, 54,4% ellas), superando en 4,4 p.p. el porcentaje de mucho cuidado de la alimentación (ellos 13,4% y ellas 9,0%). Por otra parte, los y las jóvenes de menos edad (15 a 19 años) cuidan su alimentación menos que el resto, sobre todo destacando por la alta proporción de quienes cuidan poco su alimentación (45,3%) y quienes no la cuidan nada (6,7%). En el caso del resto de jóvenes no hay apenas diferencias por edad, salvo porque el porcentaje de un cuidado elevado de la alimentación se reduce en la población más mayor.

Otras variables que presentan diferencias estadísticamente significativas son el nivel de estudios y la carencia material. **A medida que aumenta el nivel de estudios declarado lo hace también el cuidado de la salud**: el 44,5% con menos estudios dice cuidar mucho o bastante su salud, porcentaje que va subiendo al 56,1% en los estudios secundarios posobligatorios y al 67,6% en estudios superiores. Y con relación a la carencia material, **a mayor carencia material, menor cuidado de la salud se declara**.

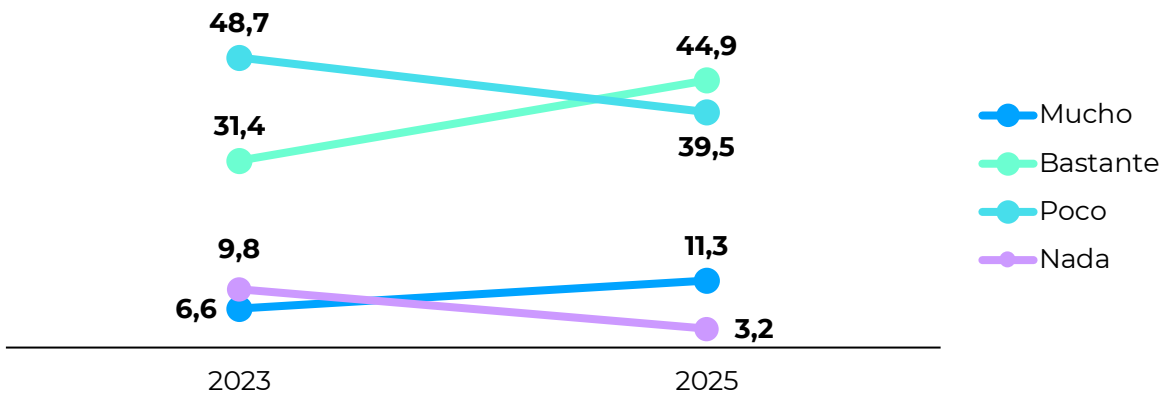
GRÁFICO 21. GRADO DE CUIDADO DE LA ALIMENTACIÓN. NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)



Pregunta 35. ¿Hasta qué punto crees que cuidas tu alimentación? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 22. GRADO DE CUIDADO DE LA ALIMENTACIÓN. EVOLUCIÓN 2023-2025 (%)



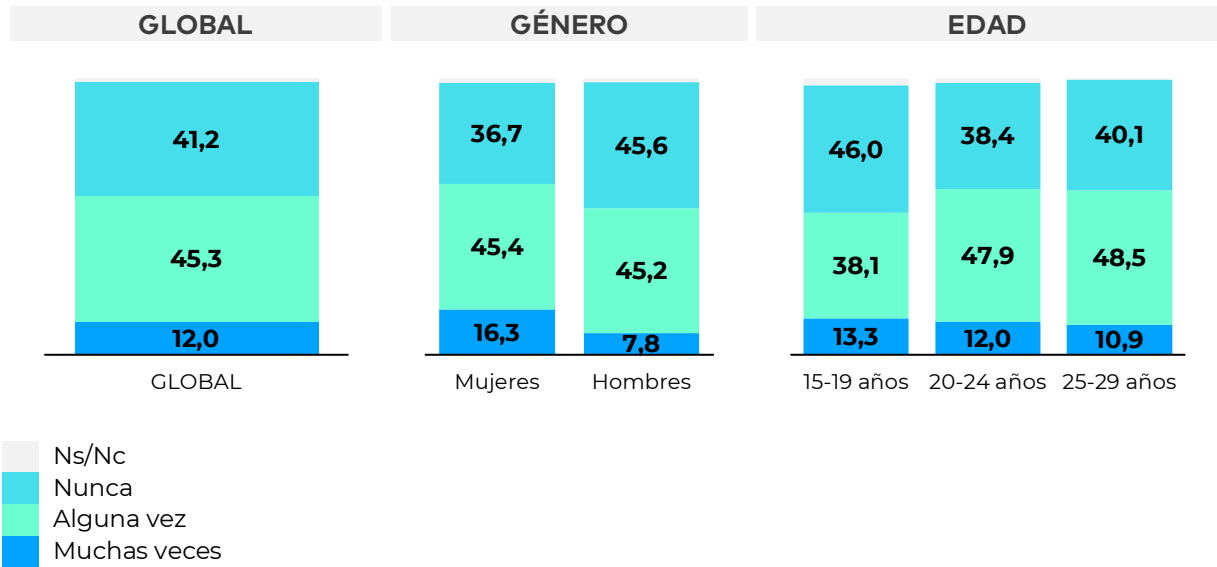
Pregunta 35. ¿Hasta qué punto crees que cuidas tu alimentación? // Base = 1.511 personas (15-29 años); N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023).

Se observa un **aumento en el cuidado de la alimentación**. El 56,2% dice que cuida mucho o bastante su alimentación (38,0% en 2023; 18,2 p.p. más en 2025), mientras que el 39,5% dice que la cuida poco y sólo el 3,2% dice que nada.

2.3.2. Realización de dietas

Cuando se habla de alimentación es ineludible hablar también de realización de dietas. Y si hablamos de dietas, parece claro que se trata de un asunto bastante extendido entre las personas jóvenes. De hecho, 6 de cada 10 jóvenes (**57,3%**) **han hecho dieta para adelgazar alguna vez en su vida**, frente a un 41,2% que dice no haberlas hecho nunca. El 12,0% declara haber hecho muchas veces dietas de adelgazamiento.

GRÁFICO 23. FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE DIETAS DE ADELGAZAMIENTO. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



Pregunta 36a. A lo largo de tu vida, ¿has hecho alguna dieta de adelgazamiento? Categorías agrupadas: Muchas veces (1); Algunas veces (2) + Pocas veces (3); Nunca (4). // Base = 1.511 personas (15-29 años).

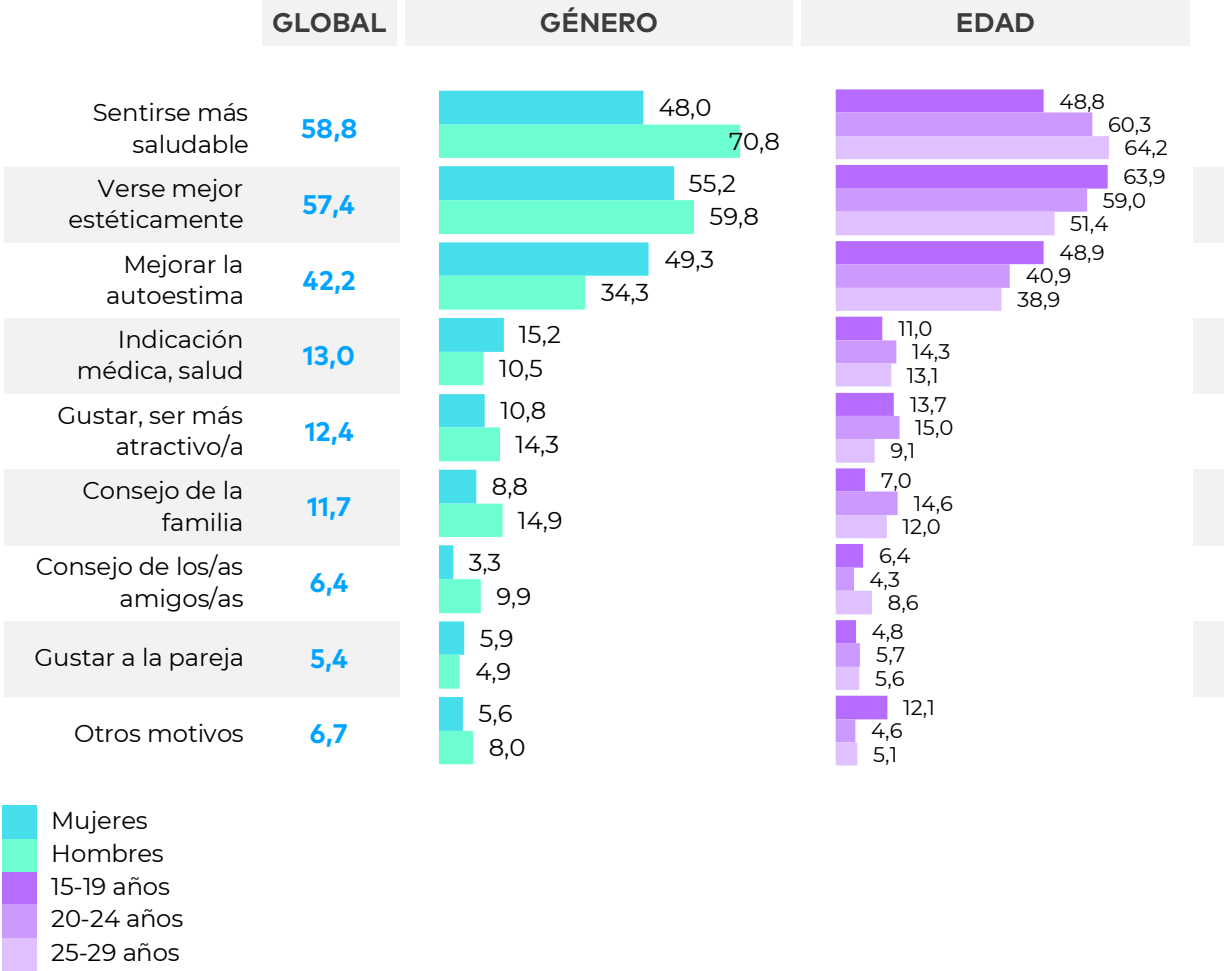
Las dietas son más frecuentes entre las mujeres: un 61,7% de ellas las ha realizado y, entre ellas, un 16,3% muchas veces; frente a un 53% de chicos, de los que algo más de un 7% con frecuencia.

El **análisis por edad muestra que hay algunas diferencias**, aunque en este caso, los años cumplidos distorsionan en cierta manera el análisis, ya que la pregunta que lanzábamos en el cuestionario alude a la realización de dietas durante toda la vida, no en un periodo temporal acotado. Dicho esto, se observa que quienes menos dietas han hecho a lo largo de su vida son los y las más jóvenes (15 a 19 años): el 46,0% de este grupo de edad nunca ha hecho dietas de adelgazamiento (38,4% en el grupo 20-24 años y 40,1% en el grupo 25-29). Llama la atención que, aunque el grupo más joven es, lógicamente, el que menos años ha vivido y, por tanto, el que menos tiempo ha tenido para hacer dietas, es a la vez el grupo etario que más personas dicen que nunca han hecho dietas y el que declara en mayor medida que las ha hecho con más frecuencia (13,3% ha hecho dietas de adelgazamiento muchas veces).

Cuando se pregunta por los motivos que llevan a realizar dietas, hay tres que destacan por encima del resto: por un lado, los dos principales motivos son **sentirse más saludable** (58,8% hace dieta por ello) y **verse mejor estéticamente** (57,4%), y le sigue algo más lejos la búsqueda de **mejora de la autoestima** (42,2%). El resto de motivos son mucho

menos importantes, aunque cabe destacar algunas motivaciones como: indicación médica (13,0%), gustar a los demás o ganar atractivo (12,4%) y consejo familiar (11,7%).

GRÁFICO 24. MOTIVOS POR LOS QUE SE REALIZAN DIETAS (DE ADELGAZAMIENTO). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD (%)



Pregunta 38. ¿Qué motivos te llevaron a iniciar las dietas? // Base: N = 866 personas (15-29 años).

Al analizar las motivaciones para hacer dietas en función del género o la edad se comprueba fácilmente que hay grandes diferencias. Por un lado, en cuanto al **género**, cabe reseñar que los **hombres** se ven motivados en mayor medida que las mujeres por la búsqueda de **sentirse más saludables** (motivo principal para el 70,8% de ellos; 48,0% en el caso de las chicas). Los hombres también parecen seguir en mayor medida el consejo de su familia y amistades. En el caso de las **mujeres**, el motivo principal para hacer dietas es **verse mejor estéticamente**, seguido de la **mejora de la autoestima**. La búsqueda de una mayor autoestima es un motivo mucho más importante entre las mujeres (49,3% ellas y 34,3% ellos).

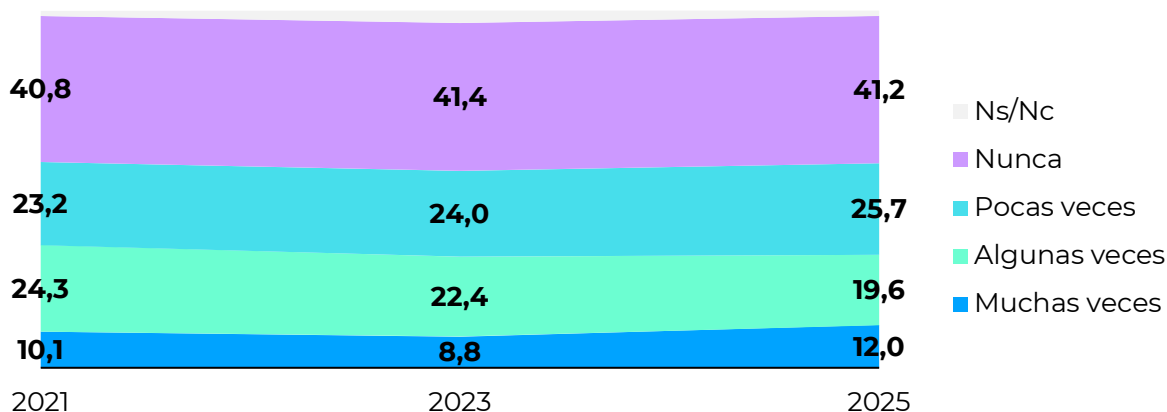
Por otro lado, también hay diferencias significativas por edad:

- Para el grupo más mayor (**25 a 29 años**) el motivo principal para hacer dietas de adelgazamiento es **sentirse más saludable** (64,2%), motivo en el que destacan también por encima del resto de grupos de edad.

- El grupo más joven (**15 a 19 años**) hace dietas principalmente por **verse mejor estéticamente** (63,9%) y **mejorar la autoestima** (48,9%). En ambos casos tienen un porcentaje mayor al resto de grupos de edad.
- Para el grupo de edad intermedio (**20 a 24 años**) los motivos principales son, al igual que para el resto, sentirse más saludable (60,3%), verse mejor estéticamente (59,0%) y mejorar la autoestima (40,9%).

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

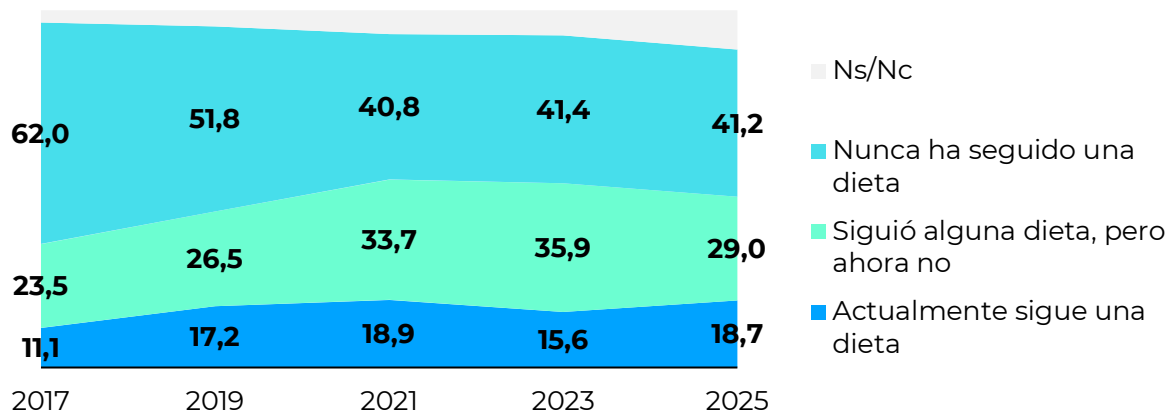
GRÁFICO 25. FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE DIETAS DE ADELGAZAMIENTO. EVOLUCIÓN 2021-2025 (%)



P36a. A lo largo de tu vida, ¿has hecho alguna dieta? Dietas de adelgazamiento. Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021).

Los datos de evolución respecto a la realización de dietas de adelgazamiento muestran que el porcentaje de jóvenes que dice realizarlas permanece estable en la serie desde el año 2021, aunque se incrementa levemente el porcentaje de quienes señalan realizarlas con frecuencia.

GRÁFICO 26. SEGUIMIENTO EN LA ACTUALIDAD DE ALGUNA DIETA DE ADELGAZAMIENTO. EVOLUCIÓN 2017-2025 (%)

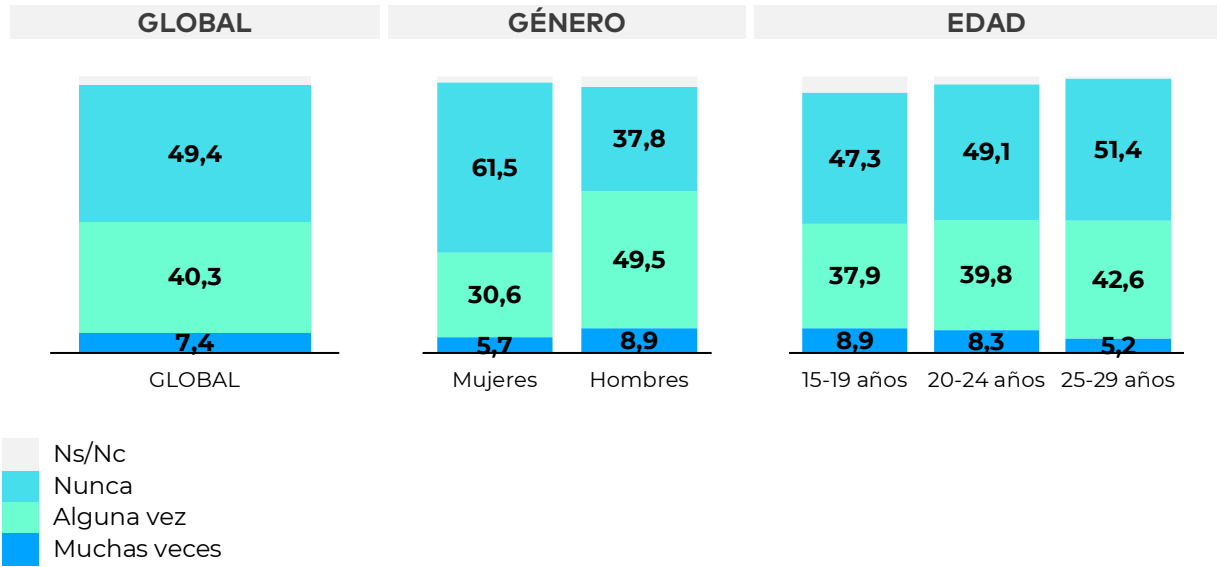


Pregunta 37. ¿Sigues en la actualidad algún tipo de dieta para adelgazar o perder peso? // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021); 2019: N = 1.200 (Barómetro Salud y Bienestar 2019); 2017: N = 1.213 (Barómetro Salud y Bienestar 2017).

Siguiendo con los datos longitudinales respecto a las dietas, cabe destacar la evolución del porcentaje de jóvenes que dicen estar realizando dietas en el momento actual —en el momento en que se realiza el cuestionario—. Concretamente, en este último año casi **2 de cada 10 jóvenes dicen estar actualmente haciendo alguna dieta de adelgazamiento**, mientras que en el año 2017 era alrededor de 1 de cada 10. Sin embargo, lo más destacable es el gran cambio en el porcentaje de jóvenes que dice no haber hecho dietas nunca. Mientras que en 2017 el 62% de las personas jóvenes de 15 a 29 años afirmaba no haber hecho dietas para adelgazar nunca, actualmente este porcentaje se ha reducido hasta el 41,2%. Es decir, actualmente hay más jóvenes que han hecho dieta alguna vez (47,8%) que jóvenes que no han hecho dieta nunca (41,2%). Lo que parecen indicar estos resultados es que las dietas de adelgazamiento se han convertido en una práctica habitual entre la población joven.

Por otro lado, respecto a las **dietas de engorde o para ganar masa muscular** —primera vez que se realiza esta pregunta en el Barómetro—, el **47,6% de jóvenes dice haber hecho alguna vez** en su vida una dieta de este tipo.

GRÁFICO 27. FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE DIETAS DE ENGORDE O PARA GANAR MASA MUSCULAR. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



Pregunta 36b. A lo largo de tu vida, ¿has hecho alguna dieta de engorde o para ganar masa muscular? Categorías agrupadas: Muchas veces (1); Algunas veces (2) + Pocas veces (3); Nunca (4). // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Al contrario que el caso de las dietas de adelgazamiento, en esta tipología están **más presentes los chicos**: el 58,4% las ha realizado, frente al 36,3% de las chicas.

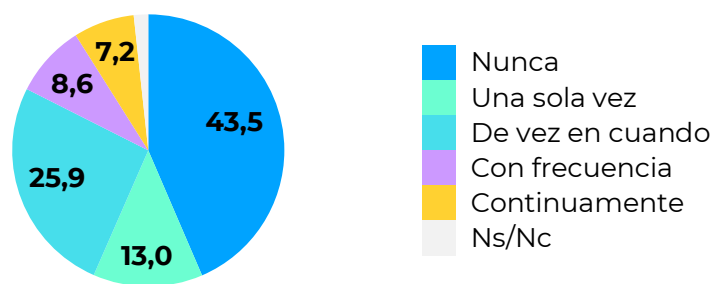
Por **edad no hay grandes diferencias**, aunque destaca que en el grupo de edad más alta (25 a 29 años) hay menor frecuencia de realización de este tipo de dietas de engorde o para ganar masa muscular. La mayoría de jóvenes de 25 a 29 años afirma no haber hecho este tipo de dietas nunca (51,4%) y sólo el 5,2% dice haberlas hecho muchas veces.

3. Salud mental

3.1. Problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental

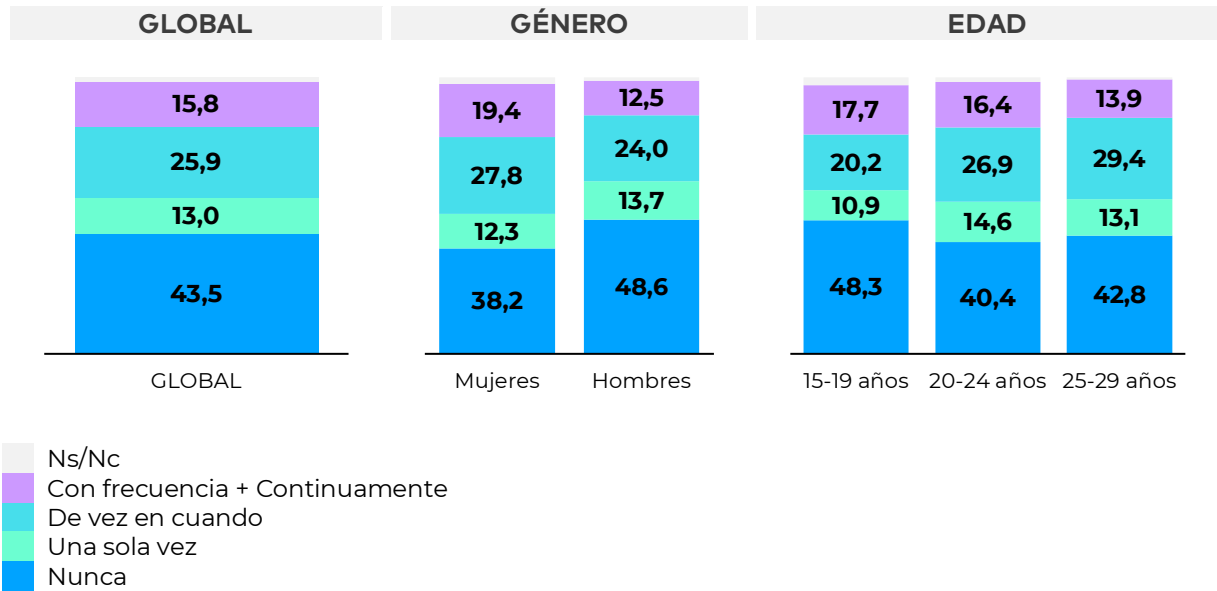
Un **43,5%** de jóvenes dice **no haber tenido nunca problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental**, frente a un **54,7%** que **si los ha tenido en el último año**. De éstos, un **15,8%** declara tenerlos **con frecuencia o continuamente**.

GRÁFICO 28. FRECUENCIA DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL (ÚLTIMO AÑO). GLOBAL. 2025 (%)



Pregunta 57. En los últimos 12 meses, ¿has tenido o has creído tener alguna vez un problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

GRÁFICO 29. FRECUENCIA DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL (ÚLTIMO AÑO). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)

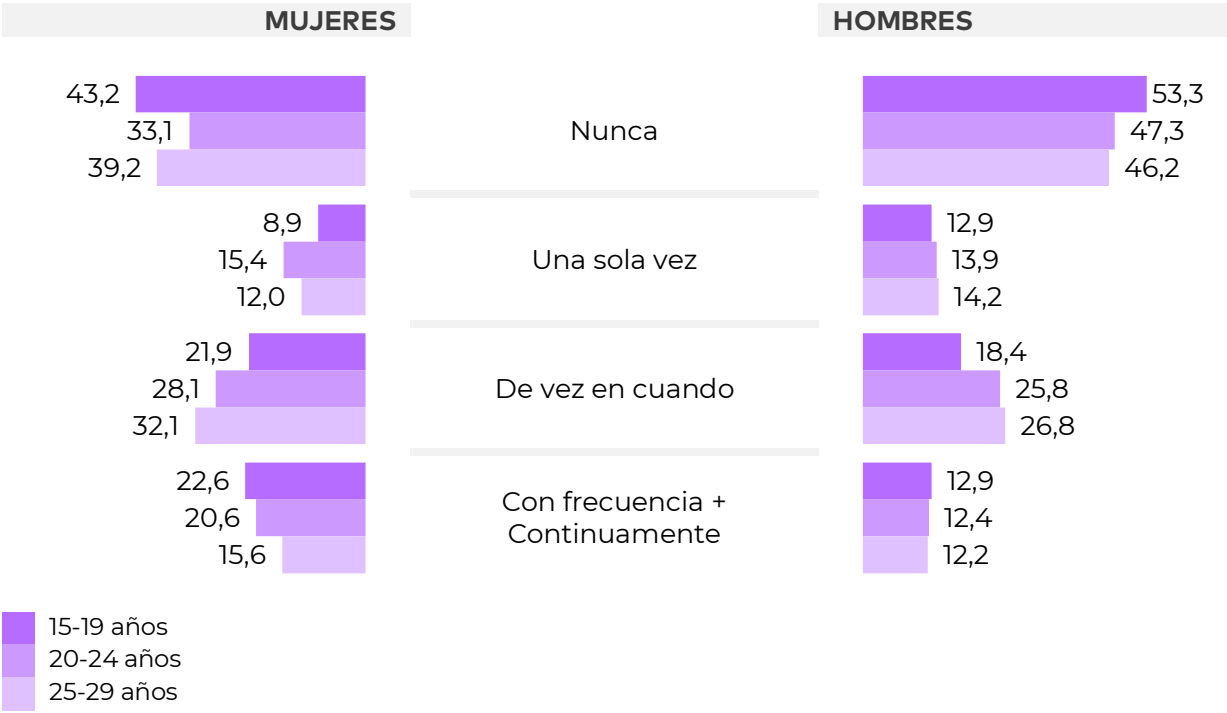


Pregunta 57. En los últimos 12 meses, ¿has tenido o has creído tener alguna vez un problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental? Categorías recodificadas: Nunca (1); Una sola vez (2); De vez en cuando (3); Con frecuencia (4) + Continuamente (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Al entrar en más detalle, cruzando los **datos por género y grupos de edad**, se pueden observar mejor las **diferencias entre chicos y chicas**. Así, la conclusión parece clara, las

mujeres menores de 25 años son las que sufren con mayor frecuencia problemas o malestares vinculados a la salud mental. Las adolescentes (de 15 a 19 años) sufren con especial frecuencia esta problemática (22,6% de ellas sienten estos malestares con frecuencia o continuamente), aunque gran parte de ellas nunca los sufre (43,2% no ha sentido estos problemas en el último año). Las chicas de 20 a 24 años, por su parte, destacan por ser quienes más sufren problemas psicológicos, ya que sólo el 33,1% de ellas dice que no ha sufrido problemas psicológicos en el último año. En el caso de los chicos, los adolescentes parecen los menos afectados por algún malestar o problema psicológico, al menos así lo perciben. Si bien es cierto que este grupo (15 a 19 años) es el que más frecuencia muestra en comparación con el resto de grupos de chicos (12,9% con frecuencia o continuamente), estas diferencias son casi inexistentes y es ese grupo más joven el que mayor porcentaje tiene de integrantes no sufridores de problemas, siendo el único en el que más de la mitad declara no sufrir ninguna problemática vinculada a la salud mental.

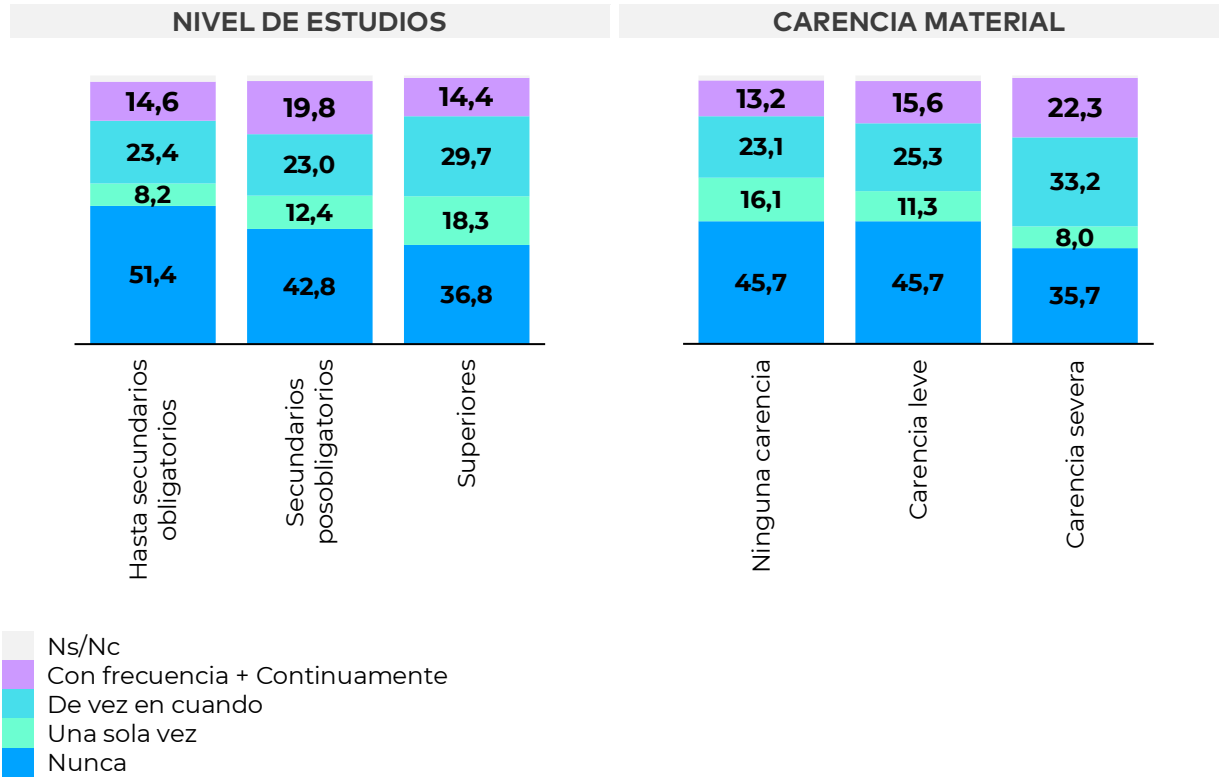
GRÁFICO 30. FRECUENCIA DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL (ÚLTIMO AÑO). GRUPOS CRUZADOS DE GÉNERO Y EDAD (%)



Pregunta 57. En los últimos 12 meses, ¿has tenido o has creído tener alguna vez un problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Sigue el **análisis comparativo según nivel de estudios finalizados y la carencia material** o riesgo de pobreza, variables que marcan diferencias destacables.

GRÁFICO 31. FRECUENCIA DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL (ÚLTIMO AÑO). NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)

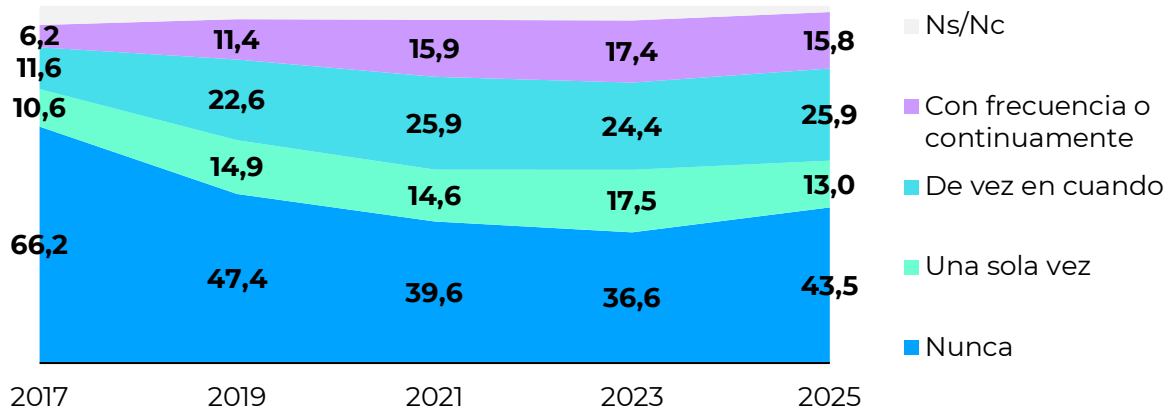


Pregunta 57. En los últimos 12 meses, ¿has tenido o has creído tener alguna vez un problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental? Categorías recodificadas: Nunca (1); Una sola vez (2); De vez en cuando (3); Con frecuencia (4) + Continuatamente (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años).

En este caso, quienes tienen **menor nivel de estudios**, probablemente relacionado con la franja de edad inferior, declaran haber tenido **menos problemas de salud mental** (el 51,4% dice no haberlos tenido nunca, 15 puntos por encima de quienes tiene estudios superiores), y quienes declaran sufrir **carencia material severa padecen estos problemas con mayor frecuencia** (hasta un 22,3% con frecuencia o constantemente).

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 32. FRECUENCIA DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL (ÚLTIMO AÑO). EVOLUCIÓN 2017-2025 (%)



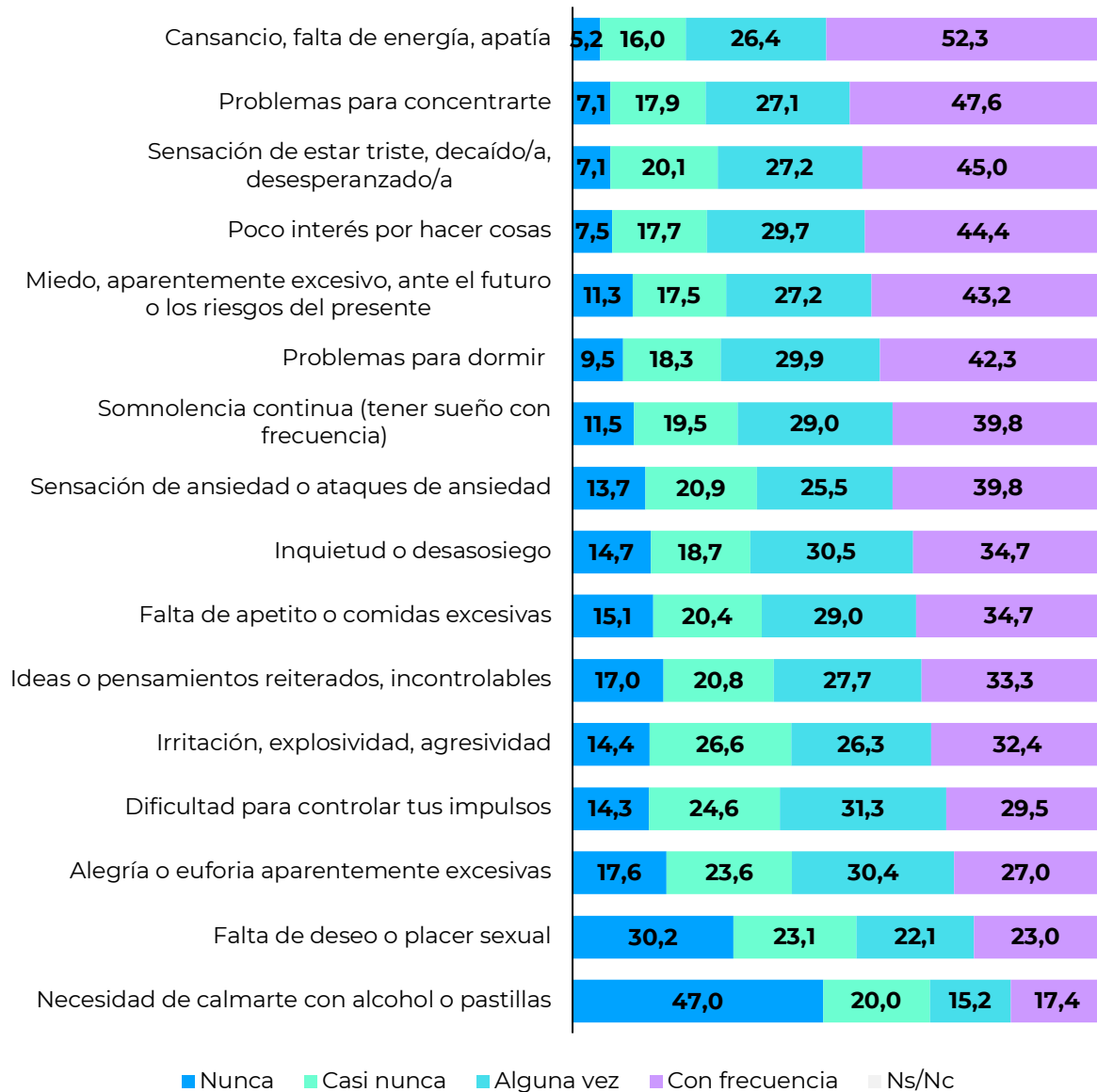
Pregunta 57. En los últimos 12 meses, ¿has tenido o has creído tener alguna vez un problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental? Categorías recodificadas: Nunca (1); Una sola vez (2); De vez en cuando (3); Con frecuencia (4) + Continuosamente (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021); 2019: N = 1.200 (Barómetro Salud y Bienestar 2019); 2017: N = 1.213 (Barómetro Salud y Bienestar 2017).

La evolución de los datos a lo largo de **la serie muestra una mejora** respecto a lo visto en los años previos, los posteriores a la pandemia, aunque todavía son datos peores respecto a los que había en 2017 y 2019. El **43,5% afirma no haber experimentado ningún problema de salud mental** en el último año, lo que supone casi 7 puntos más que en 2023. Sin embargo, sigue habiendo mayor proporción de jóvenes que experimentan **algún malestar mental**, el **54,7%**; un ligero descenso de casi 5 p.p. respecto al año 2023.

3.2. Malestares y síntomas vinculados a la salud mental

Al preguntar por la sintomatología experimentada, el **cansancio, la falta de energía y la apatía**, seguido de los **problemas para concentrarse**, la **tristeza** y la **falta de interés** por hacer cosas, son los problemas sufridos con **más frecuencia**. Después se menciona el **miedo**, los **problemas para dormir** y la **somnolencia**.

GRÁFICO 33. FRECUENCIA DE MALESTARES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL EXPERIMENTADOS (ÚLTIMOS 6 MESES). GLOBAL. 2025 (%)



Preguntas 41-56. En los ÚLTIMOS 6 MESES, ¿con qué frecuencia has tenido alguno de los siguientes problemas? Utilizar una escala de 0 (nunca) a 10 (casi siempre); 99. Ns/Nc). Categorías recodificadas: Nunca = 0; Casi nunca = 1-3; Algunas veces = 4-6; Con frecuencia = 7-10. Base = 1.511 personas (15-29 años).

A la cola aparecen mencionados la **necesidad de calmarse con alcohol y pastillas** (un 67% no lo ha experimentado nunca o casi nunca) y la **falta de deseo sexual** (un 53,3% nunca o casi nunca lo ha sufrido).

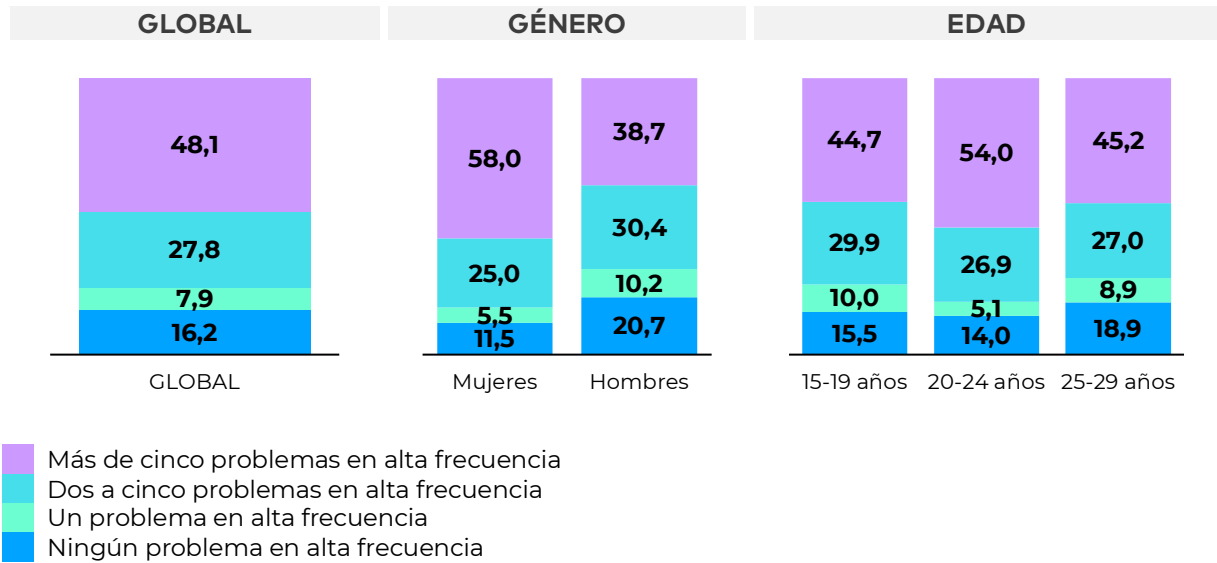
GRÁFICO 34. MALESTARES EXPERIMENTADOS CON FRECUENCIA (ÚLTIMOS 6 MESES). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD (%)



Preguntas 41-56. En los ÚLTIMOS 6 MESES, ¿con qué frecuencia has tenido alguno de los siguientes problemas? Utilizar una escala de 0 (nunca) a 10 (casi siempre); 99. Ns/Nc). Categorías recodificadas: Con frecuencia = 7-10. // Base = 1.511 personas (15-29 años)

Las **diferencias atendiendo al género son muy significativas**. Las **mujeres señalan padecer los síntomas enumerados en mayor medida que los hombres**, excepto la necesidad de calmarse con alcohol y pastillas donde las menciones son solo algo superiores entre ellos. Las distancias entre los síntomas más mencionados llegan a ser de entre 15 a 20 puntos. Si atendemos a la **edad**, las diferencias son menos evidentes, aunque el grupo de edad intermedio, entre los 20 y 24 años, señala algo por encima sufrir la mayor parte de los síntomas.

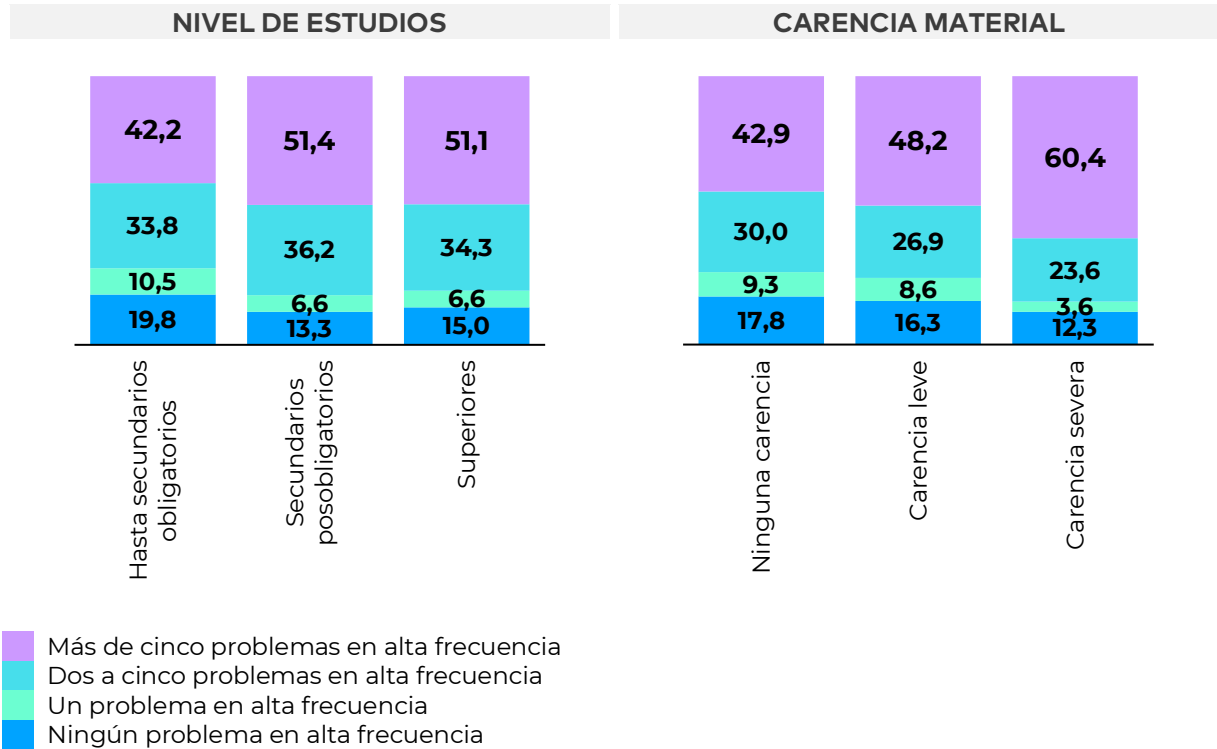
GRÁFICO 35. NÚMERO DE MALESTARES EXPERIMENTADOS CON FRECUENCIA (ÚLTIMOS 6 MESES). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



Preguntas 41-56. En los ÚLTIMOS 6 MESES, ¿con qué frecuencia has tenido alguno de los siguientes problemas? Utilizar una escala de 0 (nunca) a 10 (casi siempre); 99. Ns/Nc). Categorías recodificadas: Con frecuencia = 7-10. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Si se agrupa la sintomatología, casi **6 de cada 10 mujeres declaran sufrir más de cinco problemas con alta frecuencia**, frente a casi 4 de cada 10 hombres. Por edad, el grupo intermedio, entre los 20 y 24 años, es el que más frecuencia de problemas declara (el 54% afirma haber sufrido más de cinco problemas con alta frecuencia frente al 44,9% de jóvenes de 15 a 19 años y el 45,2% de jóvenes de 25 a 29 años).

GRÁFICO 36. NÚMERO DE MALESTARES EXPERIMENTADOS CON FRECUENCIA (ÚLTIMOS 6 MESES). NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)

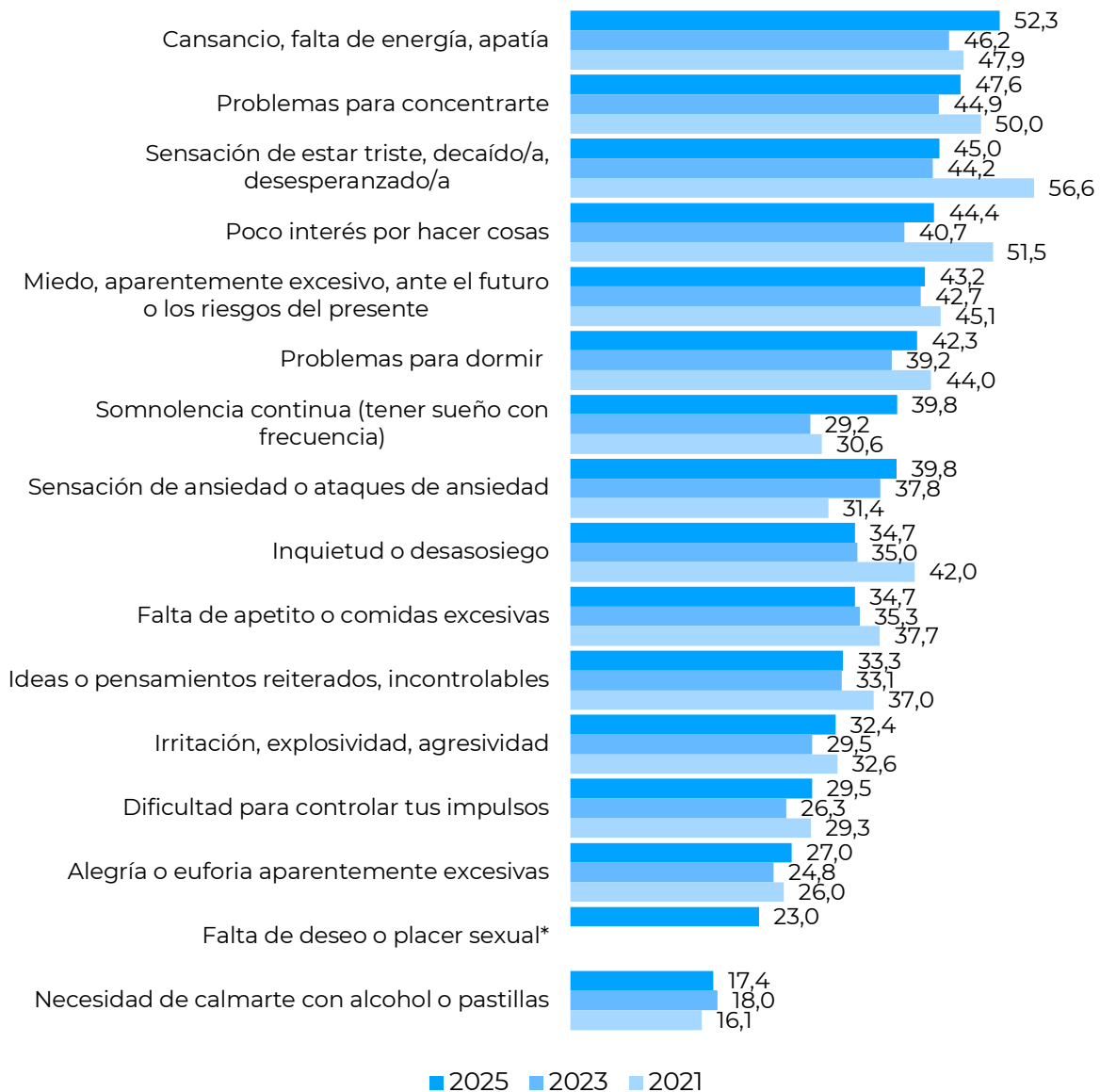


Pregunta 57. En los últimos 12 meses, ¿has tenido o has creído tener alguna vez un problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental? Categorías recodificadas: Con frecuencia = 7-10. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Quienes declaran un **menor nivel de estudios** dicen sufrir **menos problemas psicológicos y con menor frecuencia**, con casi 10 puntos de diferencia respecto a quienes identifican más de cinco problemas con alta frecuencia y tienen más estudios. Y, de nuevo, la **carencia material** marca diferencia significativas respecto a quienes no las padecen, que identifican menos síntomas y con menor frecuencia. Un 60,4% de jóvenes con carencia material severa han sufrido más de cinco problemas, superando en casi 20 puntos porcentuales a quienes no tienen ninguna carencia material.

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 37. MALESTARES EXPERIMENTADOS CON FRECUENCIA (ÚLTIMOS 6 MESES). EVOLUCIÓN 2021-2025 (%)



*En los años 2023 y 2021 no se preguntaba por esta cuestión.

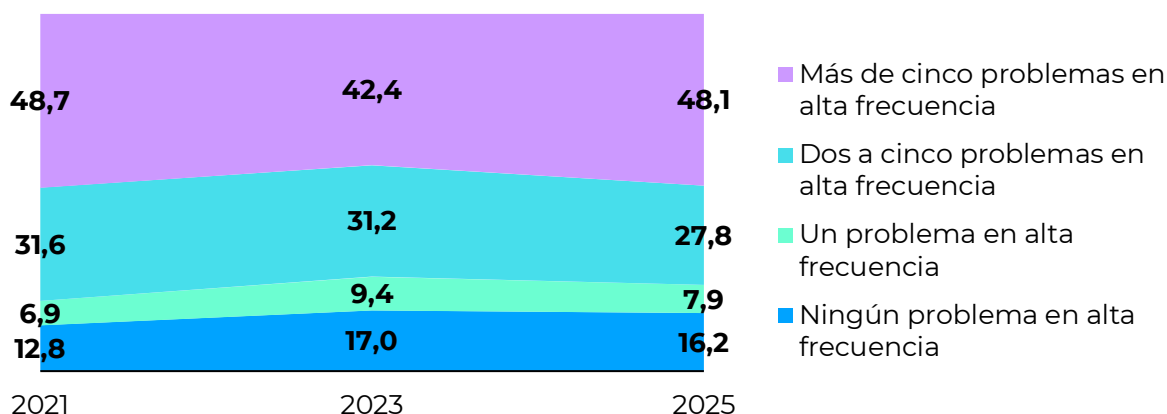
Preguntas 41-56. En los ÚLTIMOS 6 MESES, ¿con qué frecuencia has tenido alguno de los siguientes problemas? Utilizar una escala de 0 (nunca) a 10 (casi siempre); 99. Ns/Nc). Categorías recodificadas: Con frecuencia = 7-10. // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021).

El análisis longitudinal permite observar que las categorías experimentadas con mayor frecuencia se han incrementado desde 2023, aunque su incidencia era mayor en 2021. La problemática que ha experimentado un mayor incremento en 2025 ha sido la declaración de **somnolencia continua**, que pasa de un 30% aproximadamente en 2021 y en 2023, a un 39,8% en 2025. También aumenta notablemente la incidencia del cansancio, falta de energía o apatía, que se sitúa en el 52,3% (46,2% en 2023 y 47,9% en 2021), siendo además el malestar más extendido entre la población joven.

Por otro lado, conviene destacar **el único síntoma o problemática que no ha dejado de incrementarse desde 2021: la sensación de ansiedad** o los ataques de ansiedad experimentados con frecuencia pasaron del 31,4% en 2021 al 37,8% en 2023, al 39,8% en 2025.

También, al analizar la evolución que ha tenido el indicador de número de malestares experimentados con frecuencia, se comprueba cierta estabilidad, con una cifra similar de incidencia de malestares entre 2021 y 2025, manteniéndose la alta incidencia pero aumentando la baja incidencia, es decir, hay una mayor proporción de personas que no sufren ningún malestar en alta frecuencia (16,2% en 2025 y 12,8% en 2021) pero una proporción muy parecida de más de cinco problemas en alta frecuencia (48,1% en 2025 y 48,7% en 2021).

GRÁFICO 38. NÚMERO DE MALESTARES EXPERIMENTADOS CON FRECUENCIA (ÚLTIMOS 6 MESES). EVOLUCIÓN 2021-2025 (%)



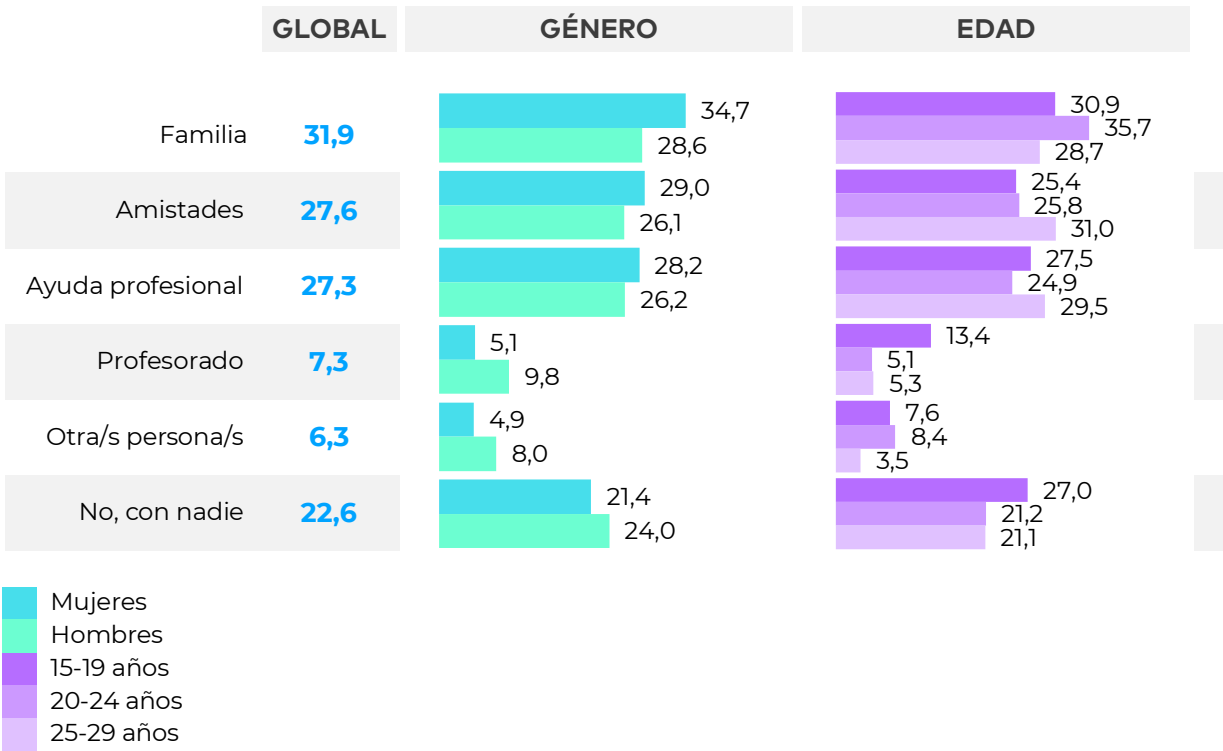
Pregunta 57. En los últimos 12 meses, ¿has tenido o has creído tener alguna vez un problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental? Categorías recodificadas: Con frecuencia = 7-10. // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021).

En definitiva, aunque es pronto para poder afirmarlo con seguridad, se observa que la incidencia de diferentes malestares o problemas experimentados con frecuencia se modera y mantiene estable, mejorando la situación experimentada inmediatamente después de la pandemia ocasionada por el COVID-19. Aunque no disponemos de datos previos a tal crisis, todo parece indicar que la incidencia de estos malestares alcanzó un pico en ese momento. Por tanto, parece que los datos mejoran o, cuando menos, se reduce la prevalencia general de los malestares. Sin embargo, conviene tomar los datos con cautela y esperar a futuros estudios para corroborar la tendencia.

3.3. Apoyos frente a problemas de salud mental

La mayoría de jóvenes que experimenta problemas de salud mental **comparte su malestar**, únicamente el **22,6% afirma no hablar con nadie del tema**. Entre quienes sí comparten sus problemas, la mayor parte lo hace **con su entorno familiar** (el 31,9%), **seguido de su grupo de pares** (27,6%) y en tercer lugar **con profesionales** (27,3%). En menor medida se habla con docentes (6,3%), siendo los hombres (9,8%) y jóvenes de 15 a 19 años (13,4%) quienes recurren a ellos con más frecuencia.

GRÁFICO 39. COMPARTICIÓN DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL: ¿LO HABLASTE CON ALGUIEN? GLOBAL, GÉNERO Y EDAD (%)



Pregunta 58. Y, ¿se lo contaste a alguien? // Base: N = 827 personas (15-29 años), que tuvieron problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental en el último año.

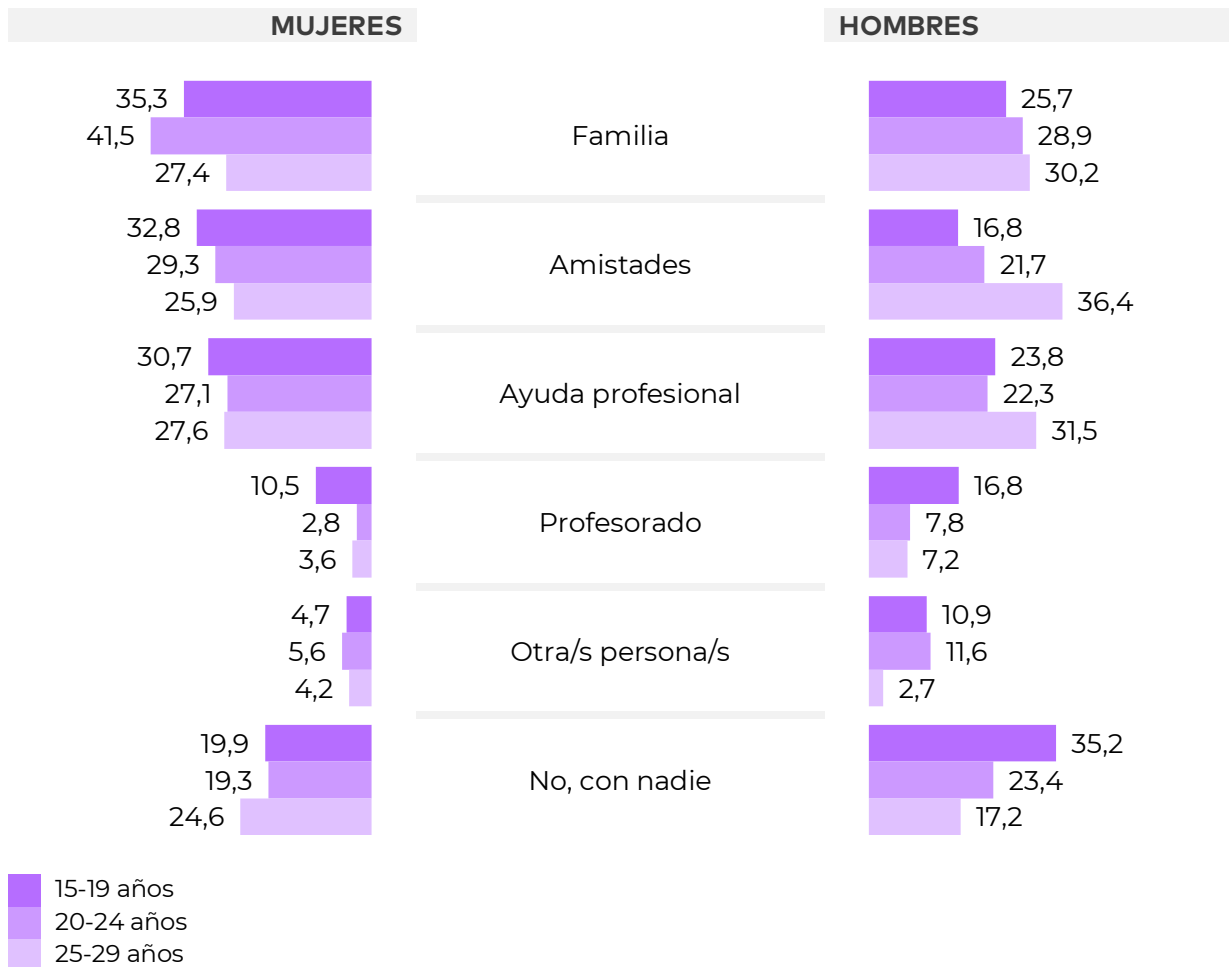
El porcentaje de jóvenes que **no comparten con nadie sus problemas es algo superior en el caso de los hombres**, aunque con pocas diferencias (24% ellos y 21,4% ellas) y las mujeres sobresalen a la hora de compartir sus problemas con la familia (34,7% ellas y 28,6% ellos); no tanto con amistades y ayuda profesional, donde también comparten más sus problemas de salud mental que los hombres.

En cuanto a las diferencias por edad, destacan especialmente **quienes tienen menos edad** frente al resto, pues comparten menos sus problemas (un 27% de 15 a 19 años no habla con nadie frente al 21% para mayores de 20 años).

Cuando se entra en el análisis cruzado de género y grupos de edad se observa que los chicos adolescentes son los que menos comparten sus problemas de salud mental con otras personas, un comportamiento muy diferente al de sus pares mujeres: el 35,2% de chicos de 15 a 19 años no le cuenta a nadie acerca de sus problemas vinculados a la

salud mental (19,9% las chicas de 15 a 19 años). En el caso de los hombres, son los de más edad quienes claramente tienden a compartir sus problemas con otras personas, destacando mucho más que el resto de grupos de edad de hombres a la hora de contarle a sus amistades o buscar ayuda profesional. Entre las mujeres hay menos diferencias por grupos de edad, aunque se vislumbra una tendencia contraria a la de los hombres, pues son las mujeres más mayores las que menos comparten sus malestares o problemas de salud mental.

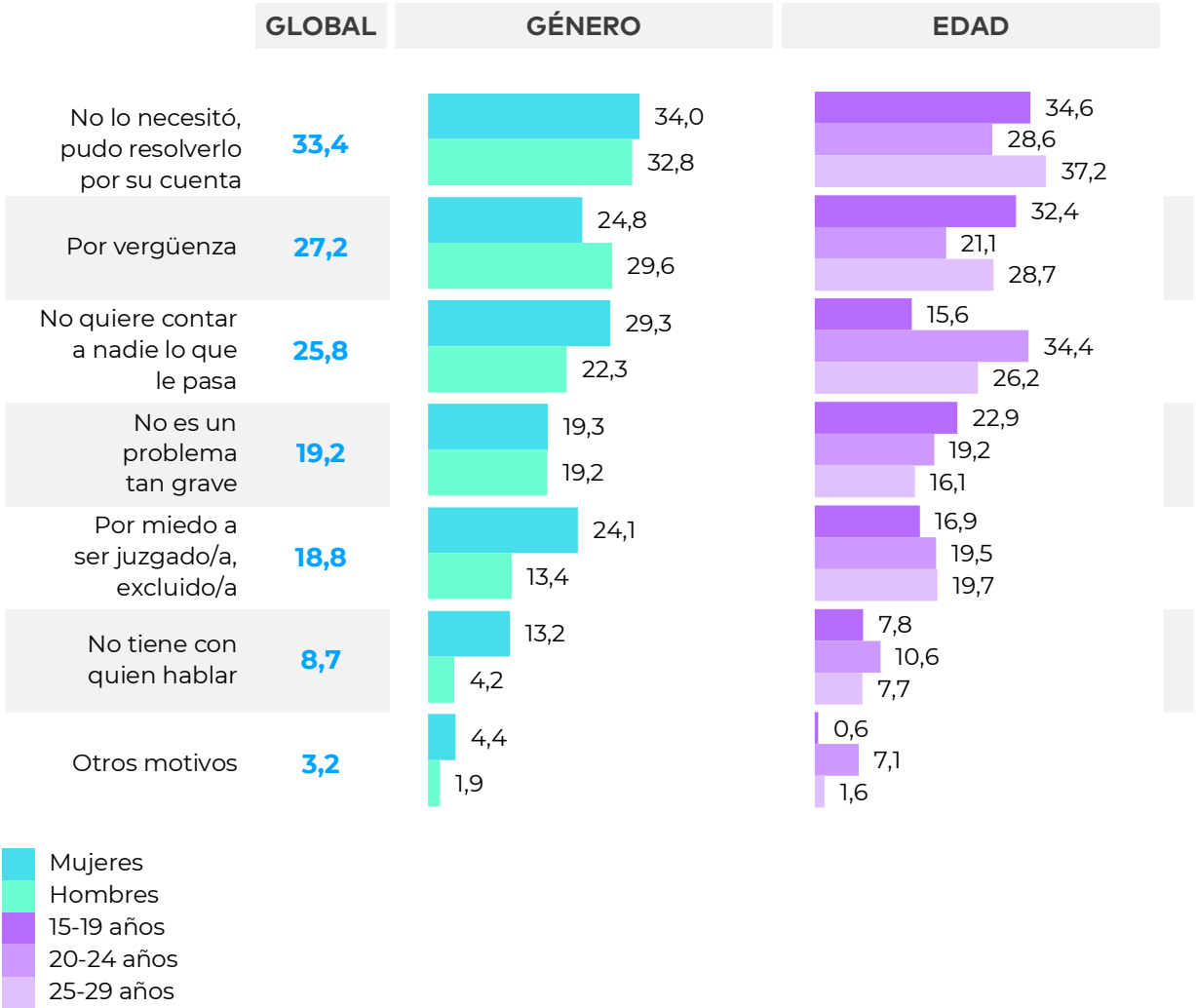
GRÁFICO 40. COMPARTICIÓN DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL: ¿LO HABLASTE CON ALGUIEN? GRUPOS CRUZADOS DE GÉNERO Y EDAD (%)



Pregunta 58. Y, ¿se lo contaste a alguien? // Base: N = 827 personas (15-29 años), que tuvieron problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental en el último año).

Al preguntar por los motivos de no contarle a nadie que se padece algún problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental, un **33,4% de jóvenes afirma que no necesitó hablar con nadie de su problema porque lo pudo resolver por su cuenta** y un 19,2% porque no era un problema grave, sin grandes diferencias por género. Un **27,2% afirma no compartir los problemas por vergüenza** (29,6% ellos y 24,8% ellas) y un **25,8% que no quiere contarle a nadie sus problemas** (29,3% ellas y 22,3% ellos).

GRÁFICO 41. MOTIVOS POR LOS QUE NO SE HABLÓ CON NADIE. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD (%)



Pregunta 61. Y, ¿por qué razones no se lo contaste a nadie? // Base: N = 187 personas (15-29 años), que tuvieron problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental en el último año y no se lo contaron a nadie.

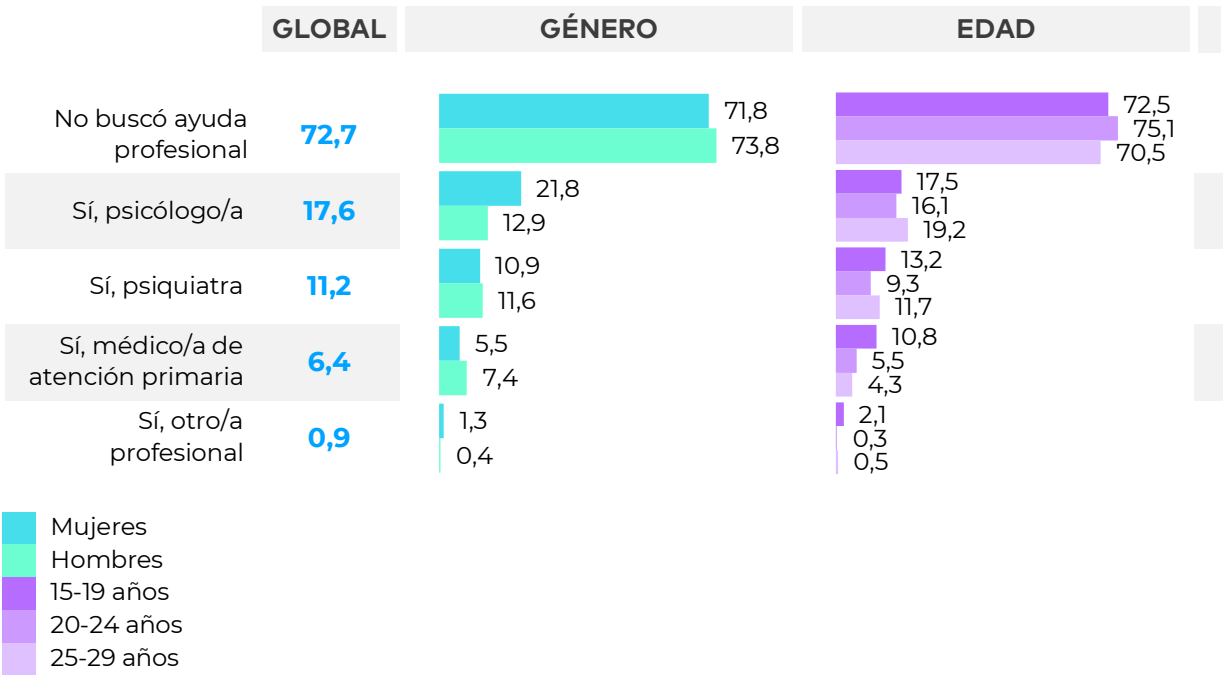
Cabe destacar que **un 24,1% de mujeres afirma no compartir sus problemas por miedo a ser juzgadas o excluidas** (frente al 13,4% de los hombres) y un 8,7% que no tiene a quién contárselo (13,2% ellas y 4,2% ellos). Por grupos de **edad**, de forma general, entre los 20 a 24 años encontramos la franja etaria más diferenciada, al ser quienes menos afirman haber podido resolverlo por su cuenta y, a su vez, quienes más dicen no querer contarle a nadie sus problemas.

3.4. Ayuda profesional ante problemas de salud mental

Un **72,7%** de jóvenes que experimentan problemas de salud mental **afirman no haber buscado ayuda profesional**. Es decir, aproximadamente 3 de cada 10 jóvenes que tuvieron malestares o problemas de salud mental en el último año recurrieron a ayuda profesional para solucionar la situación. Entre quienes sí lo han hecho, **la mayoría ha acudido al psicólogo**, seguido del psiquiatra.

Si tomamos como referencia a quienes buscaron ayuda profesional, el 64,7% recurrió a ayuda psicológica, el 41,0% a psiquiatra y el 23,5% buscó ayuda en atención primaria.

GRÁFICO 42. BÚSQUEDA DE AYUDA PROFESIONAL FRENTE A PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD (%)



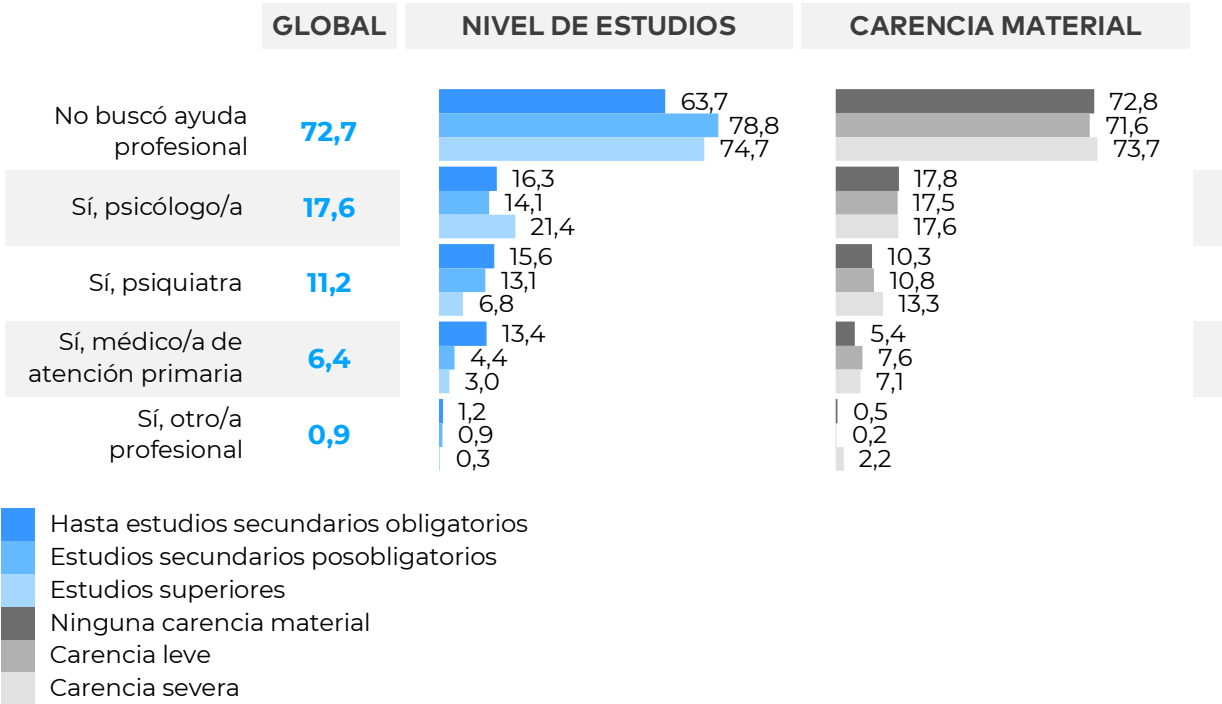
Pregunta 59. ¿A qué profesional acudiste? // Base: N = 827 personas (15-29 años), que tuvieron problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental en el último año.

No hay grandes diferencias por género a la hora de buscar o no ayuda profesional ante problemas de salud mental (un 71,8% las mujeres y un 73,8% los hombres). Sin embargo, las **chicas son más proclives a acudir a consulta psicológica** (21,8% de ellas y 12,9% ellos).

En cuanto a la edad, tampoco hay grandes diferencias y la proporción de búsqueda de ayuda profesional es similar a todas las edades. La principal diferencia estriba en que los y las jóvenes de menor edad acuden en mayor medida a la atención primaria.

Antes de continuar, es interesante detenerse en las diferencias que existen respecto a otras variables en cuanto al tipo de profesionales a quienes se acude. Concretamente, se analizan las diferencias por **nivel de estudios alcanzado** y por **carencia material o riesgo de pobreza**. Destacan especialmente las diferencias por nivel de estudios, mientras que no hay diferencias significativas según la carencia material.

GRÁFICO 43. BÚSQUEDA DE AYUDA PROFESIONAL FRENTE A PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL. GLOBAL, NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL (%)

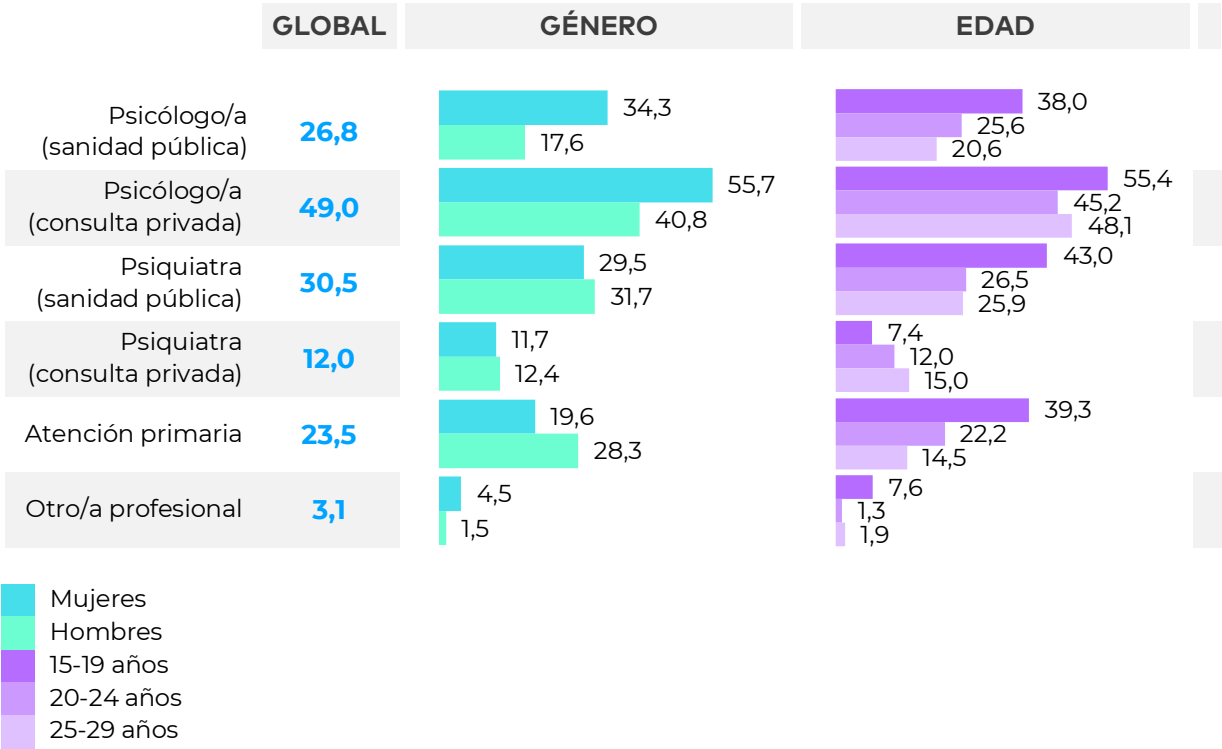


Pregunta 59. ¿A qué profesional acudiste? // Base: N = 827 personas (15-29 años), que tuvieron problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental en el último año.

En cuanto al nivel de estudios, lo más reseñable es que las personas jóvenes que tienen un nivel de estudios bajo buscan menos ayuda profesional que el resto de jóvenes. También, en cuanto al tipo de profesional, los y las jóvenes con niveles de estudios bajos acuden más a psiquiatras y, especialmente, destacan por acudir mucho más que el resto al médico de atención primaria.

Si nos centramos en los diferentes tipos de profesionales a quienes se puede acudir frente a problemas de salud mental, tomando como base a los y las jóvenes que acudieron finalmente a dicha ayuda, observamos que **lo más habitual es la consulta psicológica de carácter privado**, a la que acudió casi la mitad de jóvenes (49,0% de quienes declararon malestares mentales y buscaron ayuda profesional). Le sigue la visita psiquiátrica de la sanidad pública (30,5%) y la consulta psicológica pública (26,8%). También cabe resaltar la búsqueda de ayuda en servicios sanitarios de atención primaria (23,5%).

GRÁFICO 44. TIPO DE PROFESIONALES A QUIENES SE ACUDE FRENTE A PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



Pregunta 59. ¿A qué profesional acudiste? // Base: N = 226 personas (15-29 años), que tuvieron problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental en el último año y buscaron ayuda profesional.

Se pueden observar grandes diferencias por las variables género y edad. Las **chicas acuden más al psicólogo o psicóloga**, tanto en el ámbito público (34,3% ellas y 17,6% ellos) como el privado (55,7% ellas y 40,8% ellos). Sin embargo, apenas hay diferencias a la hora de acudir a consulta psiquiátrica. Por otro lado, los **chicos van en mayor medida a servicios de atención primaria** frente a problemas de salud mental (28,3% ellos y 19,6% ellas).

En cuanto a la edad, las personas más jóvenes (15 a 19 años) presentan más proporción a la hora de acudir a todo tipo de profesionales, salvo a tratamiento psiquiátrico privado, en el que destacan los y las jóvenes de más edad. El grupo más joven parece destacar especialmente por buscar ayuda profesional en el ámbito público.

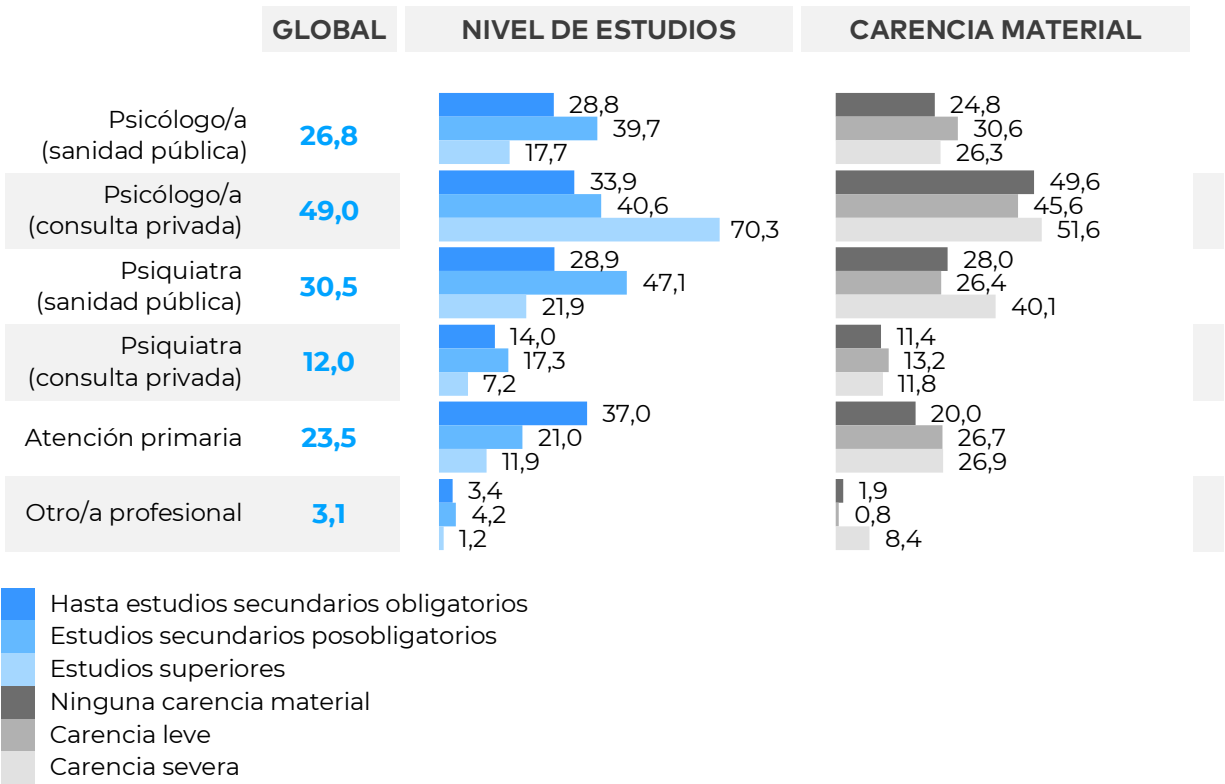
Volviendo al análisis de las variables nivel de estudios y carencia material, hay algunas diferencias reseñables en lo relativo al tipo de profesionales públicos o privados a los que se acude. Así, el nivel de estudios parece ser una variable clave del análisis:

- Jóvenes con **estudios superiores** buscan mucha más ayuda profesional en **psicólogos y psicólogas del ámbito privado**. El 70,3% de jóvenes con estudios superiores que tuvo algún malestar o problema de salud mental utilizó tratamiento psicológico privado (40,6% en estudios secundarios posobligatorios y 33,9% en estudios más bajos).
- Jóvenes con **estudios medios** (secundarios posobligatorios) acuden especialmente a **servicios públicos, tanto psicológicos como psiquiátricos**.

- Jóvenes con **estudios bajos** utilizan principalmente la **atención primaria de la sanidad pública**.

En otro orden de cosas, también hay diferencias significativas en lo relacionado con la **carencia material** o el riesgo de pobreza, aunque las diferencias son menos agudas. Por un lado, no hay un comportamiento especialmente diferenciado entre jóvenes con y sin carencia material en cuanto a la búsqueda de ayuda profesional en psicólogos o psicólogas, ya sea del ámbito público como privado, ni tampoco en la psiquiatría privada. Sin embargo, los y las jóvenes **con carencia material severa acuden más que el resto a psiquiatra en sanidad pública**, y quienes **no tienen carencia material acuden menos a asistencia sanitaria de atención primaria del ámbito público**.

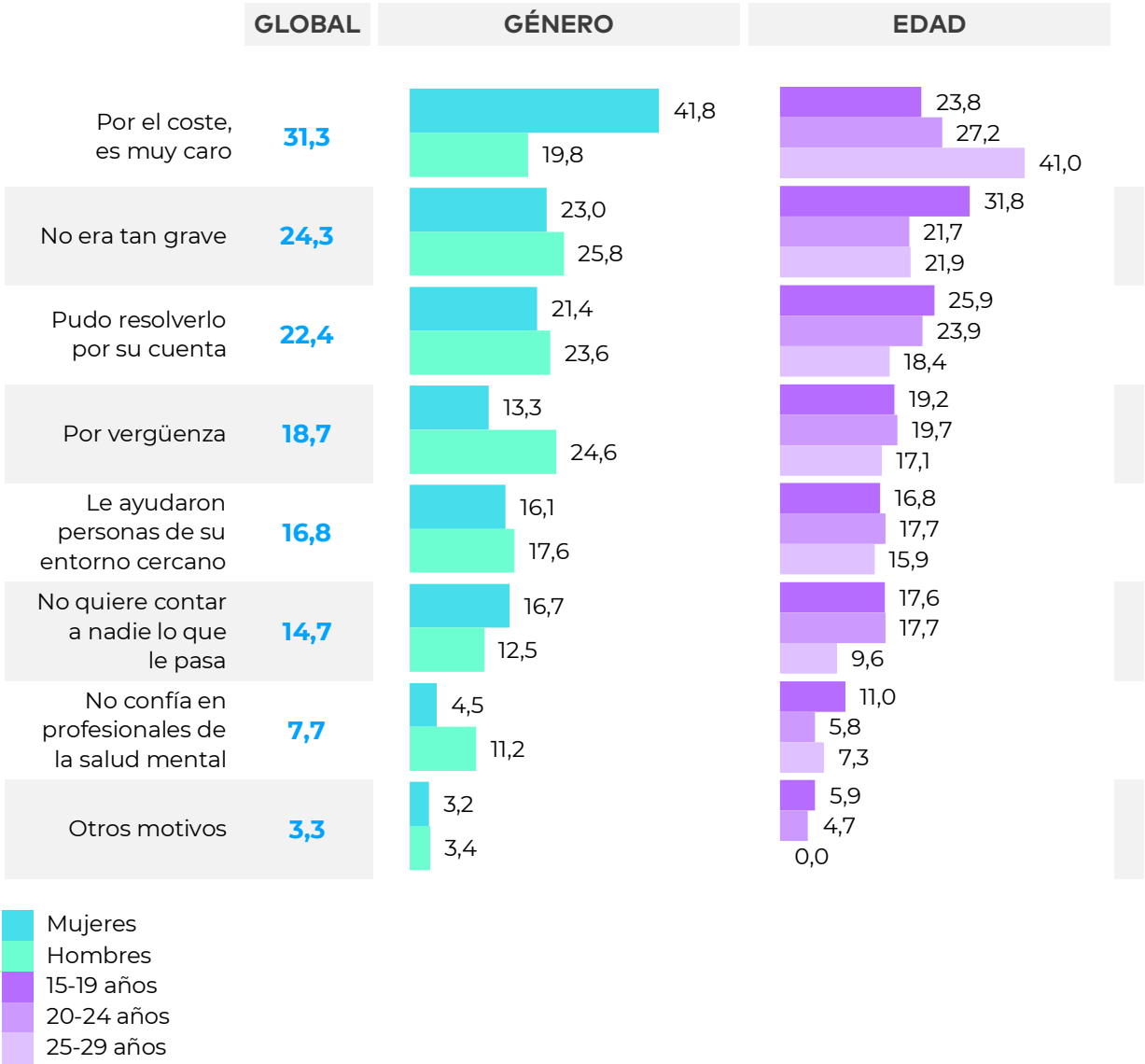
GRÁFICO 45. TIPO DE PROFESIONALES A QUIENES SE ACUDE FRENTE A PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL. GLOBAL, NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)



Pregunta 59. ¿A qué profesional acudiste? // Base: N = 226 personas (15-29 años), que tuvieron problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental en el último año y buscaron ayuda profesional.

Pasamos ahora a analizar a quienes no acuden a ayuda profesional frente a problemas o malestares de salud mental. **La principal razón para no buscar ayuda profesional es el coste elevado, 31,1%** lo menciona como principal motivo. Le siguen otras razones, como el no valorar que sea un problema tan grave (24,3%) o no necesitarlo porque lo resolvieron por su cuenta (22,4%).

GRÁFICO 46. MOTIVOS PARA NO BUSCAR AYUDA PROFESIONAL FRENTE A PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD (%)

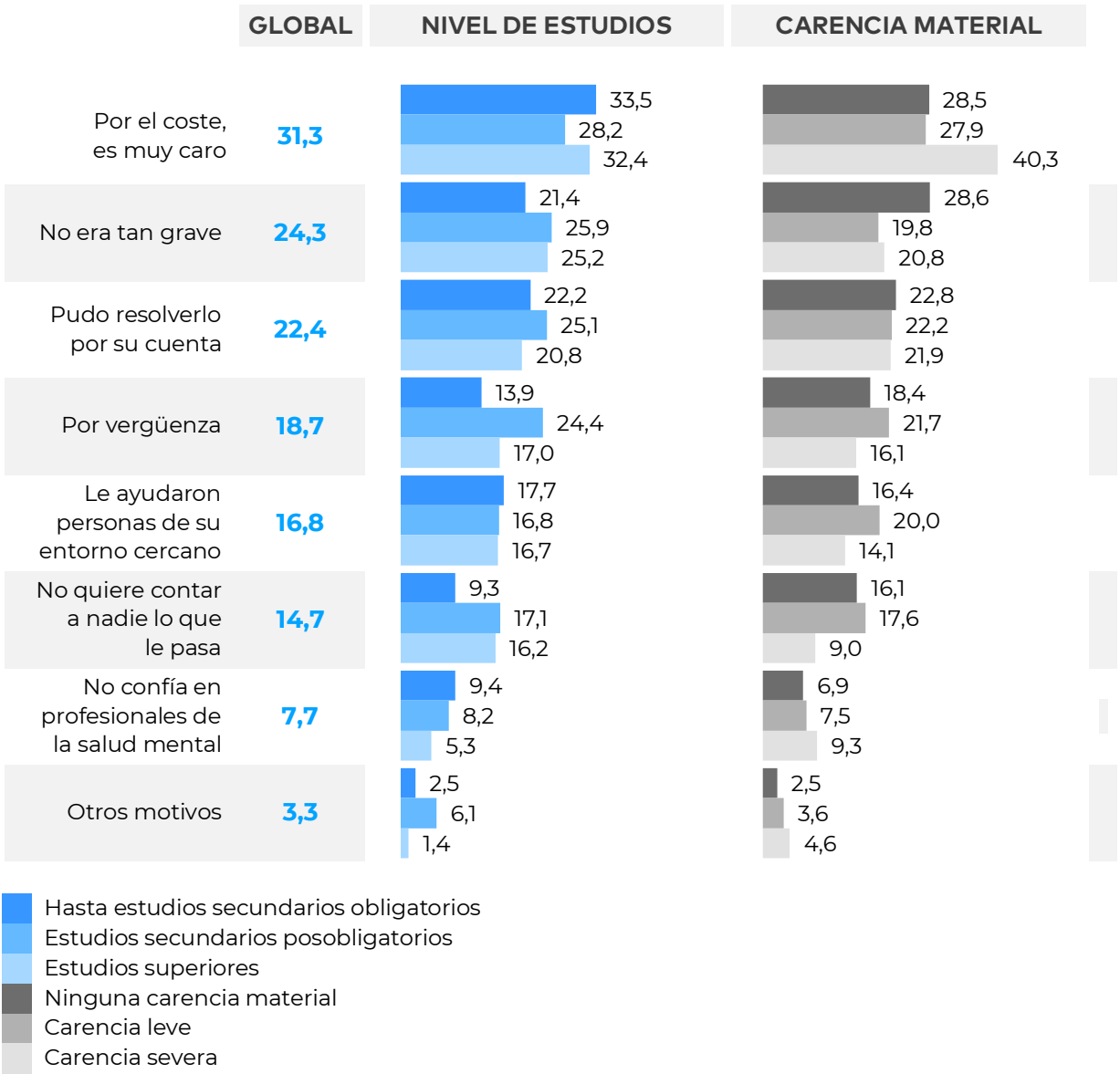


Pregunta 60. Por tu respuesta, hemos visto que no buscaste ayuda profesional. ¿Por qué razones? // Base: N = 602 personas (15-29 años), que tuvieron problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental en el último año y no buscaron ayuda profesional. // Ns/Nc = 0,1%.

Hay diferencias destacables por **género**. Las **mujeres aluden en mucha mayor medida al coste elevado de los tratamientos como motivo para no buscar ayuda profesional** (41,8% ellas y 19,8% los hombres). Los **hombres**, en comparación con las mujeres, **destacan en señalar la vergüenza** (24,6%, frente al 13,3% de chicas) y **la falta de confianza en profesionales de la salud mental** (11,2% frente al 4,5% de las chicas).

Por **edad**, el motivo del **coste económico destaca entre la franja 25-29 años**, y las franjas más jóvenes señalan en mayor medida el resto de motivos.

GRÁFICO 47. MOTIVOS PARA NO BUSCAR AYUDA PROFESIONAL FRENTE A PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL. GLOBAL, NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)



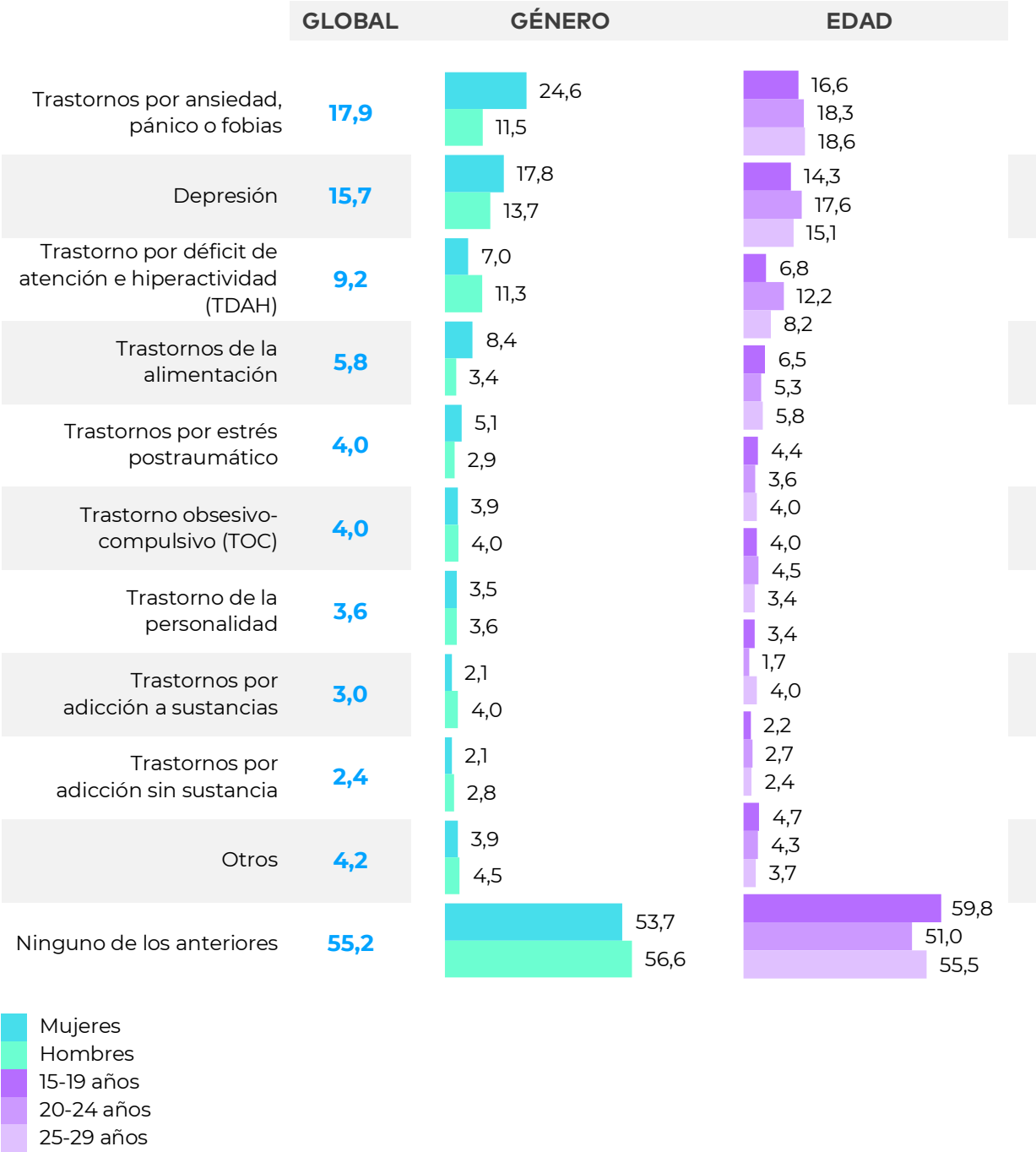
Pregunta 60. Por tu respuesta, hemos visto que no buscaste ayuda profesional. ¿Por qué razones? // Base: N = 602 personas (15-29 años), que tuvieron problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental en el último año y no buscaron ayuda profesional. // Base: N = 602 personas (15-29 años), que tuvieron problemas psicológicos, psiquiátricos o de salud mental en el último año y no buscaron ayuda profesional.

También se encuentran algunas diferencias cuando se pone el foco en los estudios o las condiciones socioeconómicas. En cuanto al **nivel de estudios** máximo finalizado, se comprueba que quienes tienen estudios medios (secundarios posobligatorios) destacan comparativamente por aludir a la vergüenza como motivo para no recurrir a ayuda profesional ante problemas de salud mental. En lo relativo a la **carencia material**, destacan quienes se encuentran en un mayor riesgo de pobreza por no recurrir a ayuda profesional debido a su coste económico. Quienes tienen mejores condiciones socioeconómicas aluden más a la idea de restarle gravedad al asunto (no era tan grave como para buscar ayuda profesional).

3.5. Trastornos diagnosticados

A continuación, se pregunta por los **trastornos que les han sido diagnosticados por profesionales de la salud alguna vez en la vida**. Es decir, aunque se trata de las declaraciones de los y las jóvenes, aluden a diagnósticos médicos y no a percepciones sobre sus problemas de salud mental.

GRÁFICO 48. TRASTORNOS DIAGNOSTICADOS POR PROFESIONALES DE LA SALUD (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD (%)



Pregunta 62. ¿Alguna vez en tu vida, un profesional (médico, psicólogo, psiquiatra, etc.) te diagnosticó alguno de los siguientes problemas de salud mental? // Base = 1.511 personas (15-29 años). // Ns/Nc = 2%.

En este caso, cuando preguntamos por los diagnósticos, más de la mitad de jóvenes, un **55,2%, afirma no haber recibido diagnóstico** alguno en ningún momento de su vida⁸. Dicho en el sentido contrario, un **42,8% sí ha recibido algún diagnóstico** a lo largo de su vida.

Los diagnósticos claramente más extendidos entre la población juvenil son los **trastornos por ansiedad, pánico o fobias** (17,9%) y los **trastornos vinculados a la depresión** (15,7%). En menor medida, también cabe destacar que el 9,2% ha sido diagnosticado o diagnosticada con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

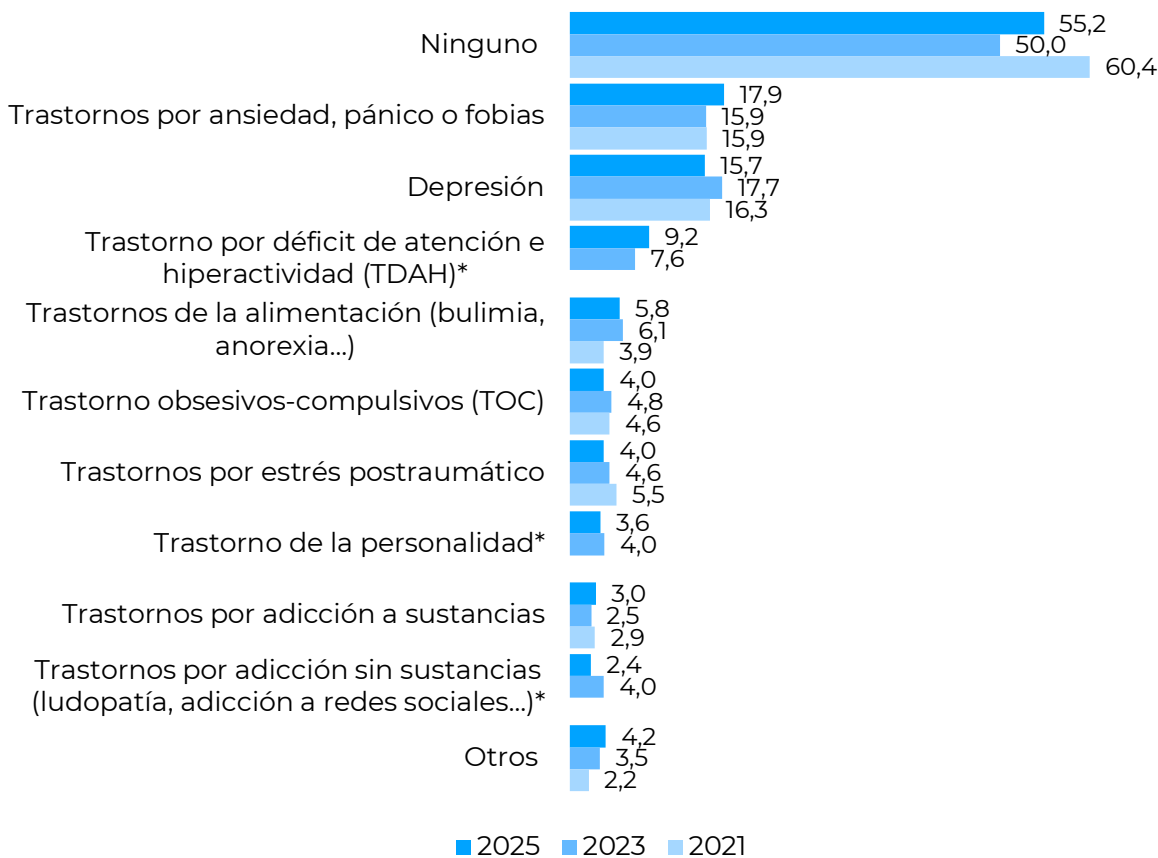
En cuanto a las diferencias por género, no hay demasiadas en cuanto a quienes no han tenido ningún diagnóstico de la lista planteada (56,6% de los chicos no ha sido diagnosticado con estos problemas psicológicos; 53,7% en el caso de las chicas). Sin embargo, se advierte que las **mujeres han recibido diagnósticos en mayor proporción** en prácticamente todos los problemas psicológicos mencionados. Es notable la diferencia en cuanto a la ansiedad, caso en el que las mujeres doblan el porcentaje de los hombres (24,6% ellas y 11,5% ellos). Los hombres destacan por una mayor incidencia del TDAH (11,3% ellos y 7,0% ellas).

Por edad no hay diferencias muy significativas, aunque se puede destacar que el porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que afirma no tener ninguno de los trastornos diagnosticados mencionados es superior al resto (59,8% frente al 51% en el grupo de 20 a 24 años y el 55,5% en el grupo de 25 a 29 años).

⁸ Es importante tener en cuenta que este listado de diagnósticos no es completo, por lo que cabe tomar los resultados con cautela. Podría suceder que algunos y algunas jóvenes hayan tenido diagnósticos de otros problemas psicológicos que no estén en esta lista y en vez de marcar la opción "Otros" hayan seleccionado "Ninguno de los anteriores". Es decir, una hipótesis plausible es que haya una proporción mayor de jóvenes que alguna vez en su vida hayan recibido algún diagnóstico médico relativo a problemas psicológicos. Una aproximación interesante a esta problemática es la información del Ministerio de Sanidad relativa a la Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP): <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdcap/problemas-de-salud>.

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 49. TRASTORNOS DIAGNOSTICADOS POR PROFESIONALES DE LA SALUD (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). EVOLUCIÓN 2021-2025 (%)



*En el año 2021 no se incluyeron estas categorías de respuesta en el cuestionario.

Pregunta 62. ¿Alguna vez en tu vida, un profesional (médico, psicólogo, psiquiatra, etc.) te diagnosticó alguno de los siguientes problemas de salud mental? // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021).

Los datos de evolución muestran que **aumenta ligeramente la proporción de jóvenes que no han sido diagnosticados ninguna vez en su vida por algún problema psicológico**, pasando del 50% en 2023 al 55,2% en 2025.

La mayor parte de trastornos diagnosticados se mantienen estables o descienden en prevalencia, salvo la ansiedad y el TDAH. Los **trastornos por ansiedad se convierten en los más habituales** y pasan del 15,9% en 2023 al 17,9% en 2025.

Disponemos de pocos datos evolutivos propios al respecto de los diagnósticos, por lo que no podemos hablar claramente de tendencias. Sobre todo, no disponemos de datos previos a la pandemia del COVID-19, que fue un punto de inflexión clave en lo relativo a los problemas psicológicos. Existen evidencias que muestran que el crecimiento de los problemas psicológicos diagnosticados ha registrado un incremento evidente en España en todas las edades, con una especial incidencia en las personas jóvenes (Oxfam Intermón y Consejo de la Juventud de España, 2024; Gómez Miguel et al., 2024).

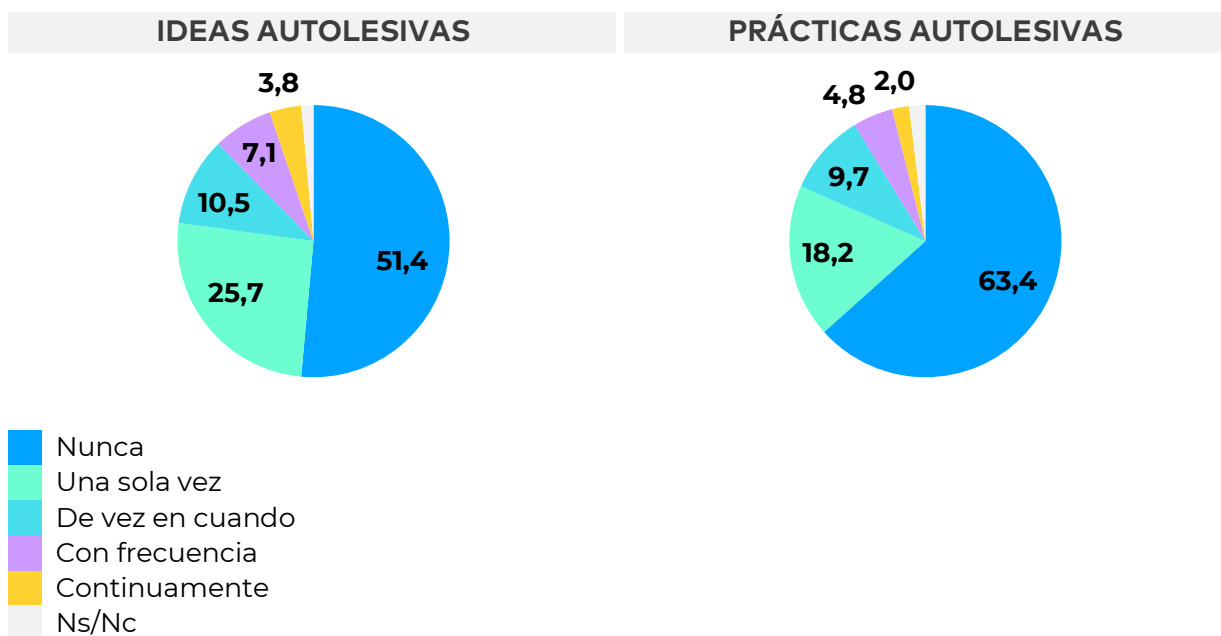
3.6. Prácticas autolesivas e ideación suicida

En esta edición del Barómetro (2025) es la primera vez que preguntamos por **ideas y prácticas autolesivas**, desligadas estas de las ideas suicidas —que ya venimos preguntando desde el año 2017—. Es decir, preguntamos por **autolesiones no suicidas**, tanto pensadas como consumadas. No contamos pues con datos de evolución, pero resulta pertinente recoger información sobre unas ideas y prácticas que los estudios sobre autolesiones identifican como una conducta frecuente durante la adolescencia; de hecho, se considera que uno de cada cuatro adolescentes lo hace, que es más común entre las chicas y que las autolesiones de carácter leve son las más frecuentes (Ñañez et al., 2020). Las autolesiones son conductas deliberadas dirigidas a provocar daño en la propia persona y pueden abarcar un continuo amplio de situaciones, desde manifestaciones que no revisten gravedad y buscan regular emociones, hasta otras más agudas que pueden indicar un problema mental grave.

3.6.1. Ideas y prácticas autolesivas

Las respuestas al cuestionario muestran que un **51,4%** de adolescentes y jóvenes no ha tenido **ideas autolesivas** ninguna vez en su vida, frente a un 47,1% que sí las ha tenido y, entre ellas, un **10,9% con frecuencia o continuamente**. Cabe resaltar que el **25,7% ha tenido este tipo de ideas una sola vez**.

GRÁFICO 50. FRECUENCIA DE IDEAS Y PRÁCTICAS AUTOLESIVAS (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). GLOBAL. 2025 (%)

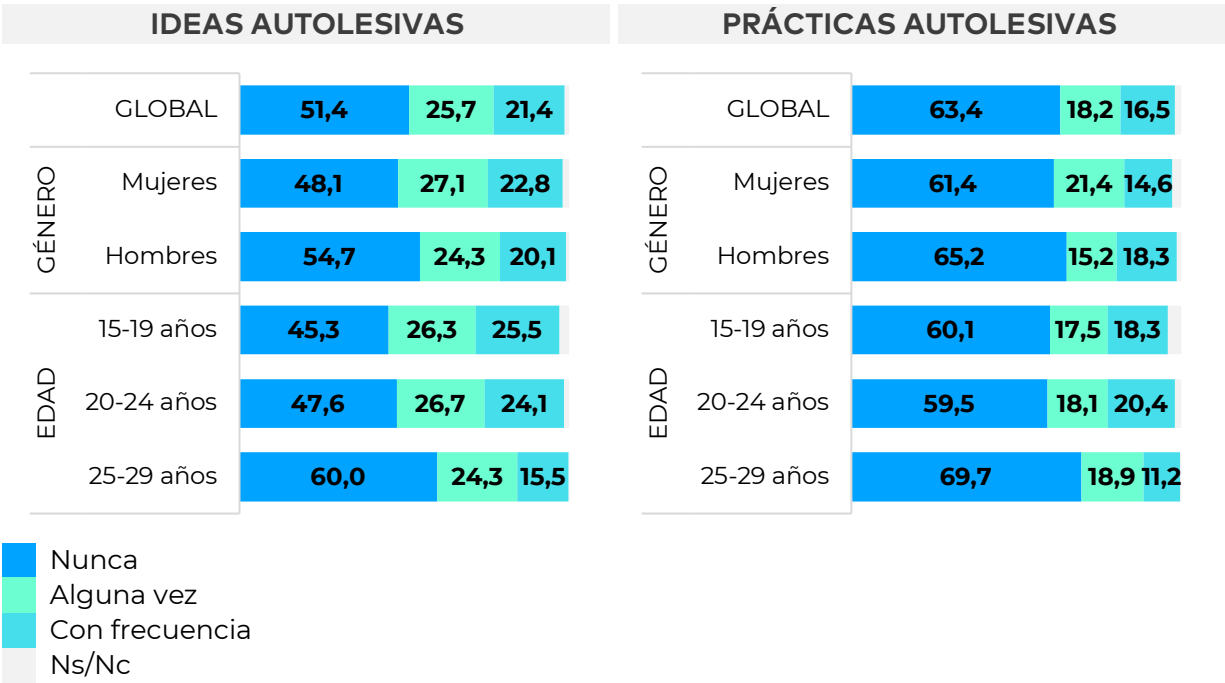


Preguntas 86-87. ¿Has experimentado alguna vez ideas o prácticas autolesivas? Por «autolesivas» o «autolíticas» nos referimos a prácticas en las que te haces daño a propósito, como: infligirse rasguños o cortes en los brazos, quemarse a uno/a mismo/a, arrancarse el pelo, etc. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Por otro lado, centrando la atención en las prácticas autolesivas consumadas, se comprueba que alrededor de 1 de cada 3 jóvenes ha realizado **prácticas autolesivas (34,7%)**, el **6,8%** lo ha hecho **con frecuencia o continuamente**. La **mayoría**, cerca de 2 de cada 3 jóvenes, **nunca ha realizado este tipo de prácticas (63,4%)**.

El género marca diferencias significativas al respecto de las autolesiones, tanto en ideas como prácticas, siendo las **mujeres más proclives a tener ideas autolesivas** (6 puntos por encima de los hombres) y también a **autolesionarse** (4 puntos porcentuales más que los hombres). Sin embargo, cabe destacar que, poniendo el foco en quienes llevan a cabo prácticas autolesivas con frecuencia, los hombres superan a las mujeres (18,3% ellos y 14,6% ellas).

GRÁFICO 51. FRECUENCIA DE IDEAS Y PRÁCTICAS AUTOLESIVAS (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



Preguntas 86-87. ¿Has experimentado alguna vez ideas o prácticas autolesivas? Por «autolesivas» o «autolíticas» nos referimos a prácticas en las que te haces daño a propósito, como: infligirse rasguños o cortes en los brazos, quemarse a uno/a mismo/a, arrancarse el pelo, etc. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Y con relación a la **edad** también se identifican diferencias significativas. De forma general, se observa que **tanto las ideas como las prácticas autolesivas están más presentes en menores de 25 años:**

- Los y las jóvenes menores de 25 años, tanto el grupo más joven (15 a 19 años) como el medio (20 a 24 años), tienen un comportamiento similar en cuanto a las ideas y prácticas autolesivas. En estos grupos de jóvenes hay aproximadamente 1 de cada 4 que tiene ideas autolesivas con frecuencia y 1 de cada 5 prácticas autolesivas consumadas con frecuencia. Algo menos de la mitad nunca ha tenido estas ideas y alrededor de 6 de cada 10 nunca se ha autolesionado.
- El grupo más mayor, el de 25 a 29 años, tiene un comportamiento muy diferenciado, especialmente porque tiene entre 15 y 10 puntos de diferencia en

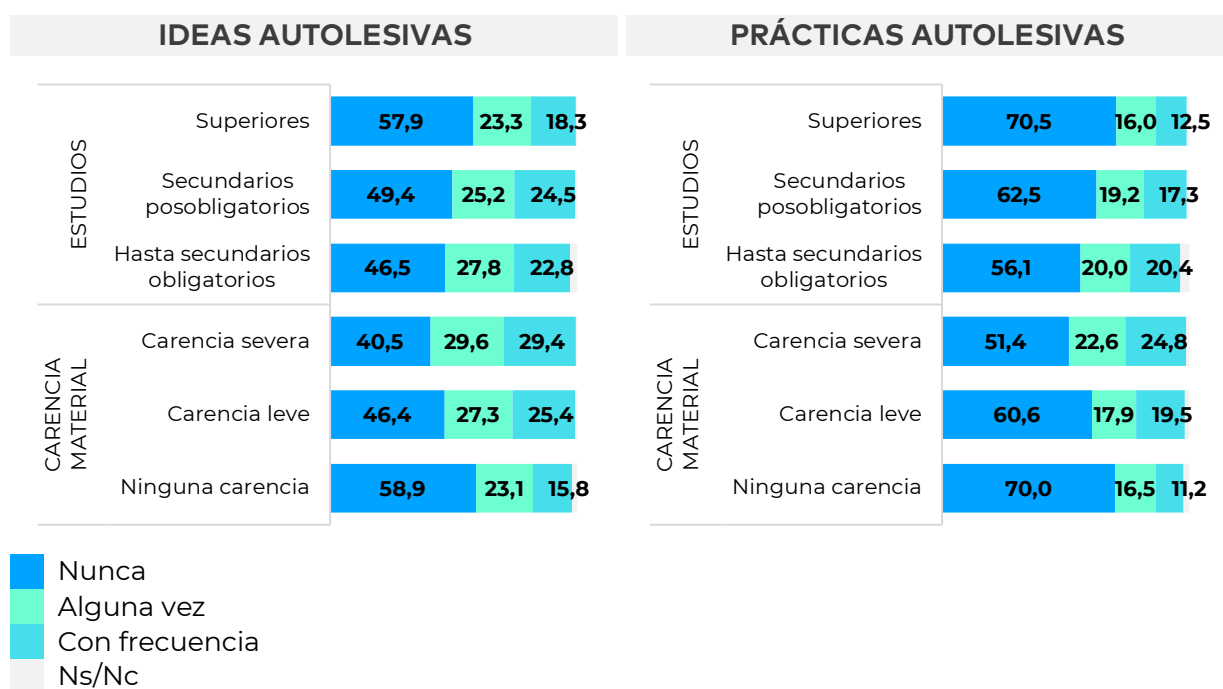
cuanto a quienes nunca han tenido ideas o prácticas autolesivas. También, esta diferencia se ve claramente en que las ideas o prácticas frecuentes también son mucho menos habituales entre este grupo de edad.

Tanto las ideas como las prácticas autolesivas están **más presentes entre jóvenes con menor nivel de estudios y con mayor carencia material**. Se trata de dos variables que tienden a marcar diferencias en muchos ámbitos, y en este caso se hace evidente.

En cuanto al **nivel de estudios** máximo terminado, **quienes tienen estudios superiores presentan mucha menor incidencia de ideas autolesivas**: el 41,7% de jóvenes con estudios superiores ha tenido ideas autolesivas alguna vez, frente al 49,8% de quienes tienen estudios medios y el 50,6% de quienes tienen estudios bajos. Sucede algo similar en el caso de las prácticas autolesivas, donde el 28,5% de quienes tienen estudios superiores ha realizado estas prácticas, mientras que es el 36,5% en jóvenes con estudios medios y 40,4% en estudios bajos.

Por otro lado, las **condiciones socioeconómicas** marcan incluso más diferencias. Entre quienes declaran carencia material severa, casi 3 de cada 10 tienen ideas autolesivas con frecuencia (29,4%), y 1 de cada 4 declara realizar prácticas autolesivas frecuentemente (24,8%). En el sentido contrario, vemos que los y las **jóvenes que no tienen carencias materiales se alejan mucho más de estas ideas y prácticas**: casi 6 de cada 10 nunca han tenido ideas autolesivas (entre 4 y 5 de cada 10 en jóvenes con alguna carencia material) y 7 de cada 10 no han practicado autolesiones (entre 5 y 6 de cada 10 en jóvenes con mayor riesgo de pobreza).

GRÁFICO 52. FRECUENCIA DE IDEAS Y PRÁCTICAS AUTOLESIVAS (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)

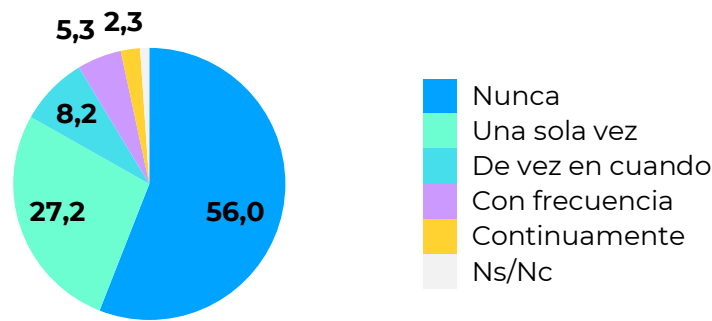


Preguntas 86-87. ¿Has experimentado alguna vez ideas o prácticas autolesivas? Por «autolesivas» o «autolíticas» nos referimos a prácticas en las que te haces daño a propósito, como: infligirse rasguños o cortes en los brazos, quemarse a uno/a mismo/a, arrancarse el pelo, etc. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

3.6.2. Ideación suicida

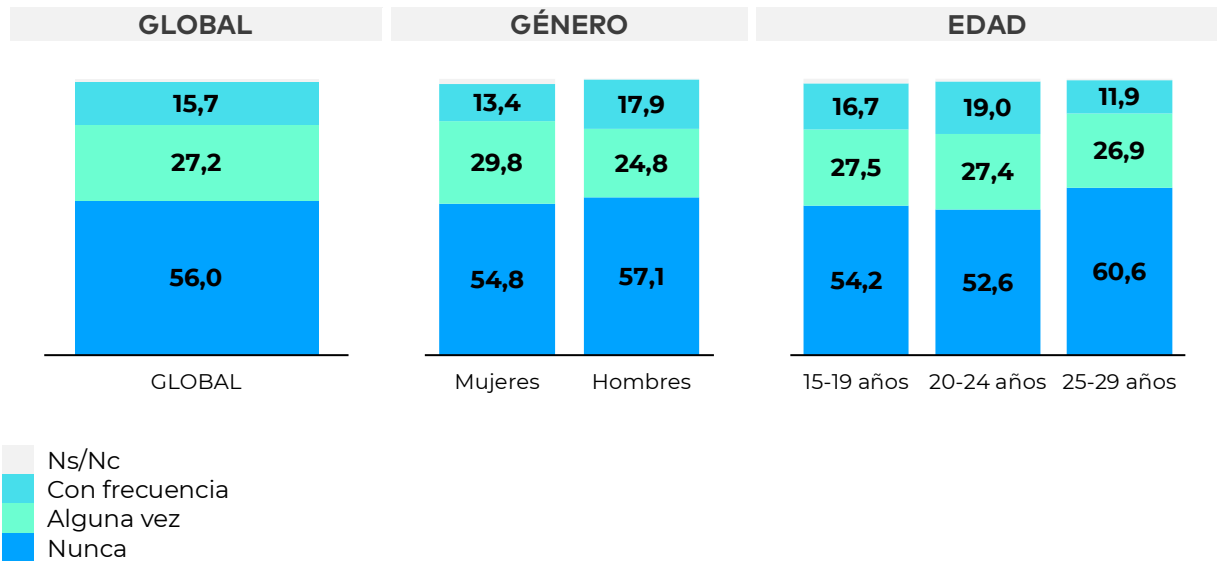
El **56% de jóvenes declara no haber experimentado nunca ideas suicidas**, pero un 43% sí las ha tenido alguna vez, un **7,6% con frecuencia** (sumando las categorías de respuesta "Con frecuencia" + "Continuamente"). Aunque hay un elevado porcentaje que ha tenido este tipo de ideas, cabe destacar que casi 3 de cada 10 sólo las ha tenido una vez en la vida (27,2%).

GRÁFICO 53. FRECUENCIA DE EXPERIMENTACIÓN DE IDEAS SUICIDAS (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). GLOBAL. 2025 (%)



Pregunta 88. ¿Has experimentado alguna vez ideas de suicidio? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

GRÁFICO 54. FRECUENCIA DE EXPERIMENTACIÓN DE IDEAS SUICIDAS (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



Pregunta 88. ¿Has experimentado alguna vez ideas de suicidio? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

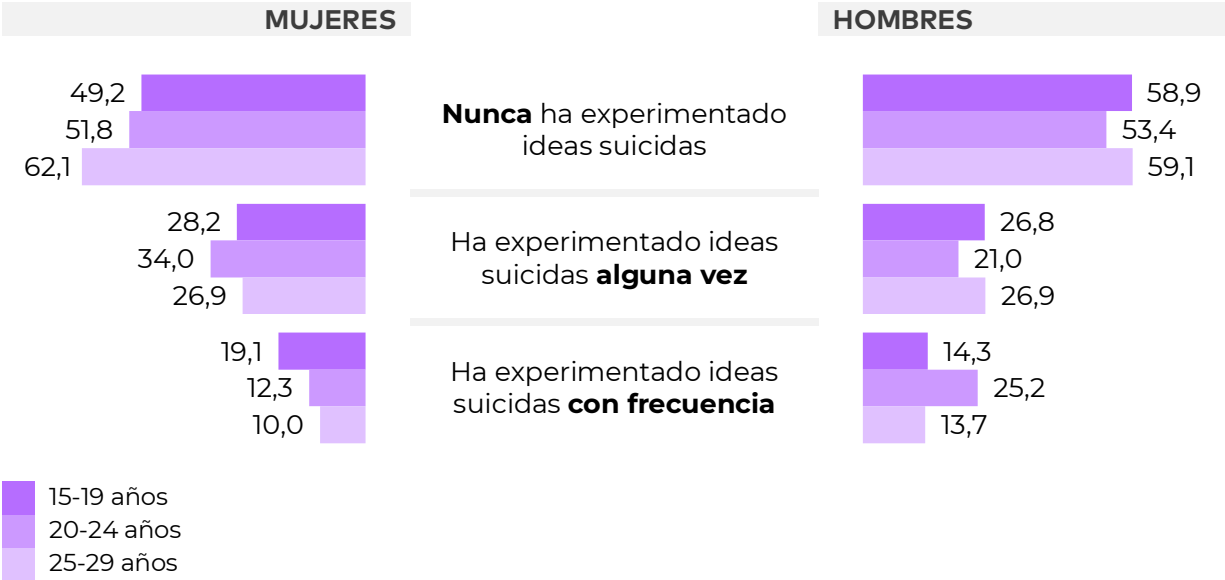
Atendiendo a diferencias sociodemográficas, **el porcentaje de mujeres que experimentan ideas de suicidio es ligeramente superior al de hombres** (43,2% ellas y 42,7% ellos), aunque ellos señalan algo más tenerlas con frecuencia.

Por grupos de edad se observa que **los y las jóvenes menores de 25 años experimentan con mayor frecuencia ideas de suicidio que el grupo de 25 a 29 años**. Además, reforzando la tendencia, se observa que el grupo más mayor (25-29 años) es el que en mayor

porcentaje declara que nunca ha experimentado estas ideas (60,6%; 54,2% en el grupo 15-19 años y 52,6% en el grupo 20-24 años).

Si se analizan de forma cruzada las variables género y grupos de edad, destacan varios elementos. En el caso de las mujeres hay un claro contraste entre las más jóvenes y las más adultas, siendo las chicas adolescentes las que con mayor frecuencia tienen ideación suicida (19,1% de las chicas de 15 a 19 años ha tenido ideas suicidas con frecuencia a lo largo de su vida; 10% en el caso de las mujeres de 25 a 29 años); las **mujeres jóvenes de más edad (25 a 29 años) son las que más señalan no haber experimentado ideas suicidas a lo largo de su vida** (62,1% de ellas no ha tenido ideas suicidas). En el caso de los **hombres es el grupo de 20 a 24 años el más afectado por la ideación suicida**, siendo además el más afectado por esta problemática también en comparación con los grupos de edad de mujeres (25,2% de los chicos de 20 a 24 años ha tenido ideas suicidas con frecuencia).

GRÁFICO 55. FRECUENCIA DE EXPERIMENTACIÓN DE IDEAS SUICIDAS (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). GRUPOS CRUZADOS DE GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)

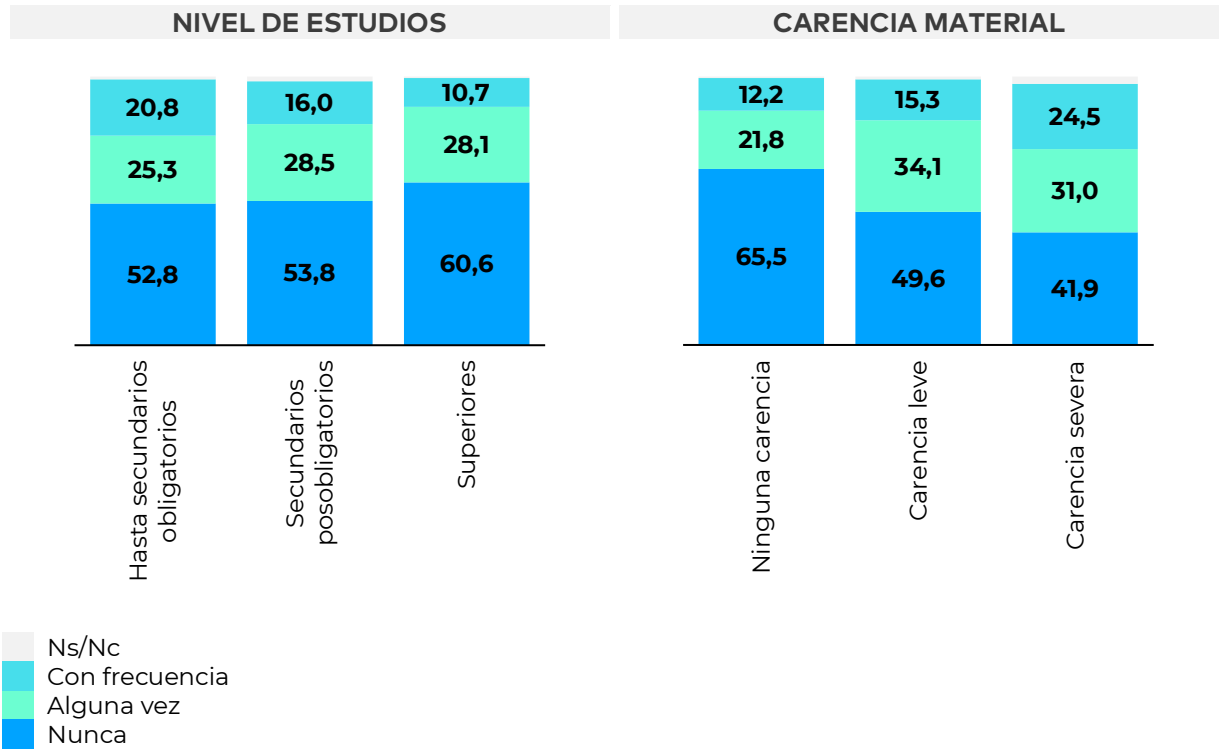


Pregunta 88. ¿Has experimentado alguna vez ideas de suicidio? // Base: N = 1.511 personas (15-29 años).

Pasando ahora otras variables, vemos que **a medida que aumenta el nivel de estudios se reduce la presencia y frecuencia de ideación suicida**. Entre los y las jóvenes que tienen estudios superiores hay un 60,6% que nunca tuvieron ideas suicidas, mientras que este porcentaje se reduce a alrededor del 53% en jóvenes con menor nivel de estudios. La frecuencia es especialmente alta en el caso de los y las jóvenes con bajo nivel de estudios (secundarios obligatorios o menos), que tienen el doble de porcentaje que quienes tienen estudios superiores en el caso de personas que experimentan ideas suicidas con frecuencia.

La **carencia material marca diferencias significativas**: 65,5% de quienes dicen no tener carencias materiales nunca ha experimentado ideas suicidas, frente a un 49,6% y un 41,9% de quienes declaran tenerlas (ya sea carencia material leve o severa), es decir, encontramos una diferencia de más de 20 puntos. Las diferencias también son muy grandes al comparar los datos de ideas suicidas experimentadas con frecuencia: 24,5% de jóvenes con carencia material severa ha experimentado ideas suicidas con frecuencia durante su vida, frente al 15,3% entre quienes tienen carencias leves y sólo el 12,2% de quienes no declaran carencias materiales. Es decir, queda claro que el **mayor riesgo de pobreza conduce a una mayor incidencia de ideación suicida**.

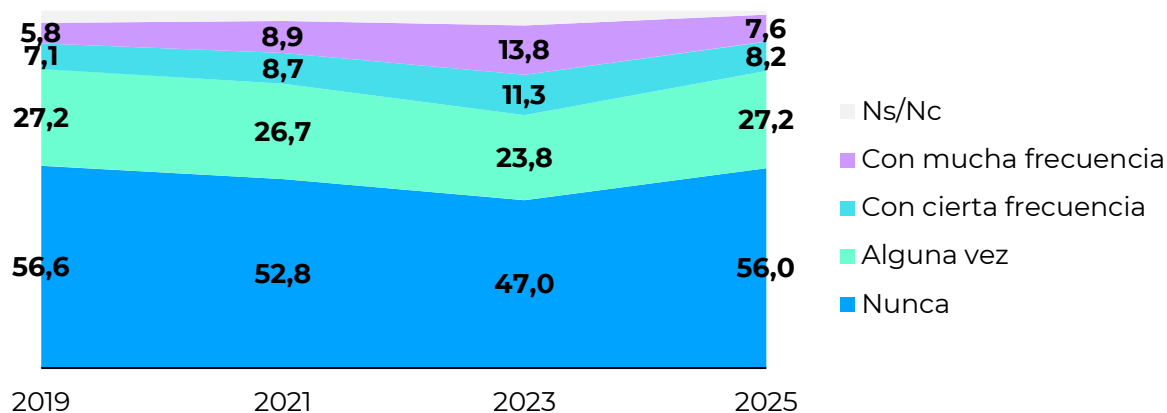
GRÁFICO 56. FRECUENCIA DE EXPERIMENTACIÓN DE IDEAS SUICIDAS (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)



Pregunta 88. ¿Has experimentado alguna vez ideas de suicidio? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 57. FRECUENCIA DE EXPERIMENTACIÓN DE IDEAS SUICIDAS (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). EVOLUCIÓN 2019-2025 (%)



Pregunta 88. ¿Has experimentado alguna vez ideas de suicidio? Categorías recodificadas: Nunca (1); Alguna vez (2); Con cierta frecuencia (3) + Con mucha frecuencia (4) + Continuamente (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021); 2019: N = 1.200 (Barómetro Salud y Bienestar 2019).

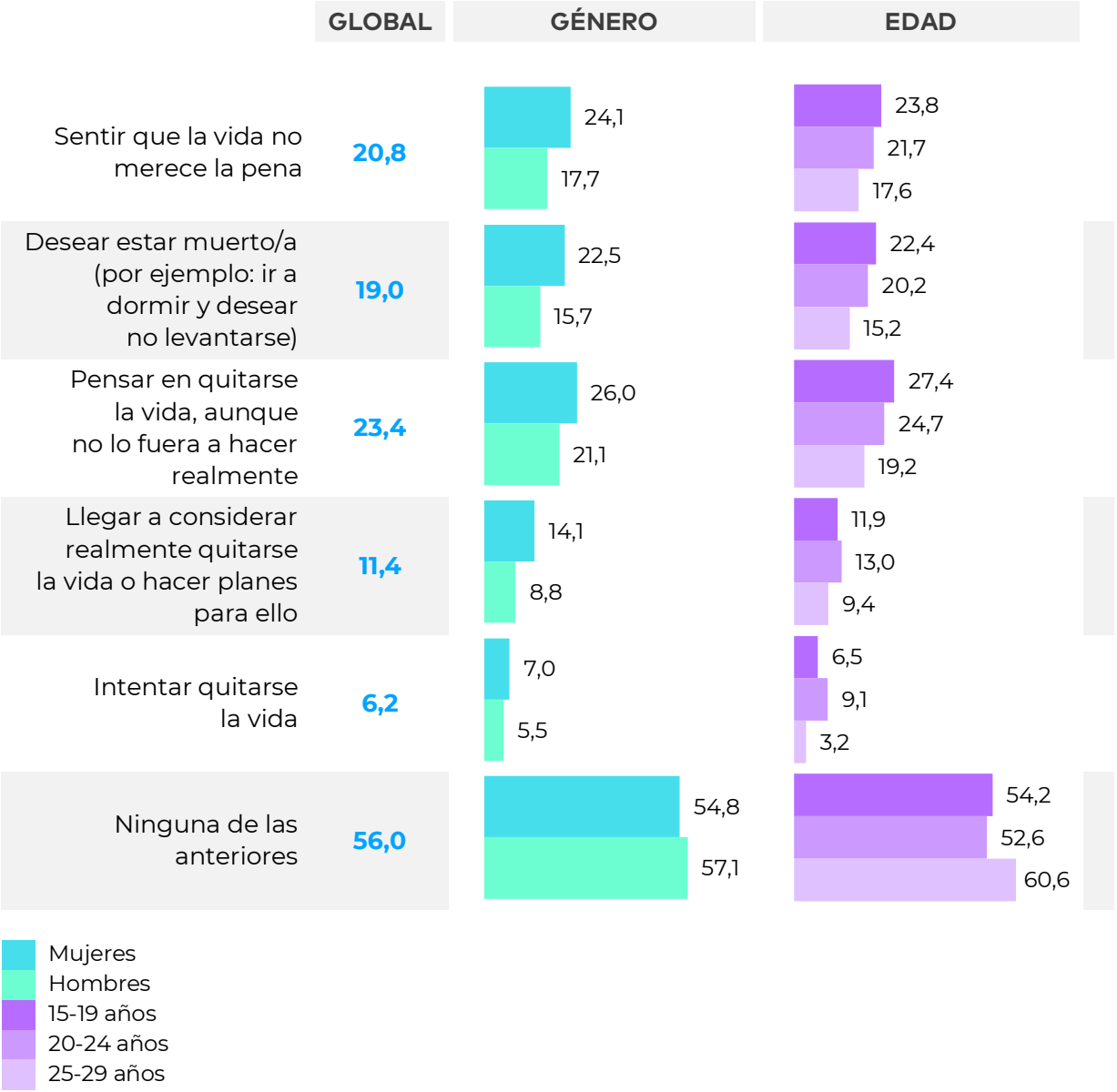
Después de una tendencia al alza entre 2019 y 2023, **la evolución de la ideación suicida en los últimos años se reduce**. En 2023 un 48,9% de jóvenes afirmaba experimentar ideas de suicidio alguna vez en su vida (el 13,8% con mucha frecuencia) y en 2025 pasa a ser un 43% (el 7,6% con mucha frecuencia). Los datos de 2025 son similares a los vistos en 2019, aunque en este último Barómetro hay una ligera mayor incidencia de los datos de mayor frecuencia.

Este año, además de incorporar las baterías sobre ideas y prácticas autolesivas, hemos querido entender mejor a ese porcentaje de adolescentes y jóvenes que dice haber experimentado ideas de suicidio. Para ello, hemos utilizado una batería de preguntas⁹ para poder matizar cómo describen ese malestar y detectar factores de riesgo más concretos. Se trata de diferentes formas de ideación suicida que nos hablan de diferentes riesgos frente a las conductas suicidas.

En este sentido, se observa que las ideas suicidas más frecuentes entre el global de la población joven son: sentir que la vida no merece la pena (20,8% lo ha sentido alguna vez), desear estar muerto o muerta (19,0%) o pensar quitarse la vida, aunque no lo fuera a hacer realmente (23,4%). Estas son precisamente las manifestaciones que revisten menos gravedad por el riesgo que implican, pero si nos centramos en las dos conductas más preocupantes, vemos que hay un 11,4% que ha llegado a considerar realmente quitarse la vida o ha hecho planes para ello y hay un 6,2% que ha llegado efectivamente a intentar quitarse la vida.

⁹ Para la elaboración de la batería se ha utilizado la Escala Paykel de Ideación Suicida (Paykel Suicide Scale, PSS) (Paykel et al., 1974), una escala validada y adaptada para el caso español por Fonseca Pedrero et al. (2018).

GRÁFICO 58. EXPERIMENTACIÓN DE IDEAS SUICIDAS SEGÚN TIPOLOGÍA (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD (%)



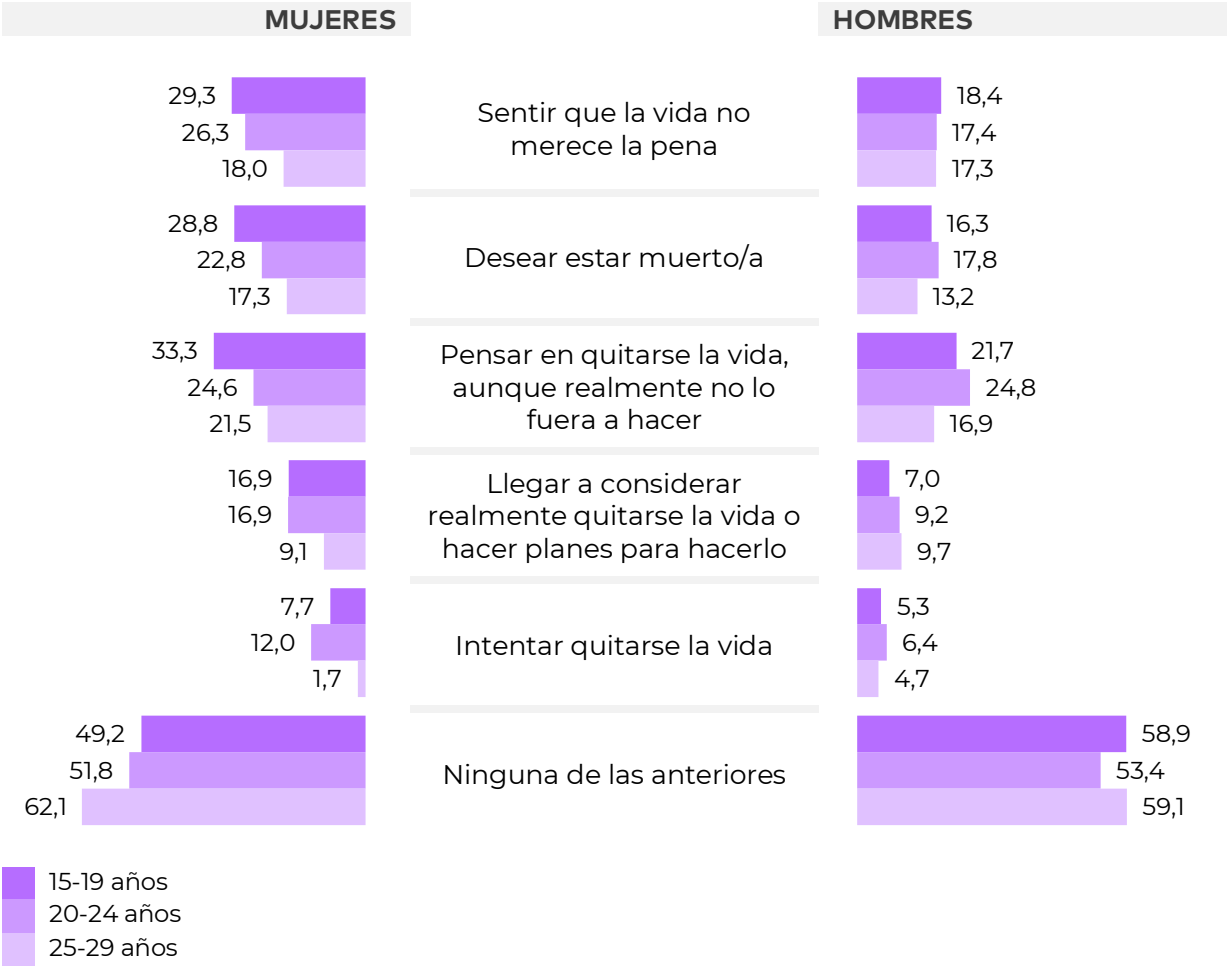
Pregunta 89. Y, concretamente, ¿has vivido alguna de las siguientes situaciones? // Base: N = 1.511 personas (15-29 años).

En cuanto a las **diferencias por género y edad**, vemos que las mujeres están más presentes en todas las opciones de respuesta, destacando sobre todo una mayor diferencia en la frecuencia al sentir que la vida no merece la pena (ellas el 24,1% y ellos el 17,7%) y desear estar muertas (ellas el 22,5% y ellos el 15,7%). Respecto a la edad, el grupo más joven señala algo más las respuestas mayoritarias y el grupo intermedio, entre los 20 y 24 años, está algo más representado en las vivencias de mayor riesgo.

Para terminar el análisis de la ideación suicida entre los y las adolescentes y jóvenes en España, analizamos las variables de género y edad cruzadas, de manera que podamos

comparar los resultados de chicos y chicas según cada grupo de edad. Así, se advierte que hay un **perfil claramente vulnerable** frente a las diferentes conductas o ideas suicidas, las **chicas adolescentes** (15 a 19 años). Son ellas quienes muestran el mayor porcentaje en todos los casos de ideación, aunque en el caso de intento consumado de suicidio destacan las chicas de 20 a 24 años.

GRÁFICO 59. EXPERIMENTACIÓN DE IDEAS SUICIDAS SEGÚN TIPOLOGÍA (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). GRUPOS CRUZADOS DE GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



Pregunta 89. Y, concretamente, ¿has vivido alguna de las siguientes situaciones? // Base: N = 1.511 personas (15-29 años).

Por tanto, si bien de forma general es el grupo más joven, adolescentes (15 a 19 años), el que sufre más el impacto de las ideas suicidas, al entrar en el análisis cruzado por género se observa que chicos y chicas tienen realidades diferentes, siendo ellas, las chicas adolescentes, las que sufren una mayor incidencia de ideación suicida.

4. Bienestar emocional

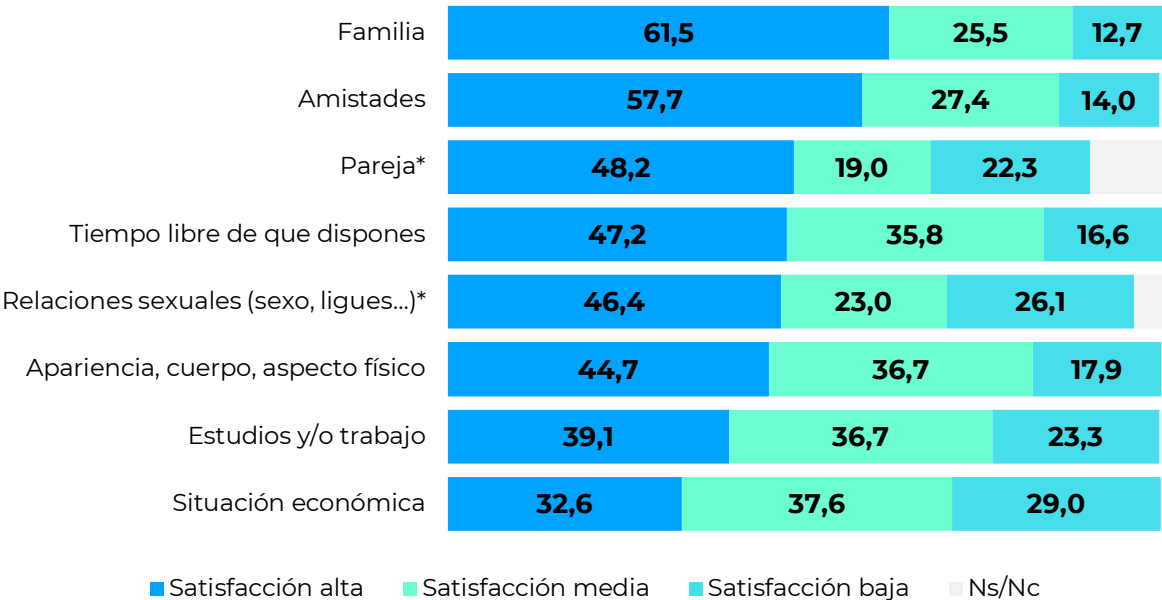
4.1. Satisfacción, felicidad y autoestima

Este apartado permite **explorar el bienestar de la juventud** a partir de tres indicadores clave: la **satisfacción con diversos aspectos de la vida** —como, por ejemplo, sus relaciones sociales, su situación socioeconómica o su apariencia—, el **grado de felicidad** declarada y el **nivel de autoestima**. Los datos permiten dimensionar estos elementos centrales para el bienestar atendiendo a diferencias sociodemográficas.

4.1.1. Satisfacción con diversos ámbitos vitales

Comenzando por la satisfacción con diversos ámbitos de la vida, los datos muestran que **los vínculos familiares y sociales son los que más satisfacción generan (el 61,5% afirma sentir una satisfacción alta con su familia, el 57,7% con sus amistades y el 48,2% con su pareja)**. Teniendo en cuenta los resultados de satisfacción con la pareja es importante matizar que se preguntó a toda la muestra, incluyendo a quienes no tenían pareja en el momento de contestar la encuesta, esta circunstancia explicaría el alto porcentaje que optó por seleccionar la opción "no sabe no contesta" (10,5%) o una baja satisfacción (22,3%).

GRÁFICO 60. GRADO DE SATISFACCIÓN CON DIVERSOS ASPECTOS DE LA VIDA. GLOBAL. 2025 (%)

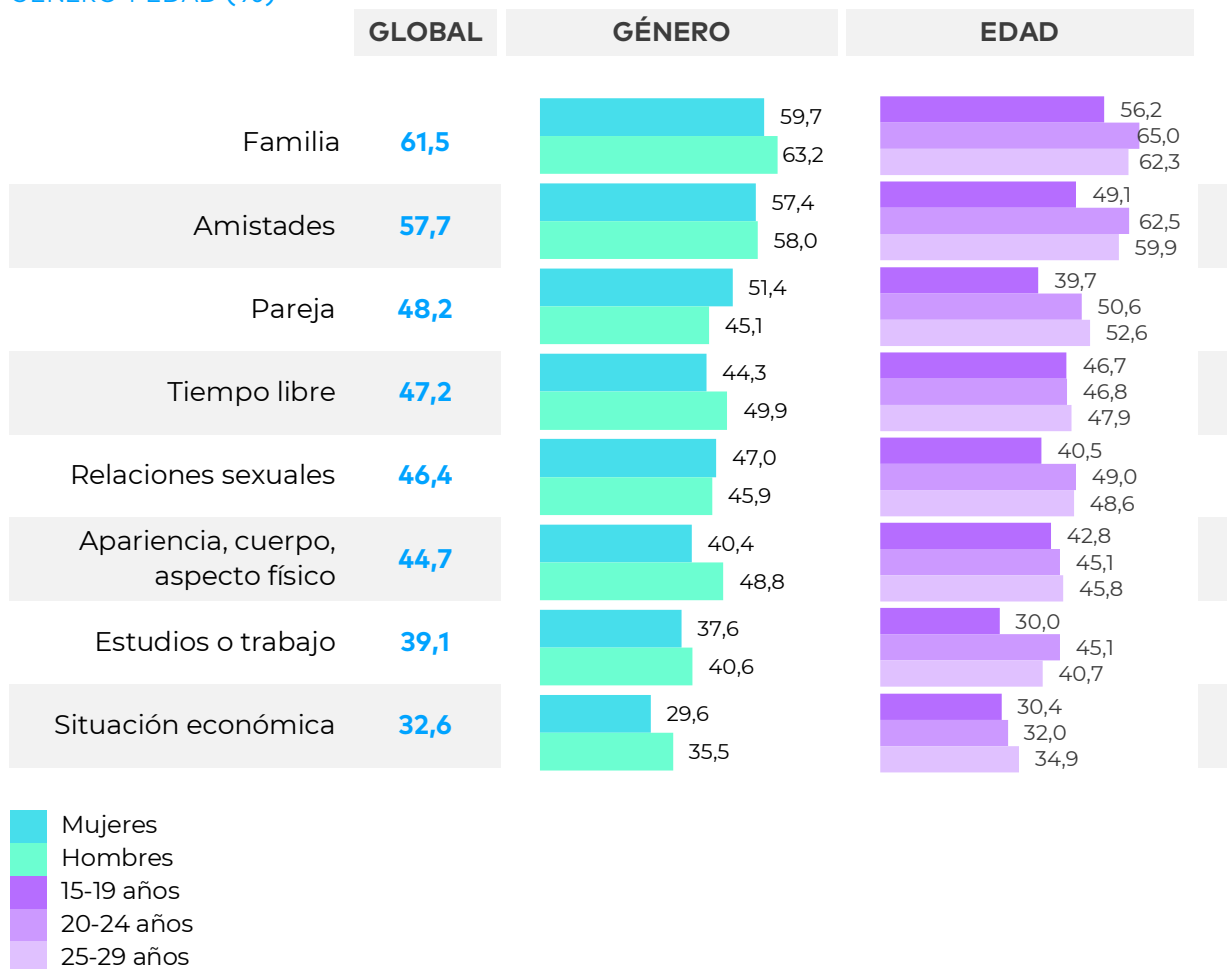


*Los elevados porcentajes de "Ns/Nc" en el caso de la satisfacción con la pareja y la satisfacción con las relaciones sexuales (10,5% y 4,4% respectivamente) se explican porque las preguntas se dirigen a toda la muestra, independientemente de si tienen pareja o si han tenido sexo alguna vez.

Preguntas 65-72. ¿Cuál dirías que es tu nivel de satisfacción con relación a los siguientes aspectos de tu vida personal? Utilizar una escala de 0 (nada satisfecho/a) a 10 (completamente satisfecho/a); 99. Ns/Nc). Categorías recodificadas: Satisfacción baja = 0-3; Satisfacción media = 4-6; Satisfacción alta = 7-10. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Los **elementos que más satisfacción generan en las vidas juveniles** son: el **tiempo libre disponible (47,2%)**, las **relaciones sexuales (46,4%)**¹⁰ y la **apariciencia o aspecto físico (44,7%)**. En el lado contrario, los **estudios o el trabajo y la situación económica son los aspectos que menos satisfacción registran**, tanto si atendemos a la alta satisfacción (39,1% y 32,6% respectivamente), como si atendemos a la baja satisfacción (23,3% y 29% respectivamente); aunque en este caso también destacan las relaciones sexuales como aspecto que tiene un porcentaje alto de baja satisfacción (26,1%).

GRÁFICO 61. GRADO DE SATISFACCIÓN CON DIVERSOS ASPECTOS DE LA VIDA. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD (%)



Preguntas 65-72. ¿Cuál dirías que es tu nivel de satisfacción con relación a los siguientes aspectos de tu vida personal? Utilizar una escala de 0 (nada satisfecho/a) a 10 (completamente satisfecho/a). Categorías recodificadas: Satisfacción baja = 0-3; Satisfacción media = 4-6; Satisfacción alta = 7-10. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Atendiendo al género y la edad se observan algunas diferencias relevantes. El **porcentaje de hombres que declara sentir una satisfacción alta es mayor que el de las mujeres en la mayoría de las categorías**: en las relaciones familiares (63,2% ellos y 59,7% ellas), en el tiempo libre (49,9% ellos y 44,3% ellas), en la apariciencia (48,8% ellos y 40,4% ellas), con los estudios o trabajo (40,6% ellos y 37,6% ellas) y en la situación económica (35,5% ellos y 29,6% ellas). La **satisfacción alta para las mujeres únicamente destaca**

¹⁰ Es importante tener en cuenta, del mismo modo que con las relaciones de pareja, que esta pregunta se dirigió también a quienes no tenían relaciones sexuales. Es por esto que los "No sabe o no contesta" son tan elevados en comparación con el resto de preguntas.

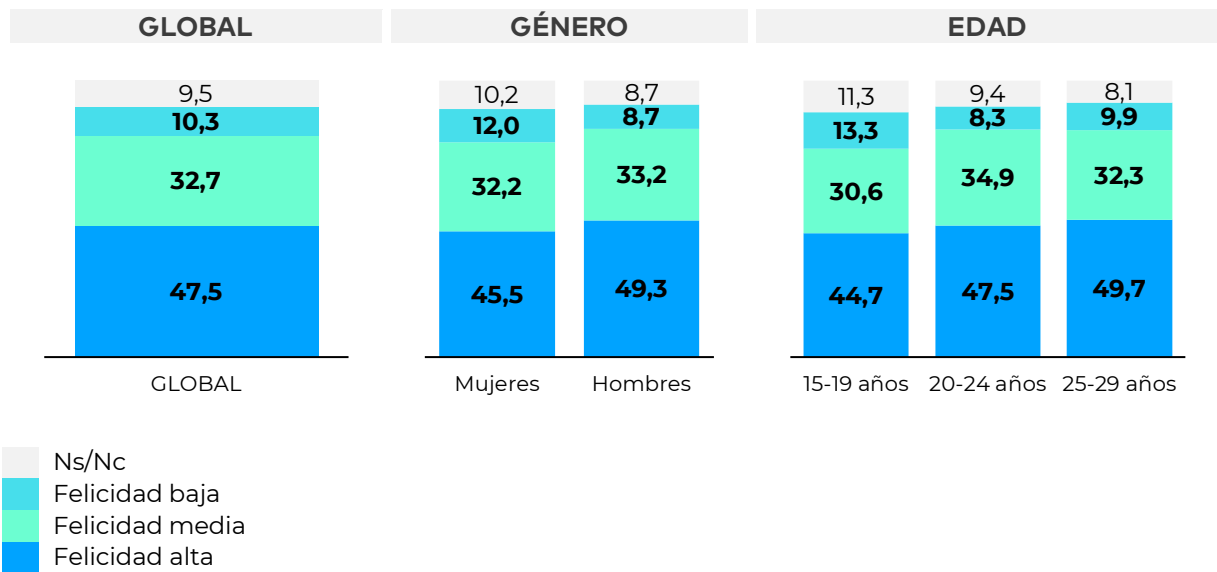
por encima de los hombres de forma significativa al poner el foco sobre las relaciones de pareja (51,4% ellas y 45,1% ellos).

Los **grupos de edad** muestran que las **personas más jóvenes, de 15 a 19 años, perciben una menor satisfacción que el resto** de cohortes en casi todas las categorías. Se puede destacar la satisfacción alta con las amistades, 49,1% entre los 15 y 19 años frente a 65% y 62,3% para jóvenes de 20 a 24 años y de 25 a 29 años respectivamente; y la satisfacción con los estudios o el trabajo, 30% para jóvenes de menos edad, 45,1% para el grupo intermedio y 40,7% para mayores de 25 años.

4.1.2. Felicidad

La **felicidad declarada es un indicador claro de bienestar**, en el enunciado de la pregunta del cuestionario se especifica que se refiere a todos los aspectos de la vida en su conjunto, de forma general, y en el momento en el que se responde la encuesta. El modo en el que se conceptualiza la felicidad puede variar para cada persona, pero la pregunta permite **dimensionar diferencias sociodemográficas y también establecer una comparativa longitudinal** para analizar tendencias.

GRÁFICO 62. GRADO DE FELICIDAD. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025. (%)



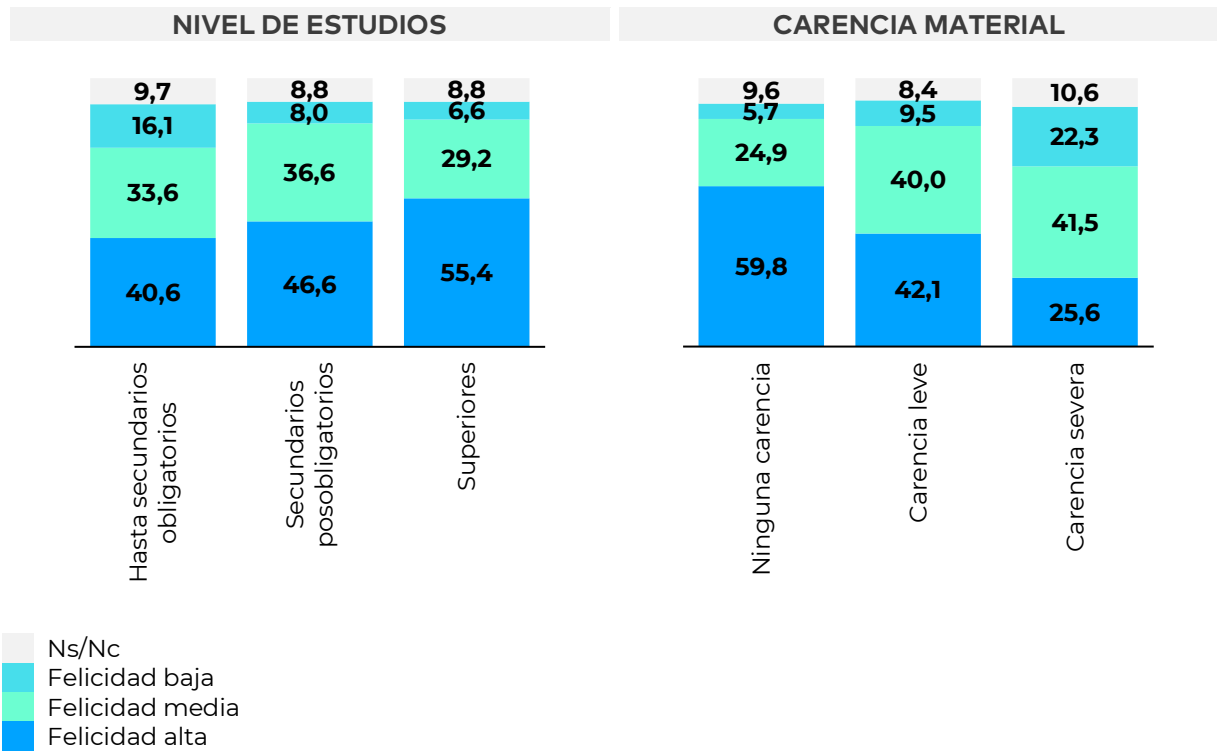
Pregunta 73. Considerando todos los aspectos de tu vida, en general, ¿cómo valorarías tu grado de felicidad en el momento actual? Utilizar una escala de 0 (nada feliz) a 10 (totalmente feliz). Categorías recodificadas: Felicidad baja = 0-3; Felicidad media = 4-6; Felicidad alta = 7-10. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Es importante resaltar que solo 1 de cada 10 jóvenes valora su grado de felicidad como baja (10,3%), un 32,7% se sitúa en niveles medios de felicidad mientras que la **mayor parte considera tener un grado de felicidad alto (47,5%)**. Cabe destacar que 1 de cada 10 no sabe o no quiere posicionarse, asumiendo también que es un aspecto difícil de valorar por su abstracción y la cantidad de factores que le afectan.

Las **diferencias por género no son muy marcadas, aunque cabe destacar que los hombres tienden a mostrarse más felices** que las mujeres (un 49,3% de los hombres afirma tener un grado alto de felicidad frente al 45,5% de las mujeres).

Por lo que respecta la edad, **a medida que se incrementan los años también aumenta el grado de felicidad** declarado. Un 44,7% de jóvenes de 15 a 19 años afirman sentir una alta felicidad, frente al 47,5% de jóvenes de 20 a 24 años y el 49,7% de 25 a 29 años.

GRÁFICO 63. GRADO DE FELICIDAD. NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)

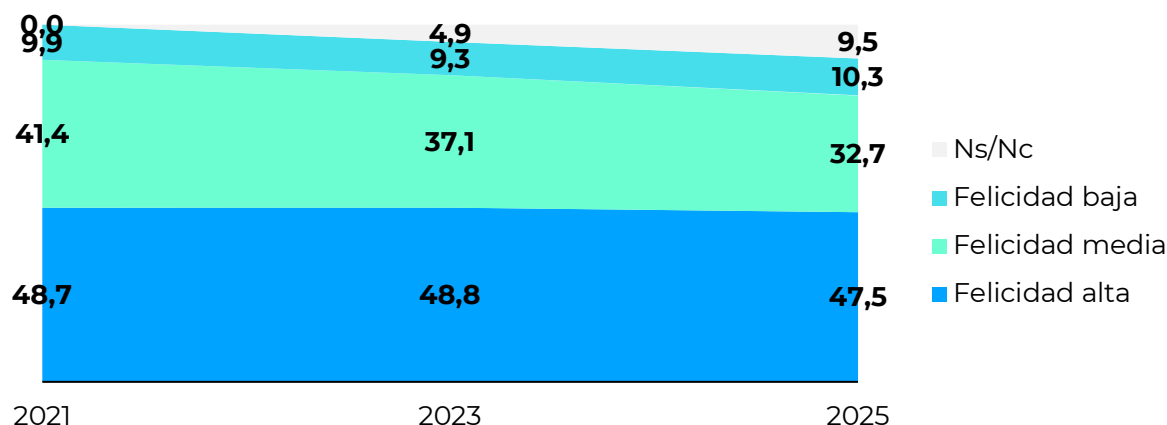


Pregunta 73. Considerando todos los aspectos de tu vida, en general, ¿cómo valorarías tu grado de felicidad en el momento actual? Utilizar una escala de 0 (nada feliz) a 10 (totalmente feliz). Categorías recodificadas: Felicidad baja = 0-3; Felicidad media = 4-6; Felicidad alta = 7-10. Base = 1.511 personas (15-29 años).

Otras variables que marcan con claridad el grado de felicidad son el nivel de estudios y la carencia material, siendo **quienes tienen un mayor nivel educativo y ninguna carencia material quienes registran niveles altos de felicidad**. Por un lado, más de la mitad de jóvenes con estudios superiores indican tener un grado alto de felicidad (55,4%), mientras que quienes tienen hasta estudios secundarios posobligatorios registran un 46,6% y entre quienes tienen un menor nivel de estudios hay 40,6% con un alto nivel de felicidad declarado. Por otro lado, las diferencias son incluso más marcadas al analizar los datos por carencia material, evidenciando que la situación socioeconómica está claramente correlacionada con el bienestar y la felicidad. **6 de cada 10 jóvenes con ninguna carencia material indican tener un grado alto de felicidad (59,8%)**, dato que contrasta con el **42,1% que indican quienes tienen carencias leves** y, sobre todo, el **25,6% que marcan quienes tienen carencias materiales severas**. La misma tendencia se observa al analizar el nivel bajo de felicidad, siendo de 22,3% entre quienes tienen carencias severas y solo del 5,7% para quienes no tienen ninguna carencia.

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 64. GRADO DE FELICIDAD DECLARADO. EVOLUCIÓN 2021-2025 (%)



Pregunta 73. Considerando todos los aspectos de tu vida, en general, ¿cómo valorarías tu grado de felicidad en el momento actual? Utilizar una escala de 0 (nada feliz) a 10 (totalmente feliz). Categorías recodificadas: Felicidad baja = 0-3; Felicidad media = 4-6; Felicidad alta = 7-10. // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021).

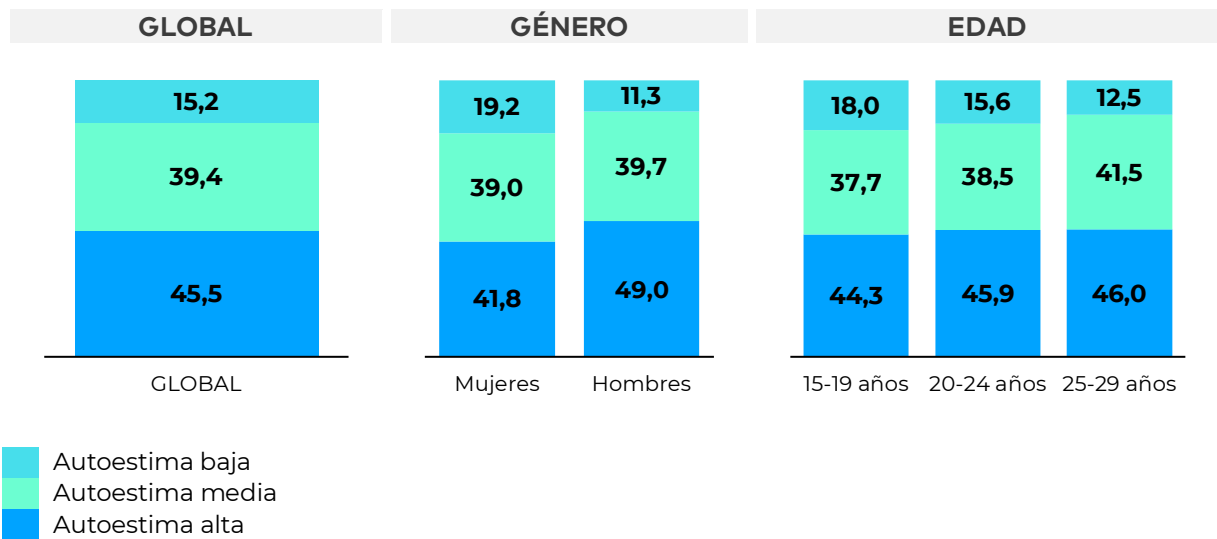
Se ha preguntado por el grado de felicidad en los últimos tres barómetros, por lo que es posible establecer un **análisis longitudinal bienal entre 2021 y 2025**. Los **datos muestran cierta estabilidad tanto en el porcentaje de jóvenes con felicidad alta (algo menos de la mitad) como con felicidad baja (1 de cada 10)**. Por otro lado, el porcentaje de jóvenes con felicidad media ha ido reduciéndose (10 puntos menos entre 2021 y 2025), aproximadamente el mismo incremento entre quienes seleccionaron la opción "No sabe o no contesta", opción que se incluyó en la pregunta a partir de 2023.

4.1.3. Autoestima

Otro **indicador central a la hora de analizar el bienestar es el nivel de autoestima** de las personas jóvenes. La autoestima se define como el sentido de valía personal y respeto por uno mismo, siendo un concepto crucial para comprender el bienestar y la autopercepción del éxito de las personas (Monteiro et al. 2022). En el cuestionario preguntamos por el nivel de autoestima percibido que, si bien es cierto que la pregunta es limitada y no permite distinguir la estabilidad en el nivel de autoestima declarado, ni hasta qué punto depende de factores externos o se sobredimensionan las propias capacidades y cualidades a la hora de responder, sigue siendo relevante a la hora de dimensionar el bienestar.

La tendencia general es similar a la observada analizando el grado de felicidad, puesto que **la mayor parte afirma tener una autoestima alta (45,5%)**, seguido de una **autoestima media (37,4%)** y únicamente el **15,2% indica tener un nivel bajo de autoestima**.

GRÁFICO 65. GRADO DE AUTOESTIMA. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025. (%)



Pregunta 74. ¿Y cómo dirías que es tu nivel de autoestima? Utilizar una escala de 0 a 10, donde 0 es "nivel de autoestima muy bajo" y 10 es "nivel de autoestima muy alto". Categorías recodificadas: Autoestima baja = 0-3; Autoestima media = 4-6; Autoestima alta = 7-10. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

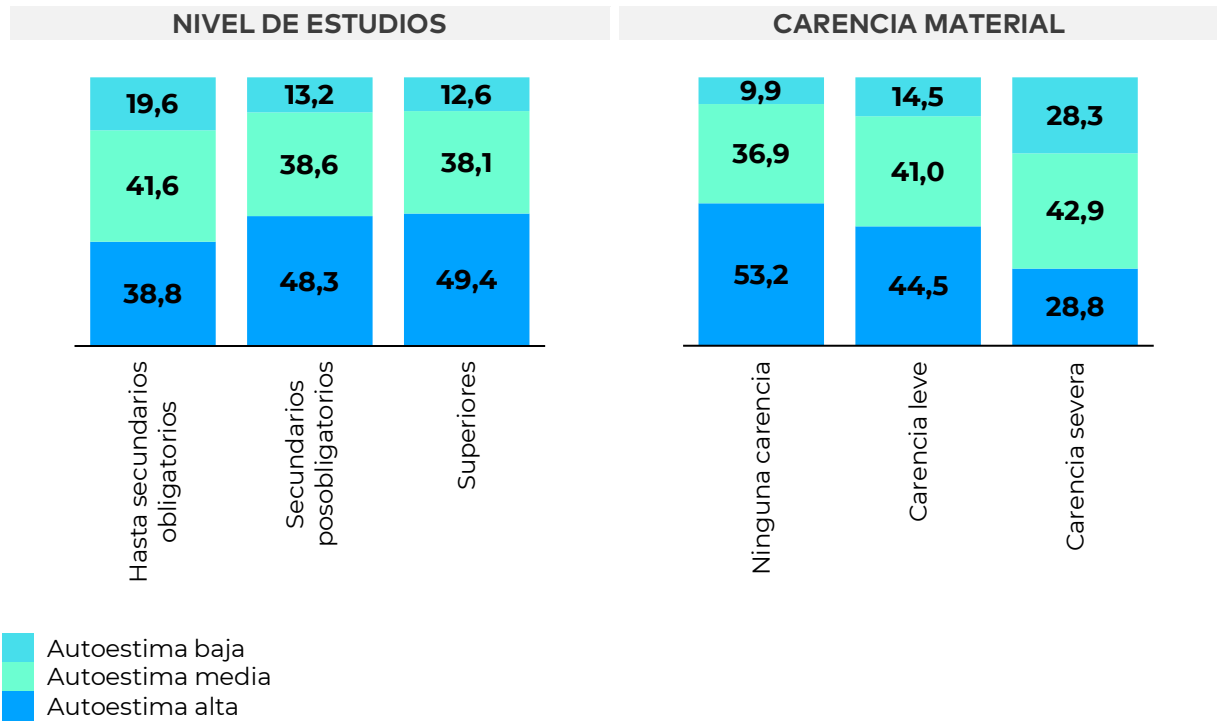
El porcentaje de **hombres que señalan tener una autoestima alta supera al de las mujeres (49% ellos y 41,8% ellas)**, siendo casi el **doble de mujeres que de hombres quienes afirman que tienen una autoestima baja (19,2% ellas y 11,3% ellos)**.

Poniendo el foco en los **grupos de edad**, se observa cierta estabilidad, aunque los **datos son peores para el grupo más joven**. Un 18% de las personas de 15 a 19 afirma tener una autoestima baja frente al 15,6% para el grupo d 20 a 24 años y el 12,5% para el grupo de 25 a 29 años.

El nivel de autoestima también se ve fuertemente marcado por el nivel educativo y la situación socioeconómica, observada mediante la variable de carencia material. En el caso de la educación, los datos indican que **quienes solo tienen estudios secundarios obligatorios o menos tienden a tener un menor nivel de autoestima, el 38,8% tiene una autoestima alta mientras que el resto roza el 50%.** Además, un 19,6% afirma tener una autoestima baja mientras que para el resto se reduce entre 6 y 7 puntos porcentuales.

La carencia material tiene un impacto progresivo sobre el nivel de autoestima, siendo **más de la mitad los y las jóvenes sin ninguna carencia quienes afirman tener una autoestima alta (un 53,2%), el 44,5% para quienes tienen una carencia leve y sólo un 28,8% entre quienes tienen una carencia material severa.** Además, el porcentaje que afirma tener una autoestima baja entre quienes tienen una carencia material severa es del 28,8%, duplicando a quienes describen una carencia leve y triplicando a quienes no tienen ninguna carencia.

GRÁFICO 66. GRADO DE AUTOESTIMA DECLARADO. NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)

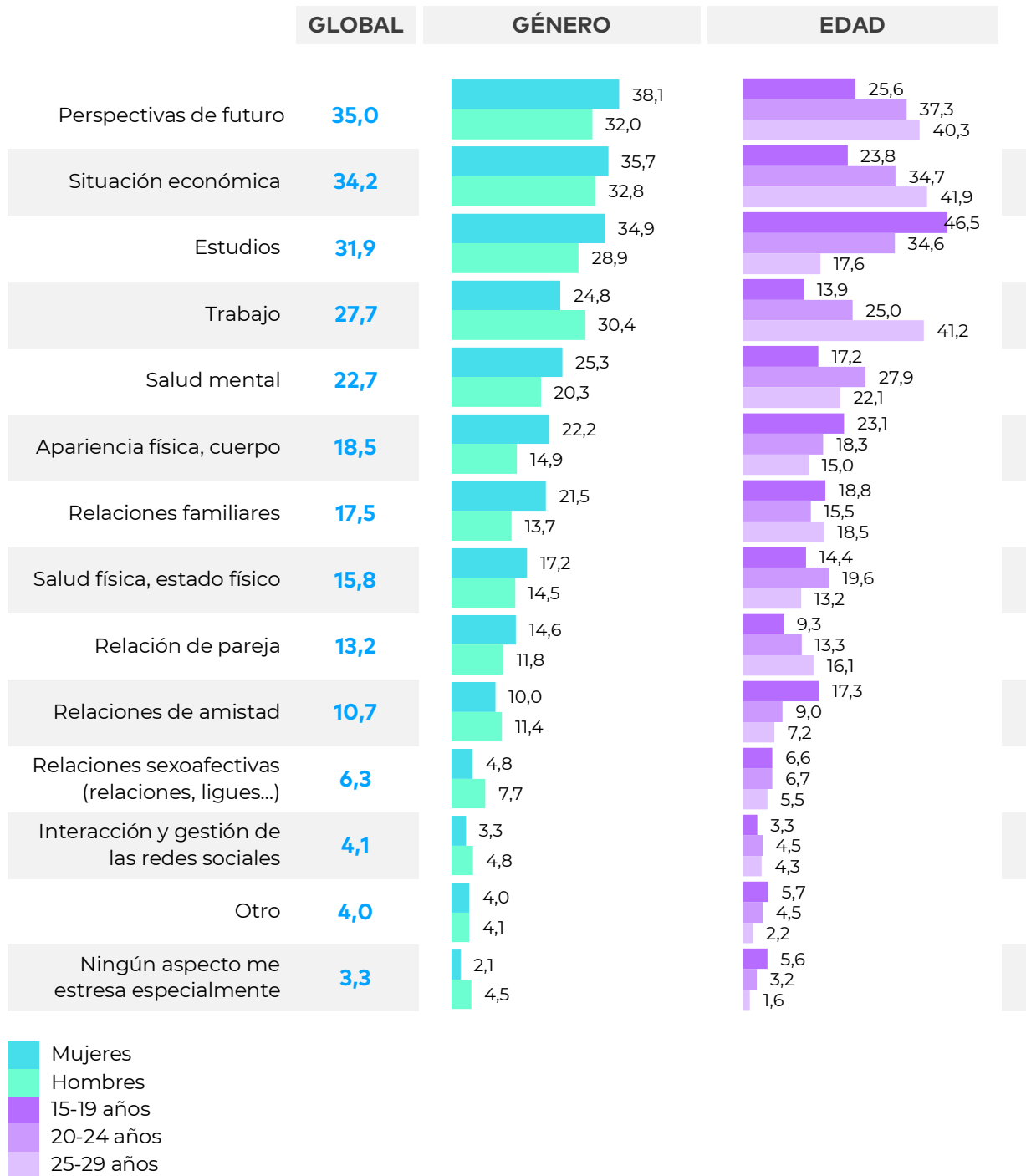


Pregunta 74. ¿Y cómo dirías que es tu nivel de autoestima? Utilizar una escala de 0 a 10, donde 0 es "nivel de autoestima muy bajo" y 10 es "nivel de autoestima muy alto". Categorías recodificadas: Autoestima baja = 0-3; Autoestima media = 4-6; Autoestima alta = 7-10. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

4.2. Estrés en la vida cotidiana

Hasta este punto se han analizado elementos que contribuyen positivamente al bienestar de la juventud, como son la satisfacción con la vida, la felicidad y la autoestima. En este punto se cambia el enfoque y **el análisis se centra en un elemento que impacta negativamente en el bienestar, el estrés que pueden llegar a generar diversos aspectos de la vida cotidiana.**

GRÁFICO 67. ASPECTOS DE LA VIDA QUE GENERAN MÁS ESTRÉS. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD (%)



Preguntas 64. ¿Qué aspectos de tu vida cotidiana dirías que te generan más estrés? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Cabe destacar que únicamente el 3,3% de los y las jóvenes afirma que ninguno de los aspectos abordados en la pregunta es un estresor para ellos o ellas, una fuente de estrés en su vida cotidiana. Esto es lógico, pues el listado es amplio, pero también nos dice que el estrés está presente en casi todas las personas jóvenes en uno u otro ámbito y con mayor o menor gravedad.

Los resultados muestran que **los aspectos de la vida cotidiana que generan más estrés están relacionados con la incertidumbre y preocupación que genera el futuro (mencionada por un 35% de jóvenes) y todos los elementos vinculados a la situación socioeconómica y laboral**: un 34,2% señala la situación económica, un 31,9% los estudios y un 27,7% el trabajo. Los siguientes elementos que más estrés generan tienen que ver con la preocupación por la salud mental (22,7%), la apariencia física (18,5%) y en menor medida la salud física (15,8%); seguido de elementos sociales y relacionales: relaciones familiares (17,5%), de pareja (13,2%) y de amistad (10,7%). El resto de elementos son más marginales como fuentes de estrés.

El análisis de género resulta clave puesto que son **las mujeres las que por lo general superan a los hombres en el porcentaje que menciona diversos estresores**. Podemos destacar los dos principales: **la incertidumbre, 38,1% ellas y 31% ellos; o la situación económica, 35,7% ellas y 32,8% ellos**. La única categoría relevante en la que los **hombres superan a las mujeres es la del trabajo (24,8% ellas y 30,4% ellos)**, evidenciando cómo roles de género como el del "varón proveedor" siguen teniendo un claro impacto sobre la vida de las personas jóvenes.

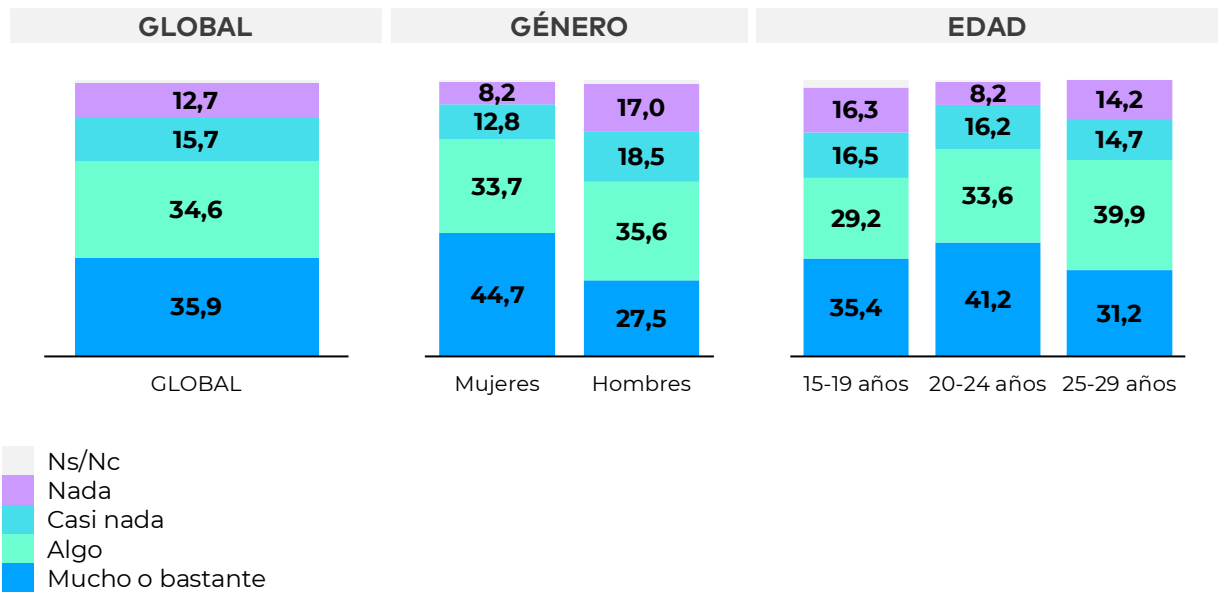
Los **grupos de edad** también marcan con claridad los resultados, siendo especialmente **determinantes en las categorías de estudios y de trabajo: las personas más jóvenes se preocupan por su formación (46,5% frente al 34,6% en el grupo de 20 a 24 años y 17,6% en el grupo de 25 a 29 años) y el grupo de más edad se preocupa por su situación laboral (41,2%, frente al 25% en el grupo de 20 a 24 y 13,9% en el grupo de 15 a 19 años)**. Siguiendo esta lógica, una distribución similar a la observada en el estrés que genera el empleo se puede encontrar también en las categorías de preocupación por el futuro o por la situación económica. Por otro lado, aunque con diferencias menos marcadas, las personas de 15 a 19 años también muestran una mayor preocupación en cuanto a su apariencia física y sus relaciones de amistad.

4.3. Preocupación por la imagen externa

La preocupación por la imagen externa o el modo en el que se percibe el aspecto físico cierra este bloque. Se trata de una variable muy relacionada con el análisis sobre el estilo de vida, la realización o no de ejercicio y dietas y también con el grado de autoestima declarado. El análisis aquí permite **dimensionar hasta qué punto la imagen externa se ha vuelto un factor relevante como generador potencial de bienestar o malestar** en un contexto social en el que las posibilidades para mostrarse en el ámbito online se han vuelto prácticamente ilimitadas.

Para empezar, cabe destacar que **un 35,9% afirma preocuparse mucho o bastante por lo que piensen otras personas de su aspecto físico mientras que únicamente el 12,7% afirma no preocuparse en absoluto**. En cualquier caso, la mayor parte de jóvenes se concentran en categorías intermedias, un 50,3% afirma preocuparse casi nada o algo por su imagen externa.

GRÁFICO 68. GRADO DE PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN EXTERNA. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



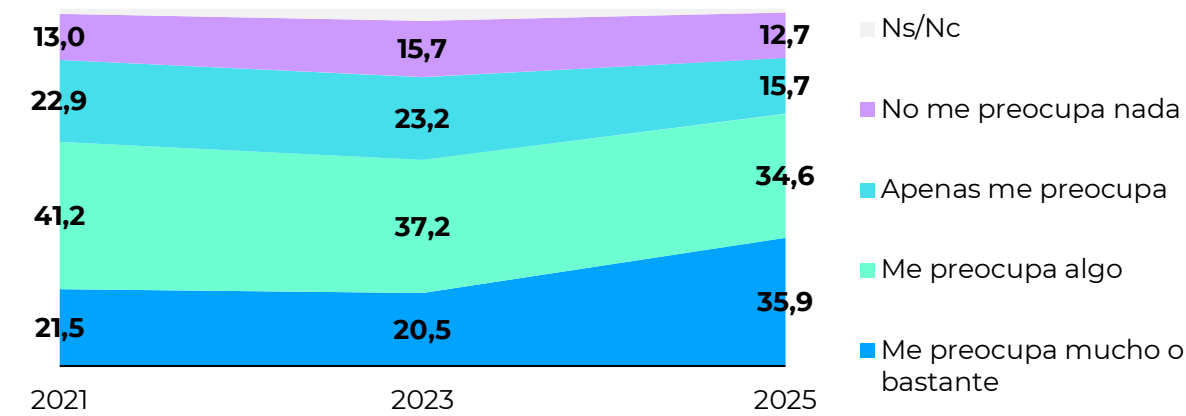
Pregunta 39. ¿Te preocupa tu imagen externa, es decir, lo que piensan de ti por tu aspecto físico? Categorías agrupadas: Nada (1); Casi nada (2); Algo (3); Bastante (4) + Mucho (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años).

El análisis por género una vez más es crucial: **las mujeres se preocupan considerablemente más que los hombres** por la imagen que genera su aspecto físico. Solo un 8,2% afirma no preocuparse nada frente al 17% de los hombres y hasta el 44,7% se preocupa mucho o bastante, frente al 27,5% en el caso de los hombres.

Las diferencias por edad también son relevantes siendo **el grupo de 20 a 24 años el que destaca por encima del resto** en la preocupación por su imagen externa. Un 41,2% afirma preocuparse mucho o bastante, frente al 35,4% en el grupo de 15 a 19 años y el 31,2% para el grupo de 25 a 29 años.

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 69. GRADO DE PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN EXTERNA. EVOLUCIÓN 2021-2025 (%)



Pregunta 39. ¿Te preocupa tu imagen externa, es decir, lo que piensan de ti por tu aspecto físico? Categorías agrupadas: Nada (1); Casi nada (2); Algo (3); Bastante (4) + Mucho (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años). Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021).

Entre 2021 y 2023 se registró cierta estabilidad en los datos e incluso un ligero descenso en el porcentaje de jóvenes que afirmaban no preocuparse en absoluto por su imagen externa (pasando del 13% en 2021 al 15,7% en 2023). Sin embargo, entre 2023 y 2025 los datos muestran un claro incremento en el porcentaje de jóvenes que afirman preocuparse mucho o bastante por lo que otras personas piensen de su aspecto físico, situándose con un 35,9% en casi 15 puntos porcentuales más que en 2021 y 2023.

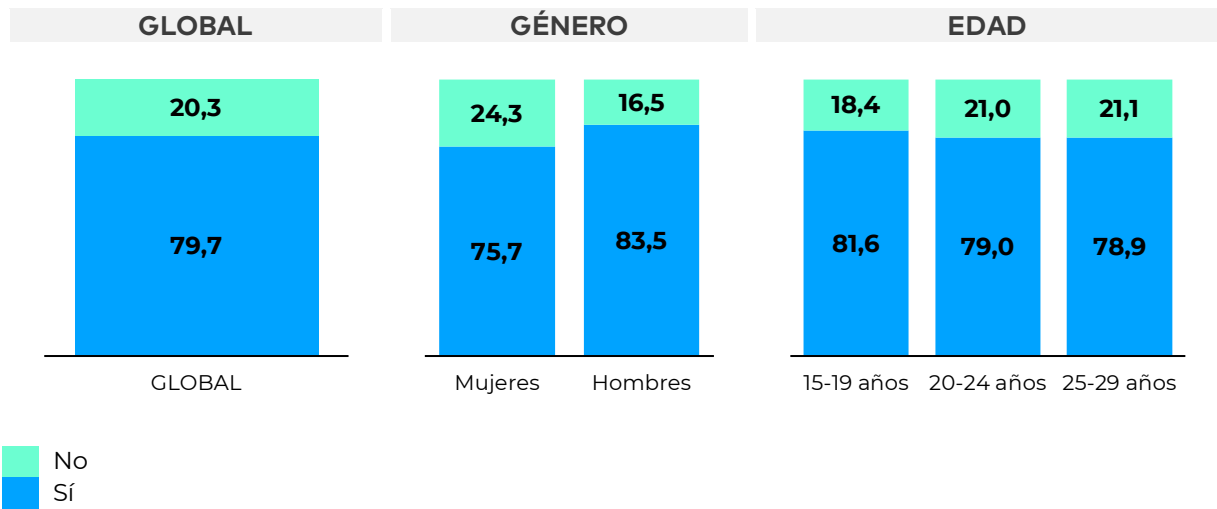
5. Redes de apoyo y soledad

5.1. Red social de apoyo

En este apartado abordamos una temática que estudios recientes han señalado como un problema de elevada prevalencia entre la juventud, la soledad no deseada, atendiendo no solamente al sentir subjetivo de padecer dicha soledad sino también a otros elementos más objetivos como la red de apoyos con la que dicen contar y su contexto social.

Sobre la red social o red de apoyo, al preguntar a los y las jóvenes si sienten que tienen suficientes personas en su entorno cercano que puedan ofrecerles ayuda cuando tienen problemas, **8 de cada 10 jóvenes afirman tener suficientes personas de las que poder recibir apoyo.**

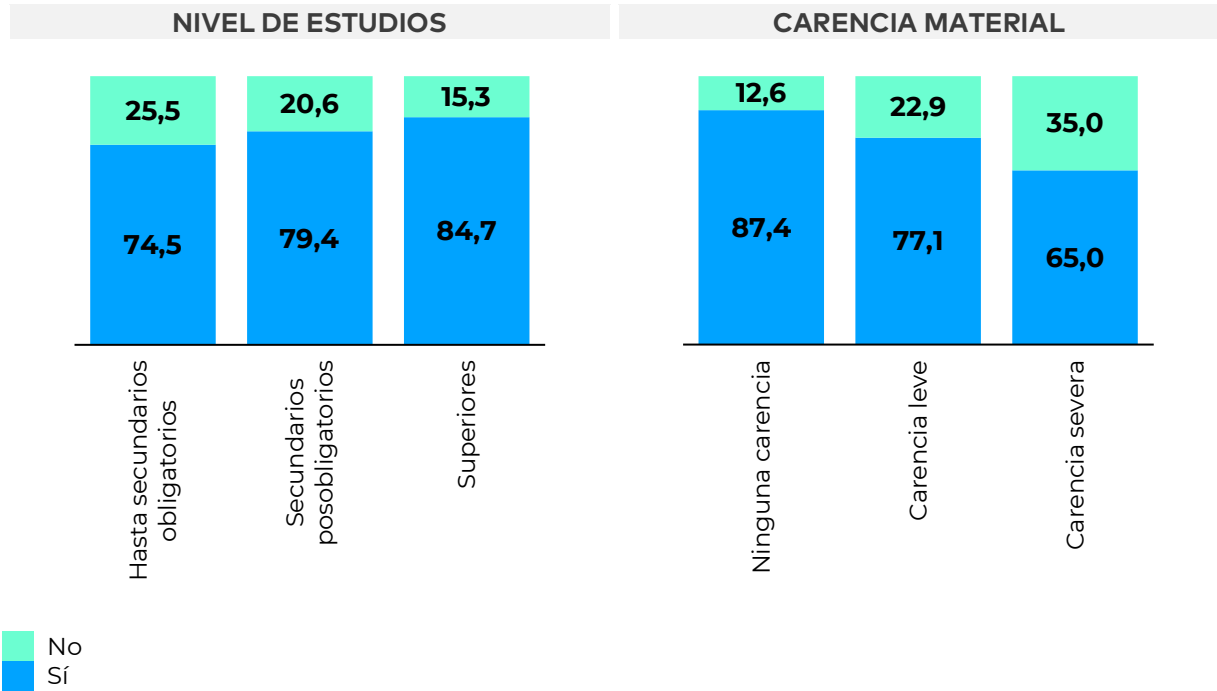
GRÁFICO 70. CUENTA CON UNA RED DE APOYO SOCIAL. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025. (%)



Pregunta 80. ¿Sientes que tienes suficientes personas en tu entorno cercano que puedan ayudarte cuando tienes problemas (apoyo emocional, prestar dinero, cuidar de ti o de alguna persona dependiente a tu cargo, realizar gestiones...)? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

La red de apoyo fuerte parece estar presente a todas las edades sin demasiadas diferencias, aunque se observan algunos matices en cuanto al género. La red de apoyo social parece mayor en el caso de los hombres, cuando menos hay un mayor porcentaje entre ellos que entre las mujeres (83,5% ellos y 75,7% ellas) que dice tener suficientes personas de las que recibir ayuda cuando tienen problemas.

GRÁFICO 71. CUENTA CON UNA RED DE APOYO SOCIAL. NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)

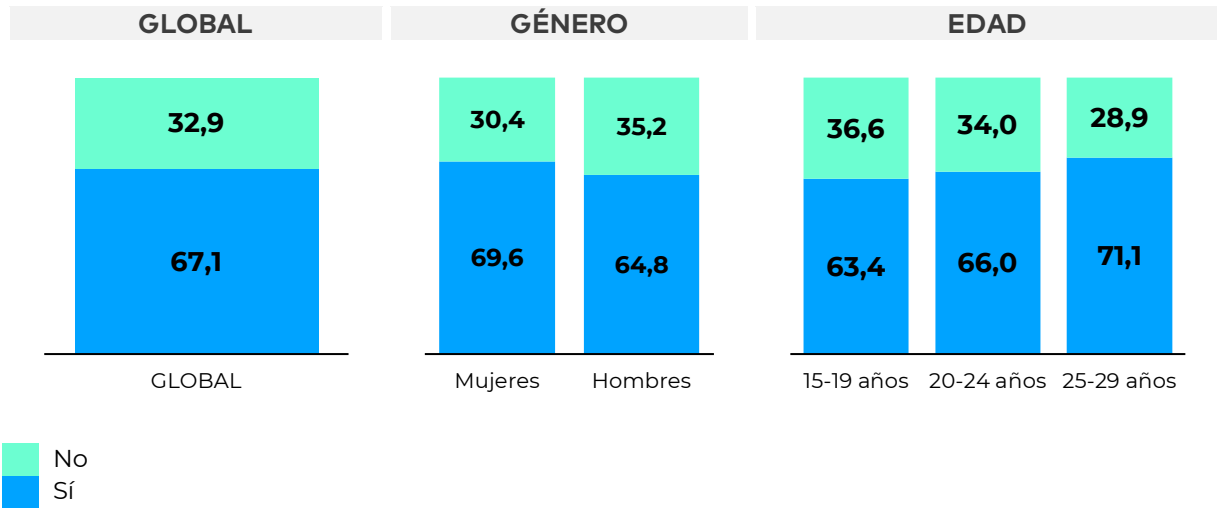


Pregunta 80. ¿Sientes que tienes suficientes personas en tu entorno cercano que puedan ayudarte cuando tienes problemas (apoyo emocional, prestar dinero, cuidar de ti o de alguna persona dependiente a tu cargo, realizar gestiones...)? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

A mayor nivel de estudios, mayor es la red de apoyo con la que reconocen contar los y las jóvenes, existiendo una diferencia de hasta 10 puntos entre quienes declaran estudios hasta secundarios obligatorios y quienes dicen tener estudios superiores. **La carencia material marca distancias aún más significativas:** el 87,4% de quienes no tienen carencias declaran contar con suficientes personas en su entorno, frente al 65% de quienes tienen carencia material severa.

El porcentaje de jóvenes que **afirma compartir sus problemas o necesidades con otras personas** es del **67,1%**, 7 puntos menos de quienes dicen tener suficientes personas en su entorno, y las mujeres (69,6%) lo señalan algo más que los hombres (64,8%).

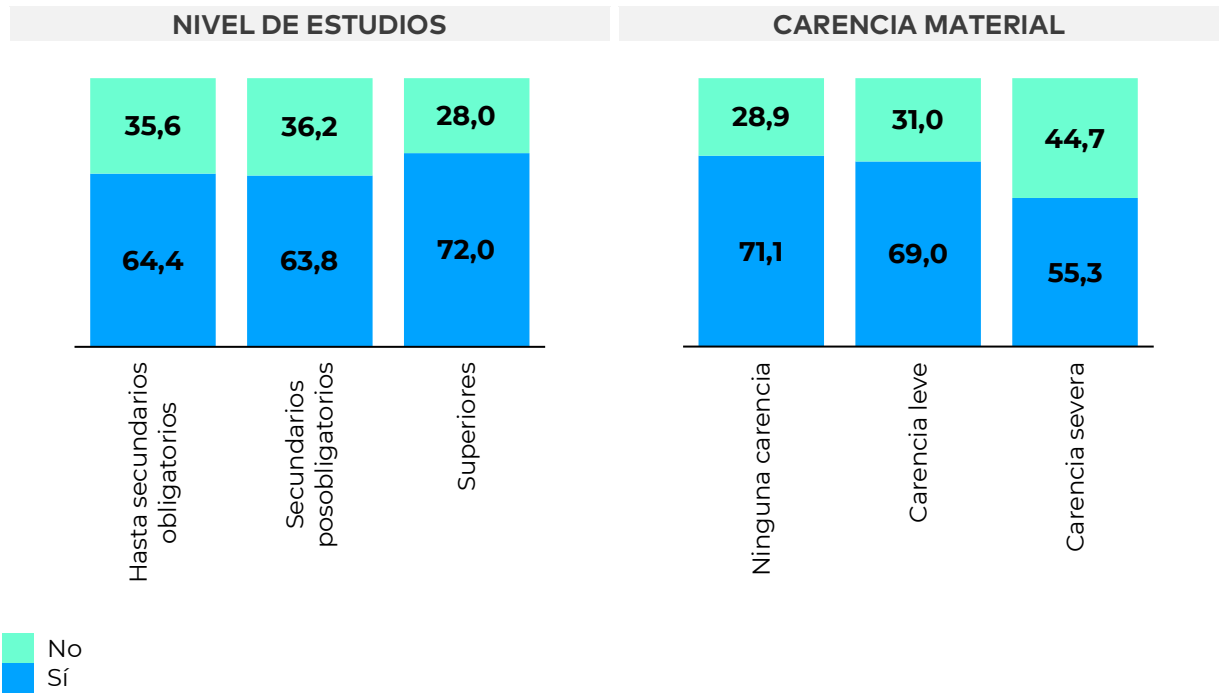
GRÁFICO 72. **COMPARTE CON SU ENTORNO SUS PROBLEMAS.** GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025. (%)



Pregunta 81. Y, cuando tienes alguna necesidad, preocupación o problema, ¿sueles contárselo a otras personas para pedir consejo o ayuda? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Por grupos de **edad**, a medida que se cumplen años se tiende a compartir más los problemas con el entorno, el 63,4% de jóvenes de 15 a 19 años lo hace frente al 71,1% de jóvenes de 25 a 29 años.

GRÁFICO 73. **COMPARTE CON SU ENTORNO SUS PROBLEMAS. NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)**



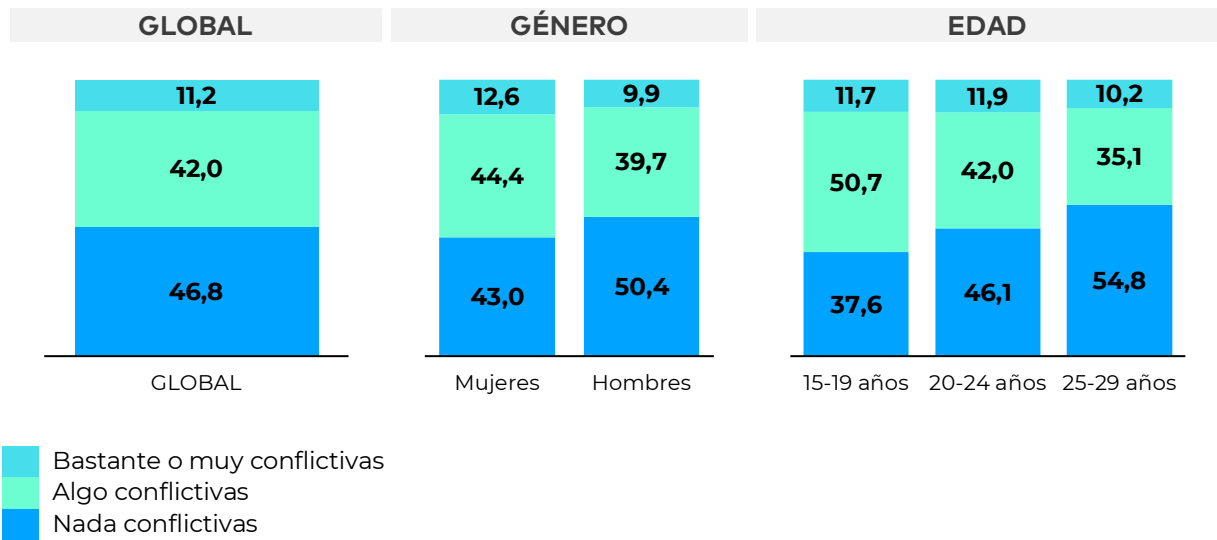
Pregunta 81. Y, cuando tienes alguna necesidad, preocupación o problema, ¿sueles contárselo a otras personas para pedir consejo o ayuda? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

De nuevo, quienes declaran estudios superiores y no padecer carencias materiales señalan en mayor medida contar sus problemas o pedir ayuda a otras personas.

5.2. Grado de conflictividad familiar

Al pedir una valoración sobre el **grado de conflictividad en sus relaciones familiares**, algo más de la mitad de jóvenes reconoce cierto grado de conflictividad, aunque solo un 11,2% lo define como bastante o muy elevado.

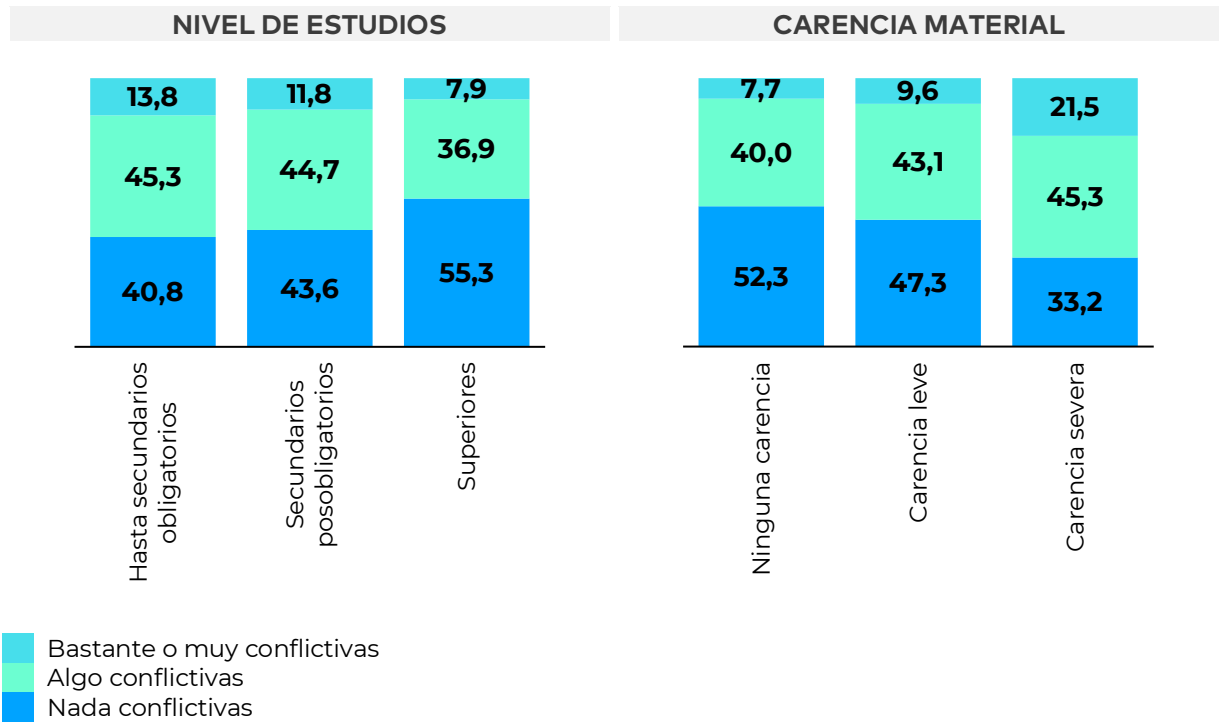
GRÁFICO 74. **GRADO DE CONFLICTIVIDAD EN LAS RELACIONES FAMILIARES. GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025. (%)**



Pregunta 100. ¿Cómo calificarías la conflictividad en tus relaciones familiares? Categorías agrupadas: Nada conflictivas (1); Algo conflictivas (2); Bastante conflictivas (3) + Muy conflictivas (4). // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Las mujeres identifican más conflictos familiares que los hombres (57% frente a un 49,6%), y **a medida que aumenta la edad descende la conflictividad detectada en el hogar**, de hecho, en el grupo entre los 15 y 19 años, el 62,4% califica sus relaciones familiares como conflictivas, con diferente nivel de intensidad, y la cifra descende al 45,3% entre los 25 y los 29 años.

GRÁFICO 75. GRADO DE CONFLICTIVIDAD EN LAS RELACIONES FAMILIARES. NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)



Pregunta 100. ¿Cómo calificarías la conflictividad en tus relaciones familiares? Categorías agrupadas: Nada conflictivas (1); Algo conflictivas (2); Bastante conflictivas (3) + Muy conflictivas (4). Base = 1.511 personas (15-29 años).

La relación familiar se describe como menos conflictiva a medida que el nivel de estudios aumenta y cuanto menor carencia material se sufre, con hasta casi 20 puntos de diferencia entre quienes declaran carencia material severa y ninguna carencia.

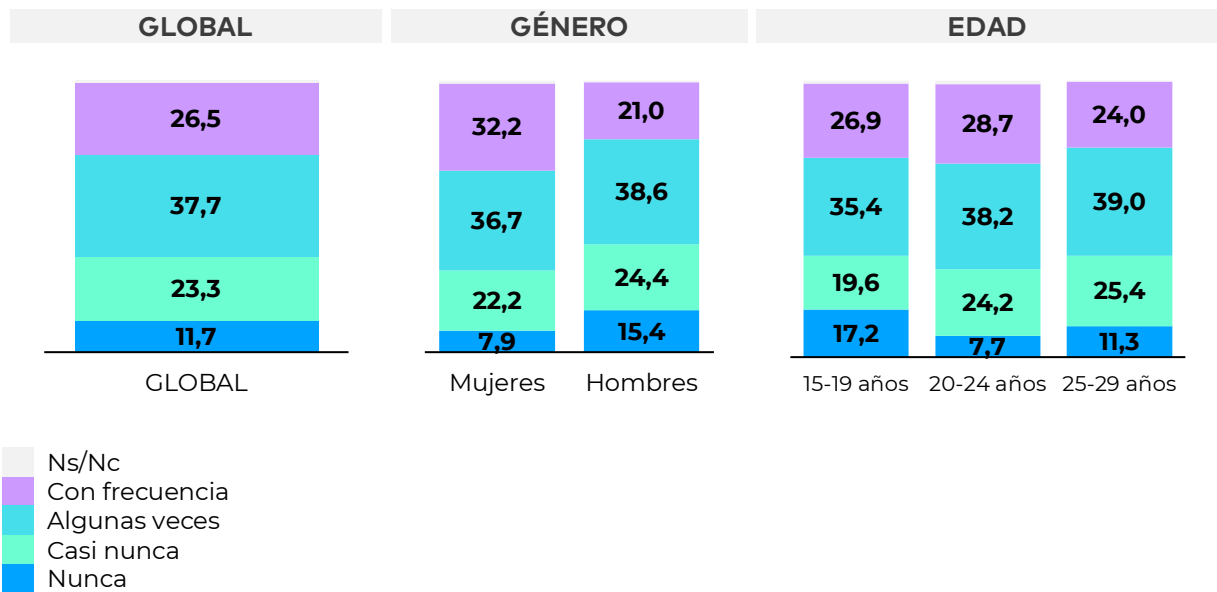
5.3. Soledad no deseada

Para cerrar este apartado nos centramos en la soledad. Concretamente, la sensación de soledad no deseada y el aislamiento social. La soledad viene siendo desde hace años uno de los grandes problemas sociales estructurales de nuestra sociedad, que impacta de forma clara y directa en nuestra salud, tanto individual como comunitaria, y que se ha venido acrecentando por una serie de tendencias a escala global —crisis climática, crisis de los cuidados o crisis de valores y sociedades cada vez más individualistas, entre otras cuestiones—, que han disminuido la interacción y conexión social, impactando en una mayor precariedad de los vínculos y fragilidad de las relaciones (Demelova et al., 2024).

La soledad no deseada es un sentimiento subjetivo que se define como un malestar que surge cuando los individuos perciben que la calidad o cantidad de los vínculos con otras personas es insuficiente (Peplau y Perlman, 1982).

La sensación de soledad no deseada es una realidad habitual entre los y las jóvenes, aunque lo importante es diferenciar entre la intensidad o frecuencia de este tipo de sensaciones. Por un lado, sólo 1 de cada 10 jóvenes (**11,7%**) **afirma no haber sentido soledad** no deseada en algún momento durante el último año, aunque, por otra parte, 1 de cada 4 (**26,5%**) **reconoce haberla sentido con frecuencia**.

GRÁFICO 76. FRECUENCIA CON LA QUE HA SENTIDO SOLEDAD NO DESEADA (ÚLTIMO AÑO). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)

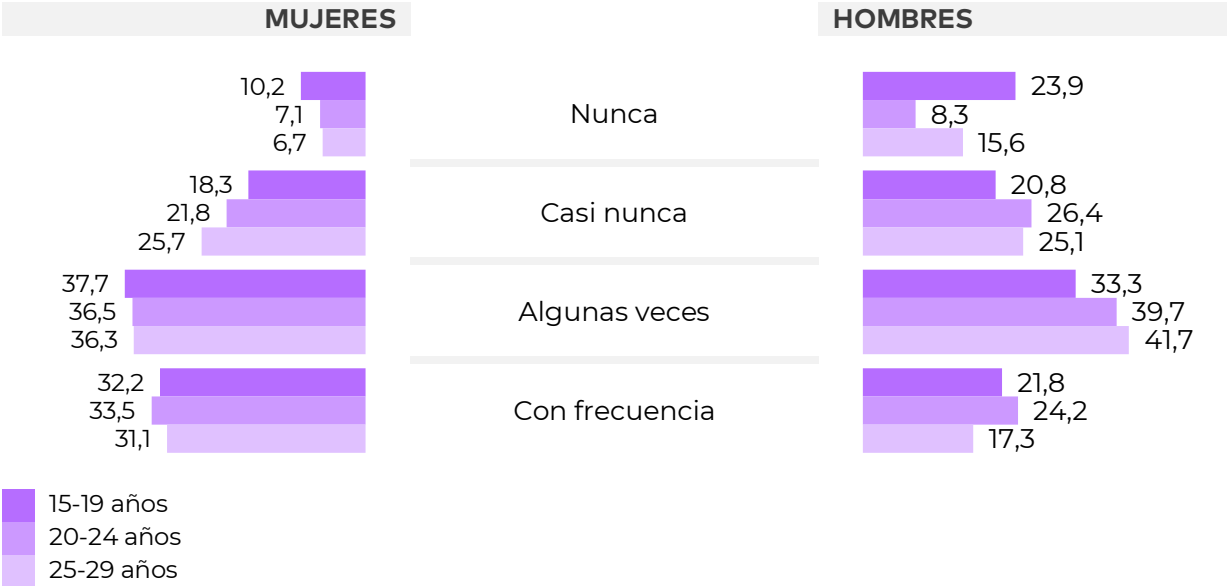


Pregunta 82. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿en qué medida has sentido soledad no deseada? Categorías agrupadas: Nunca (1); Casi nunca (2); Algunas veces (3); Con frecuencia (4) + continuamente (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Por género, las **chicas tienden más a sentir soledad no deseada**. Sólo el 7,9% de ellas no ha sentido soledad en ningún momento del último año, frente al 15,4% de los chicos. Además, 1 de cada 3 chicas siente soledad no deseada con frecuencia.

Por **edad**, el grupo más joven es el que declara haber sentido menos soledad (un 17,2% dice no haberla experimentado nunca, 10 puntos por encima del grupo intermedio), y es el colectivo entre los 20 y 24 años quienes declaran sentir soledad con mayor frecuencia.

GRÁFICO 77. FRECUENCIA CON LA QUE HA SENTIDO SOLEDAD NO DESEADA (ÚLTIMO AÑO).
GRUPOS CRUZADOS DE GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)

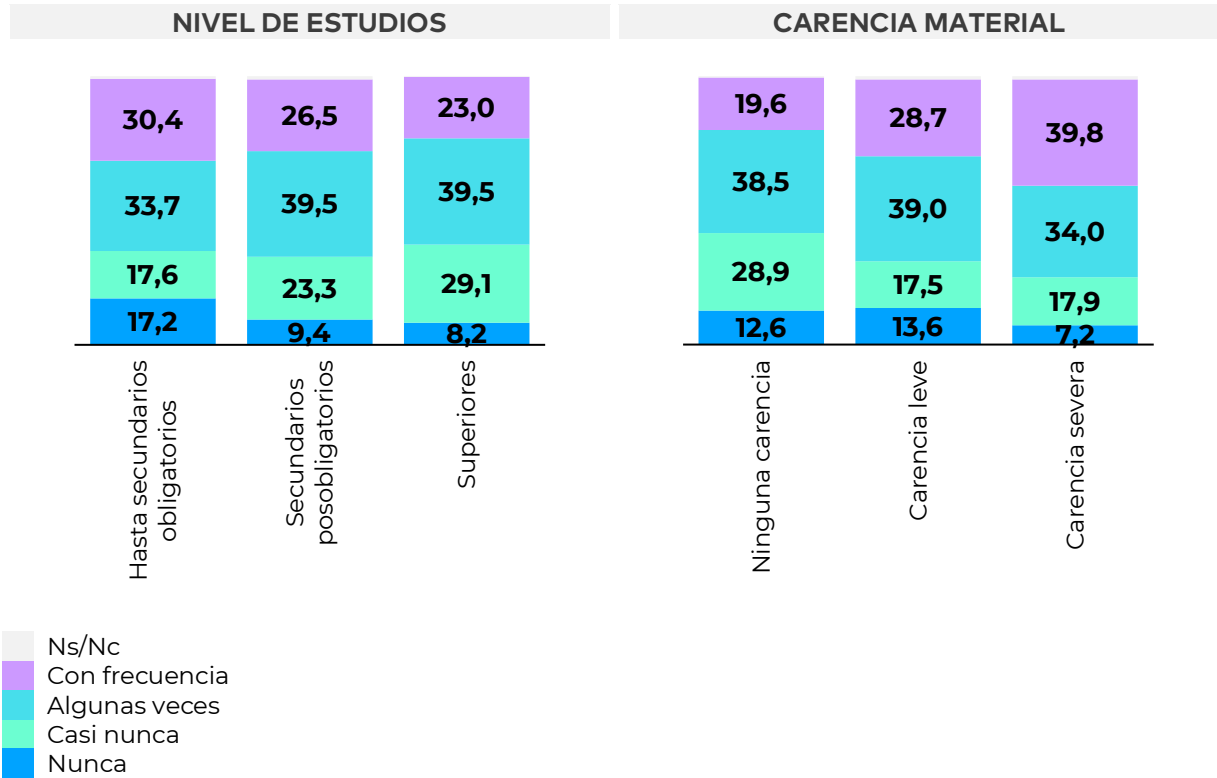


Pregunta 82. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿en qué medida has sentido soledad no deseada? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Atendiendo a las **diferencias por género y por grupos de edad de forma conjunta** se pueden observar importantes matices. Llama la atención, en primer lugar, que tanto entre mujeres como entre hombres el grupo de 15 a 19 años declara no haber sentido soledad no deseada nunca en mayor medida que el resto, no obstante, las diferencias son mucho más marcadas en el caso de los hombres. Un 24,9% de hombres de 15 a 19 años afirma no sentir nunca soledad no deseada, superando en 15 puntos porcentuales al grupo de 20 a 24 años y en algo más de 8 puntos porcentuales al grupo de 25 a 29 años. En el caso de las mujeres, el porcentaje que afirma no sentir nunca soledad entre las más jóvenes es de 10,2% mientras que para el resto de grupos de edad es del 7% aproximadamente.

A medida que se incrementa la edad, como ya se ha observado, tiende a incrementarse también la sensación de soledad no deseada. Sin embargo, cabe destacar que en el caso de los hombres el grupo de edad de 20 a 24 años afirma sentir soledad no deseada en mayor medida que el resto, mientras que en el caso de las mujeres es el grupo de 25 a 29 años.

GRÁFICO 78. FRECUENCIA CON LA QUE HA SENTIDO SOLEDAD NO DESEADA (ÚLTIMO AÑO). NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)



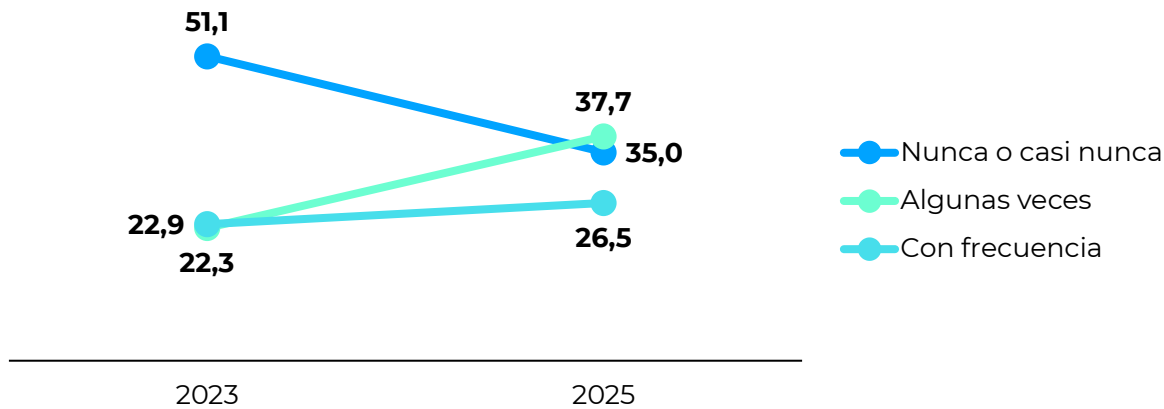
Pregunta 82. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿en qué medida has sentido soledad no deseada? Categorías agrupadas: Nunca (1); Casi nunca (2); Algunas veces (3); Con frecuencia (4) + continuamente (5). // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Con relación al nivel de estudios, los datos de **soledad no deseada** entre quienes declaran tener estudios secundarios obligatorios son llamativos puesto que es mayor que el resto en las diferentes frecuencias: el porcentaje que afirma no sentirla nunca (un 17,2% mientras que en el resto no alcanzan el 10%) pero también es mayor el porcentaje que afirma sentir soledad no deseada con alta frecuencia (un 30,4% frente al 26,5% de jóvenes con estudios secundarios posobligatorios y el 23% de jóvenes con estudios superiores).

Respecto a la carencia material, es importante destacar como, entre quienes declaran **una carencia severa, casi el 40% dice sentirla con frecuencia**, 20 puntos por encima de quienes no sufren carencia alguna.

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 79. FRECUENCIA DE SENTIMIENTO DE SOLEDAD NO DESEADA (ÚLTIMO AÑO). EVOLUCIÓN 2023-2025 (%)

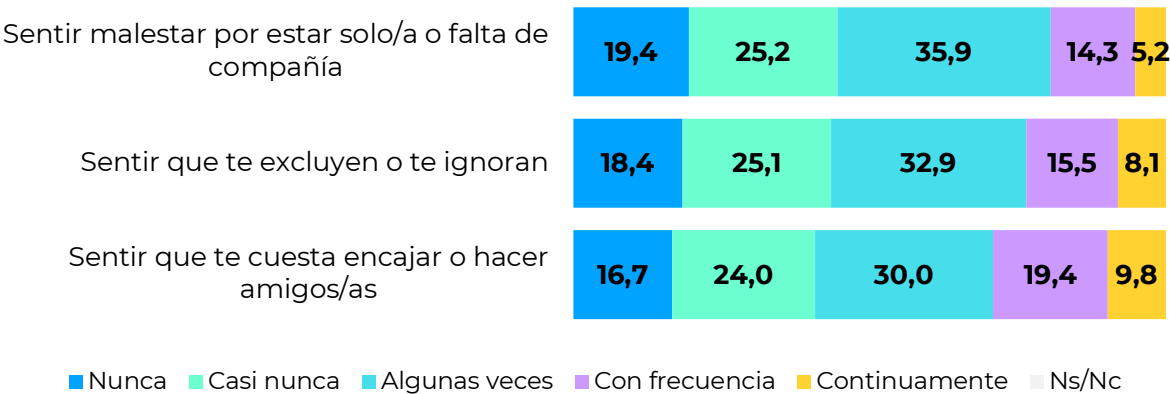


Pregunta 82. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿en qué medida has sentido soledad no deseada? // Base = 1.511 personas (15-29 años); N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023).

Los datos de evolución muestran resultados similares al año 2023, aunque con una **ligera mayor incidencia de soledad no deseada en 2025**: desciende 3 puntos quienes declaran no sentir soledad y aumenta casi 4 puntos quienes declaran sentir soledad no deseada con frecuencia.

Y ¿cómo describen esa soledad? A través de la siguiente batería pedíamos a los y las jóvenes que trataran de describir en qué consiste ese malestar y con qué frecuencia se ha experimentado en el último año. Así, indagamos en si las personas jóvenes experimentan dificultad para encajar o hacer amistades, se sienten exclusión por parte de otras personas o si sufren por la falta de compañía.

GRÁFICO 80. SITUACIONES DE FALTA DE COMPAÑÍA, AISLAMIENTO Y EXCLUSIÓN EXPERIMENTADAS (ÚLTIMO AÑO). 2025 (%)

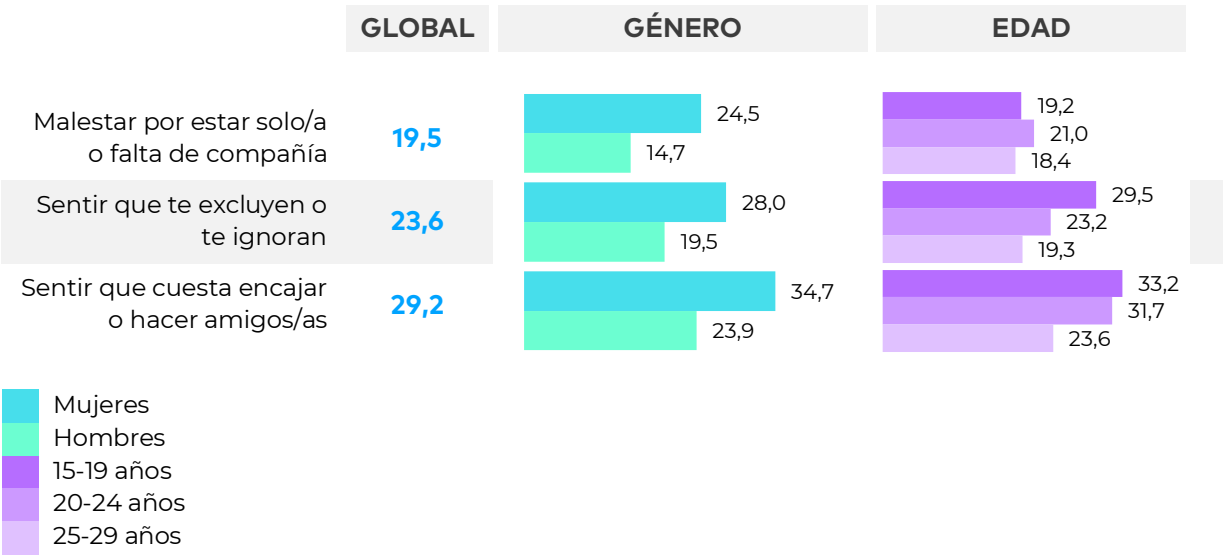


Preguntas 83-85. Y, en el último año, ¿con qué frecuencia te han sucedido las siguientes situaciones? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

La declaración de haber sufrido en el último año cualquiera de las situaciones planteadas en la batería es bastante generalizada, aunque con diferentes niveles de frecuencia. Si agrupamos las categorías de respuesta continuamente, con frecuencia y

a veces, **a casi el 60% (59,2%) le ha costado encajar o hacer amistades**, el **56,5% ha sentido que le excluyen o ignoran** y el **55,4% ha sentido malestar por falta de compañía**.

GRÁFICO 81. SITUACIONES DE FALTA DE COMPAÑÍA, AISLAMIENTO Y EXCLUSIÓN EXPERIMENTADAS CON ALTA FRECUENCIA (ÚLTIMO AÑO). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)

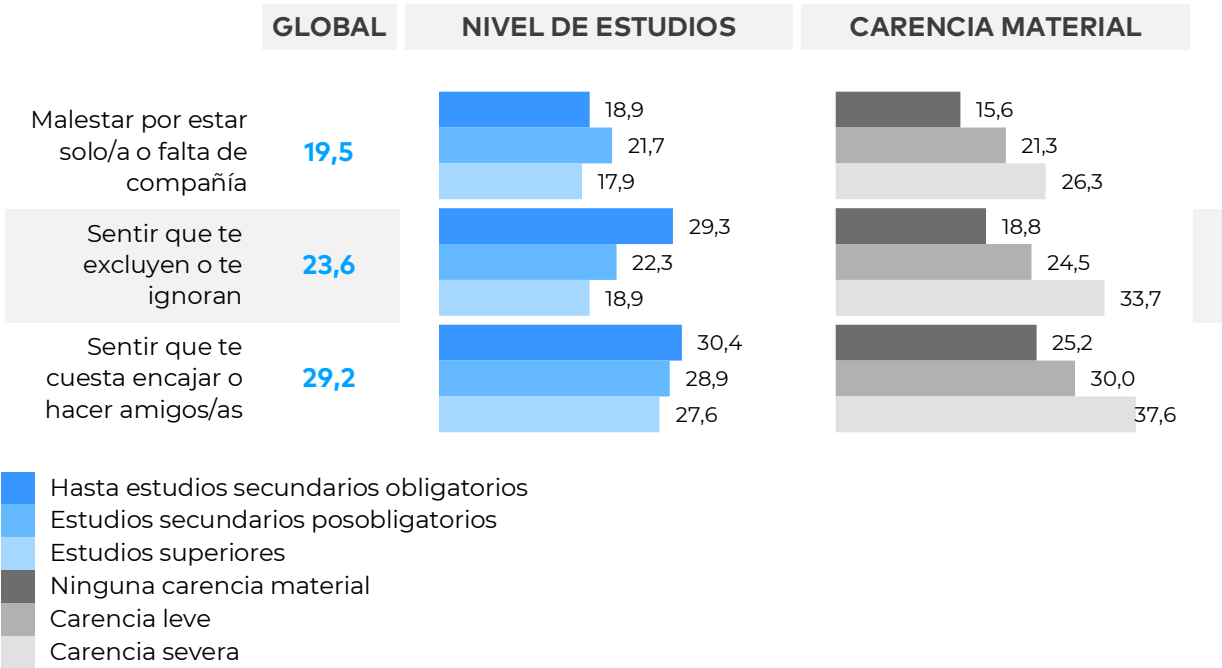


Preguntas 83-85. Y, en el último año, ¿con qué frecuencia te han sucedido las siguientes situaciones? Categorías agrupadas: Con frecuencia (4) + Continuamente (5). Base = 1.511 personas (15-29 años).

El sentir de no encajar y cuesta hacer amigos/as es la situación experimentada con más frecuencia.

Las mujeres declaran haber sufrido todas las situaciones en mayor medida que los hombres, con diferencias alrededor de los 10 puntos por encima en la alta frecuencia y, en relación a la edad, las vivencias como las dificultades para hacer amigos/as o el sentirse excluidos/as aparecen más señaladas en los grupos más jóvenes.

GRÁFICO 82. SITUACIONES DE FALTA DE COMPAÑÍA, AISLAMIENTO Y EXCLUSIÓN EXPERIMENTADAS CON ALTA FRECUENCIA (ÚLTIMO AÑO). GLOBAL, NIVEL DE ESTUDIOS Y CARENCIA MATERIAL. 2025 (%)



Preguntas 83-85. Y, en el último año, ¿con qué frecuencia te han sucedido las siguientes situaciones? Categorías agrupadas: Con frecuencia (4) + Continuamente (5). Base = 1.511 personas (15-29 años).

Un menor nivel educativo parece señalar sufrir con mayor frecuencia las situaciones de exclusión y falta de compañía, y **la carencia material determinada diferencias muy significativas**: quienes declaran carencia severa sufren en mucha mayor medida todas las situaciones descritas.

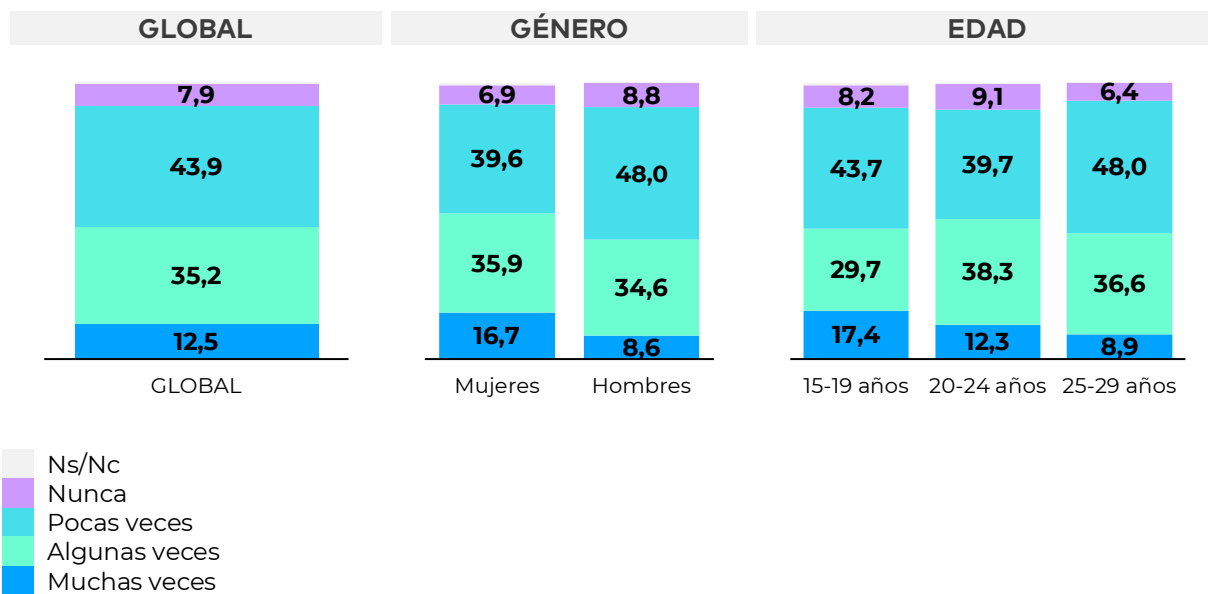
6. Servicios médicos y medicación

6.1. Asistencia sanitaria

En este punto analizamos las **experiencias de las personas jóvenes con los servicios sanitarios, comenzando por la frecuencia con la que han acudido a una consulta propia en el último año**. Tenemos en cuenta clínicas privadas, hospitales, servicios de urgencia, ambulatorios, centros de salud públicos, servicios de enfermería u otros servicios similares.

Llama la atención que **únicamente el 7,9% afirma no haber asistido nunca** a un servicio sanitario en el último año, la mayoría acudió pocas o algunas veces (79,1%) y el **12,5% afirma haber acudido muchas veces**.

GRÁFICO 83. ASISTENCIA A SERVICIOS SANITARIOS (ÚLTIMO AÑO). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)

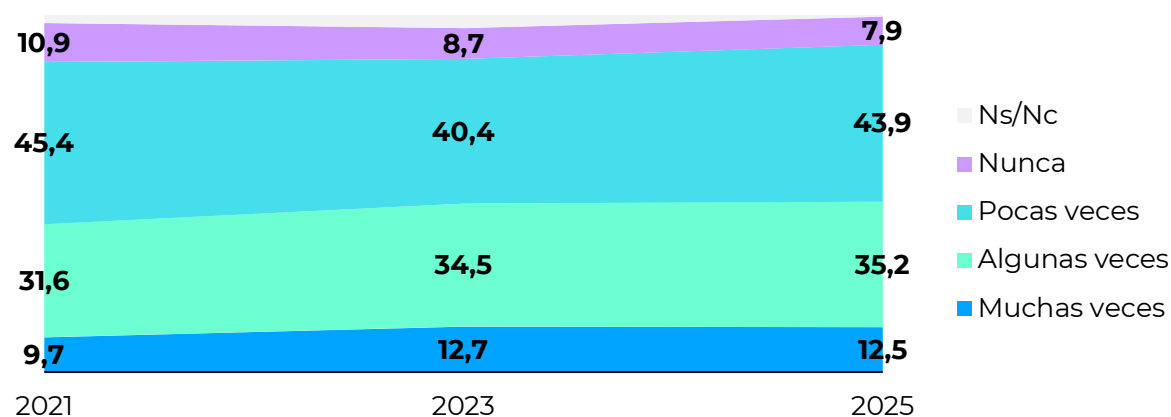


Pregunta 30. En el ÚLTIMO AÑO, ¿con qué frecuencia dirías que has acudido al médico o a un servicio sanitario para una consulta propia, no como acompañante? Se incluyen clínicas privadas, hospitales, servicios de urgencia, ambulatorios, centros de salud públicos, servicios de enfermería, etc. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Las variables **sociodemográficas** muestran ligeras diferencias **entre quienes no acudieron nunca** a un servicio sanitario en los últimos 12 meses. Es **algo menor el porcentaje entre las mujeres** (6,9% ellas frente al 8,8% ellos) y **también entre jóvenes de 25 a 29 años** (6,4%, frente al 8,2% y el 9,1% para jóvenes de 15 a 19 años y de 20 a 24 años respectivamente). Una **diferencia más marcada se observa al tener en cuenta a jóvenes que han acudido muchas veces** en el último año. El porcentaje de **mujeres duplica al de los hombres (16,7% ellas y 8,6% ellos)** y el **porcentaje de las personas de menos edad también es significativamente más elevado** que el del resto (17,4% para jóvenes de 15 a 19 años, 12,3% para jóvenes de 20 a 24 años y 8,9% para jóvenes de 25 a 29 años).

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 84. ASISTENCIA A SERVICIOS SANITARIOS (ÚLTIMO AÑO). EVOLUCIÓN 2021-2025 (%)



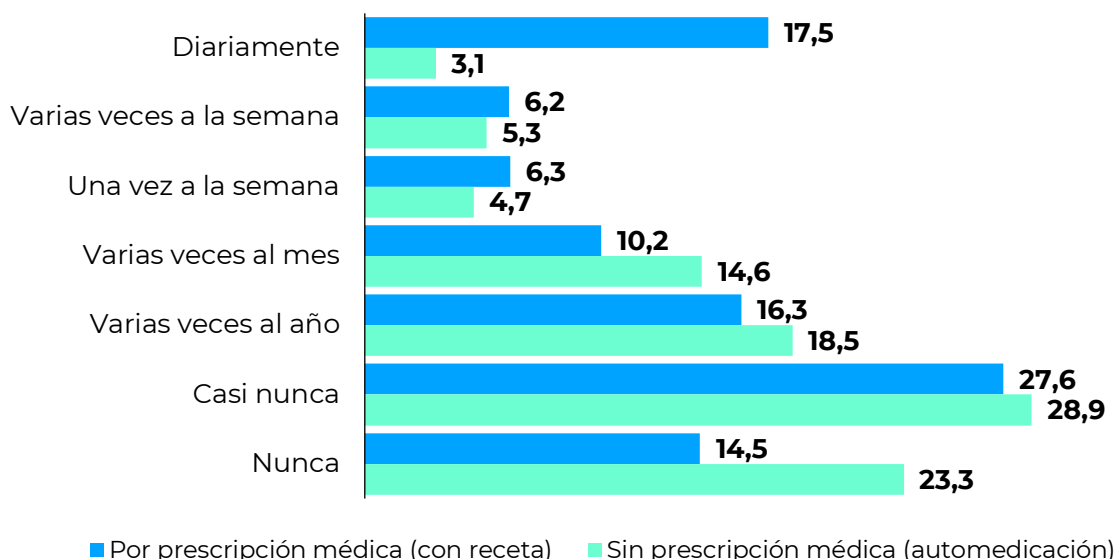
Pregunta 30. En el ÚLTIMO AÑO, ¿con qué frecuencia dirías que has acudido al médico o a un servicio sanitario para una consulta propia, no como acompañante? Se incluyen clínicas privadas, hospitales, servicios de urgencia, ambulatorios, centros de salud públicos, servicios de enfermería, etc. // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021).

El **análisis longitudinal** muestra una **tendencia a la estabilidad** entre 2023 y 2025, la mayor variación se observa entre quienes acuden pocas veces a servicios sanitarios en el último año, que pasa de 40,4% en 2023 a 43,9% en 2025; el resto de categorías no superan los dos puntos porcentuales de variación. El incremento de tres puntos porcentuales registrado entre 2021 y 2023 para quienes acuden con mucha frecuencia al médico se estabiliza entre 2023 y 2025, en el 12,5%.

6.2. Consumo de medicamentos

El abordaje del **consumo de medicamentos se ha generado teniendo en cuenta si la ingesta se ha realizado por prescripción médica o sin ella**. Esta distinción resulta clave para interpretar hasta qué punto la juventud toma medicamentos sin la supervisión de una figura profesional.

GRÁFICO 85. FRECUENCIA DE INGESTA DE MEDICAMENTOS (CON Y SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA). GLOBAL. 2025 (%)

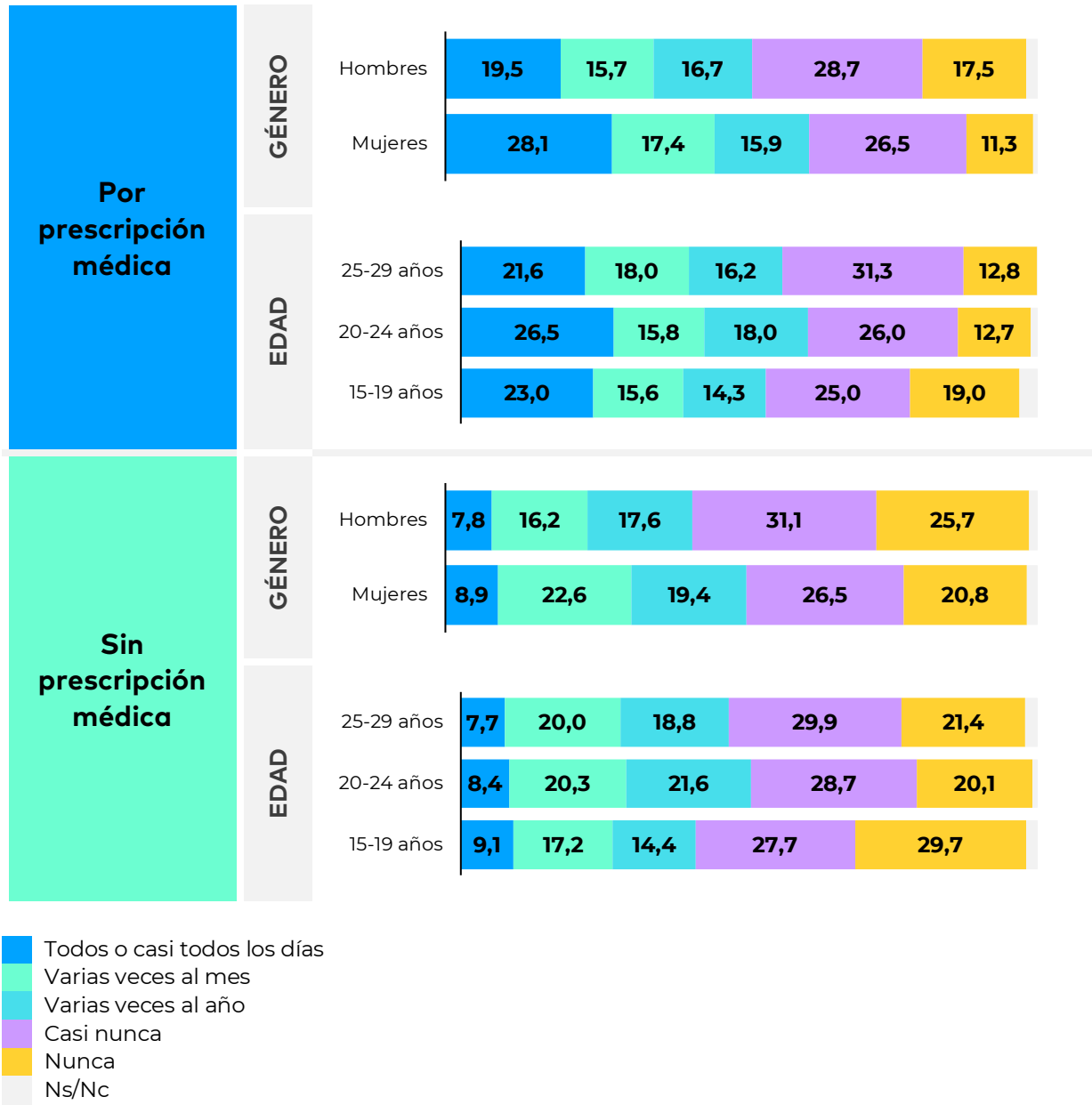


Pregunta 28. ¿Con qué frecuencia tomas algún medicamento por prescripción médica (recetado)? / 29. Y, ¿con qué frecuencia tomas medicamentos sin prescripción médica (automedicación)? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

La **mayor parte de jóvenes consumen medicamentos de forma esporádica o nunca, entre el 10% y el 30% los consumen varias veces al mes o menos**. Con una mayor frecuencia, entre el 5% y el 17,5%, los consumen con receta y únicamente entre el 3% y el 5% los consumen sin prescripción médica.

Los datos indican que **a mayor frecuencia de consumo de medicamentos también es más habitual tener una receta para el mismo**, mientras que **en el consumo espaciado en el tiempo o esporádico la tendencia es la contraria**. De este modo, un 17,5% de jóvenes afirma consumir medicamentos diariamente con receta y sólo el 3,1% lo hace sin ella. Entre quienes consumen una o varias veces a la semana algo más del 6% lo hace por prescripción y aproximadamente el 5% sin ella. Entre quienes consumen varias veces al mes cambia la tendencia y el porcentaje de automedicación es mayor (14,6% se medican sin receta frente al 10,2% que lo hacen con prescripción médica). Lo más habitual es que los y las jóvenes tomen medicamentos varias veces al año (16,3% con receta y 18,5% sin) o casi nunca (27,6% con receta y 28,9% sin). Finalmente, cabe **destacar que un 14,5% afirma que nunca toma medicamentos por prescripción médica, y un 23,3% que nunca se automedica**.

GRÁFICO 86. FRECUENCIA DE INGESTA DE MEDICAMENTOS (CON Y SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA). GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



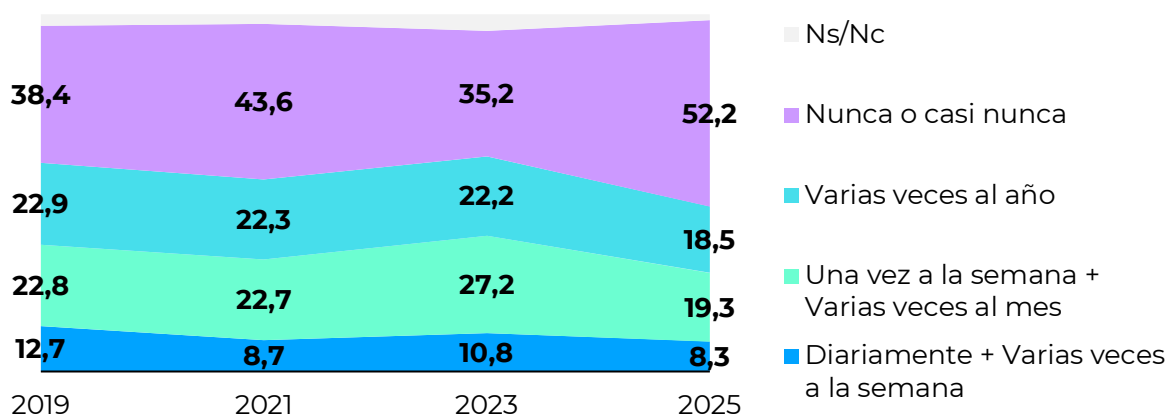
Pregunta 28. ¿Con qué frecuencia tomas algún medicamento por prescripción médica (recetado)? / 29. Y, ¿con qué frecuencia tomas medicamentos sin prescripción médica (automedicación)? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Los **perfiles sociodemográficos** marcan diferencias relevantes tanto en el consumo de medicamentos por prescripción médica como sin ella. Comenzando por la **medicación con receta**, el **género es clave: el porcentaje de mujeres que toman medicación todos o casi todos los días es significativamente superior al de los hombres** (28,1% ellas y 19,5% ellos) y menor el de mujeres que afirman no tomar nunca medicación con receta (11,3% ellas y 17,5% ellos). La **edad también es significativa** puesto que es el grupo de 20 a 24 años el que consume medicamentos recetados con más frecuencia y es en el grupo de 15 a 19 años en el que hay más jóvenes que afirman no tomar ninguna medicación recetada (19%, mientras que entre mayores de 20 el porcentaje es del 12% aproximadamente).

En la **medicación sin prescripción médica** las **diferencias por género y edad no están tan marcadas, pero también se identifican matices relevantes**. Las mujeres consumen con mayor frecuencia (un 24% de hombres consume varias veces al mes o más frente, frente al 31,5% de mujeres) y vuelven a ser los hombres quienes afirman que nunca se automedican (25,7% frente al 20,8% ellas). En la edad, la mayor diferencia se observa en el grupo de 15 a 19 años, puesto que un 29,7% de jóvenes que afirman no automedicarse nunca superan en 10 puntos porcentuales aproximadamente al resto.

EVOLUCIÓN DE LOS DATOS

GRÁFICO 87. INGESTA DE MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA (AUTOMEDICACIÓN). EVOLUCIÓN 2019-2025 (%)



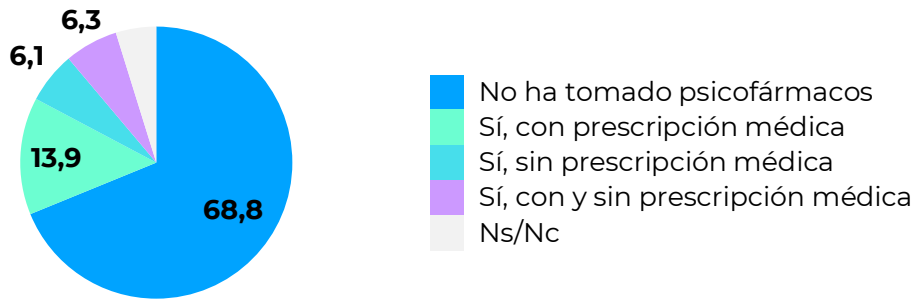
Pregunta 29. Y, ¿con qué frecuencia tomas medicamentos sin prescripción médica (automedicación)? // Base = 1.511 personas (15-29 años); 2023: N = 1.200 (2023: Barómetro Salud y Bienestar 2023); 2021: N = 1.501 (Barómetro Salud y Bienestar 2021); 2019: N = 1.200 (Barómetro Salud y Bienestar 2019).

La **evolución de los datos** se mantuvo relativamente estable entre 2019 y 2023 pero en estos últimos dos años sí se ven cambios relevantes que podrían interpretarse como positivos. Principalmente se ha registrado un aumento muy significativo en el porcentaje de jóvenes que afirman **no consumir medicación sin prescripción médica nunca o casi nunca (pasando del 35,2% en 2023 al 52,2% en 2025)**. En consecuencia, el consumo con otras frecuencias también se ha visto reducido entre 2023 y 2025.

6.3. Consumo de psicofármacos

Un **aspecto especialmente relevante al analizar la medicación y la automedicación es el consumo de psicofármacos**. Medicamentos como los ansiolíticos, antidepresivos, hipnosedantes, antipsicóticos o estabilizadores del ánimo tienen una estrecha relación con la salud mental. Por este motivo se ha optado por poner un foco específico sobre este tipo de consumo.

GRÁFICO 88. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS (ÚLTIMO AÑO). GLOBAL. 2025 (%)

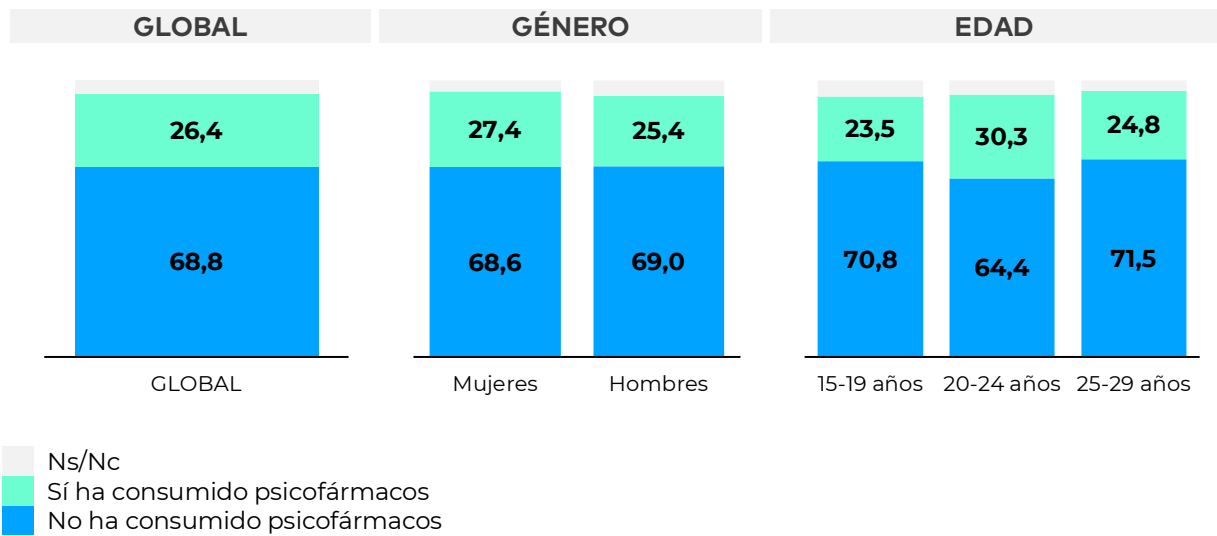


Pregunta 63. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has consumido algún tipo de psicofármaco? Nos referimos a medicamentos/sustancias como: ansiolíticos, antidepresivos, hipnosedantes, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo... //

Base = 1.511 personas (15-29 años).

Los datos muestran que **la mayor parte de la población joven no ha consumido psicofármacos en el último año (un 68,8% frente al 26,4% que sí los ha consumido)**. Entre quienes los han consumido la mayoría lo han hecho con prescripción médica (13,9%), algo más del doble que quienes se han automedicado (6,1%) y quienes han combinado ambas prácticas, con y sin receta (6,3%).

GRÁFICO 89. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS (ÚLTIMO AÑO). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



Pregunta 63. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has consumido algún tipo de psicofármaco? Nos referimos a medicamentos/sustancias como: ansiolíticos, antidepresivos, hipnosedantes, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo... //

Base = 1.511 personas (15-29 años).

Atendiendo a las **diferencias por género y edad no se observan grandes variaciones** en los datos. El porcentaje de **mujeres que consume psicofármacos es ligeramente superior** al de hombres (27,4% frente al 25,4%) y **destaca el grupo de 20 a 24 años como el que más consume** psicofármacos (el 30,3% frente al 24% aproximadamente en los otros dos grupos de edad).

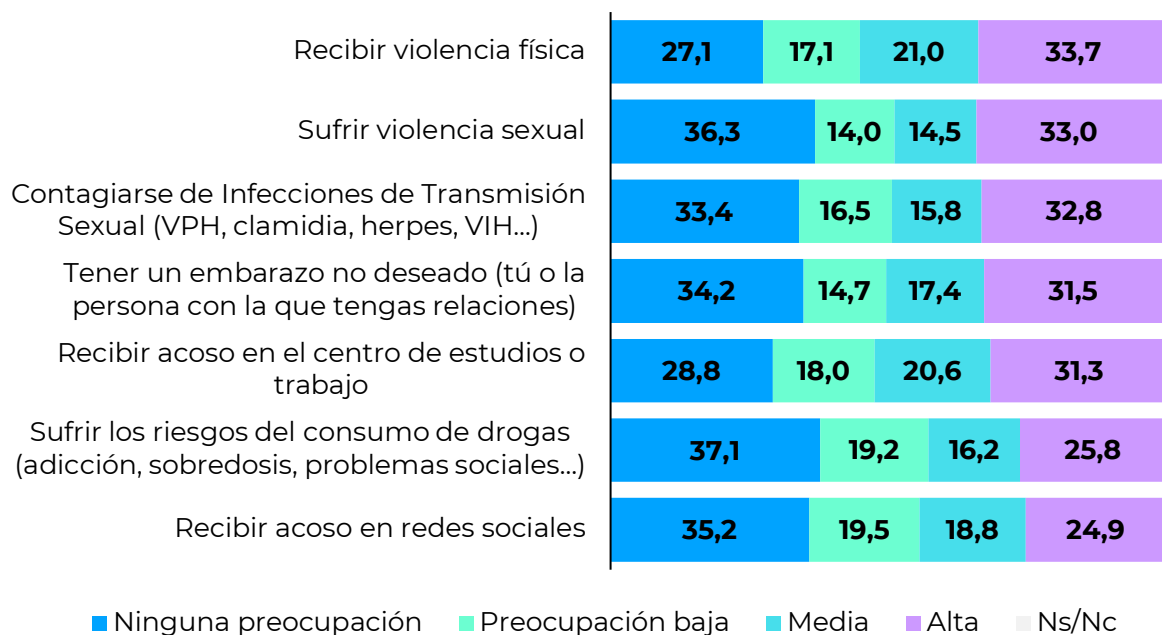
7. Situaciones de riesgo

7.1. Preocupación ante determinados riesgos

Para finalizar la exposición del análisis de resultados, ponemos el foco en los riesgos y hablamos de situaciones de riesgo y problemas que preocupan y que se experimentan por parte de la población joven.

En cuanto a los **riesgos que preocupan**, del listado de situaciones propuestas, se observa que **no hay una proporción demasiado alta de jóvenes que tengan preocupaciones elevadas** frente a situaciones de riesgo. En la mayor parte de los casos, aproximadamente 1 de cada 3 jóvenes tiene una preocupación alta, salvo en lo relativo a sufrir las consecuencias del consumo de drogas o recibir acoso en redes sociales virtuales, en donde la preocupación es menor (aproximadamente 1 de cada 4 tiene preocupación alta).

GRÁFICO 90. GRADO DE PREOCUPACIÓN FRENTE A DETERMINADOS RIESGOS. GLOBAL. 2025 (%)

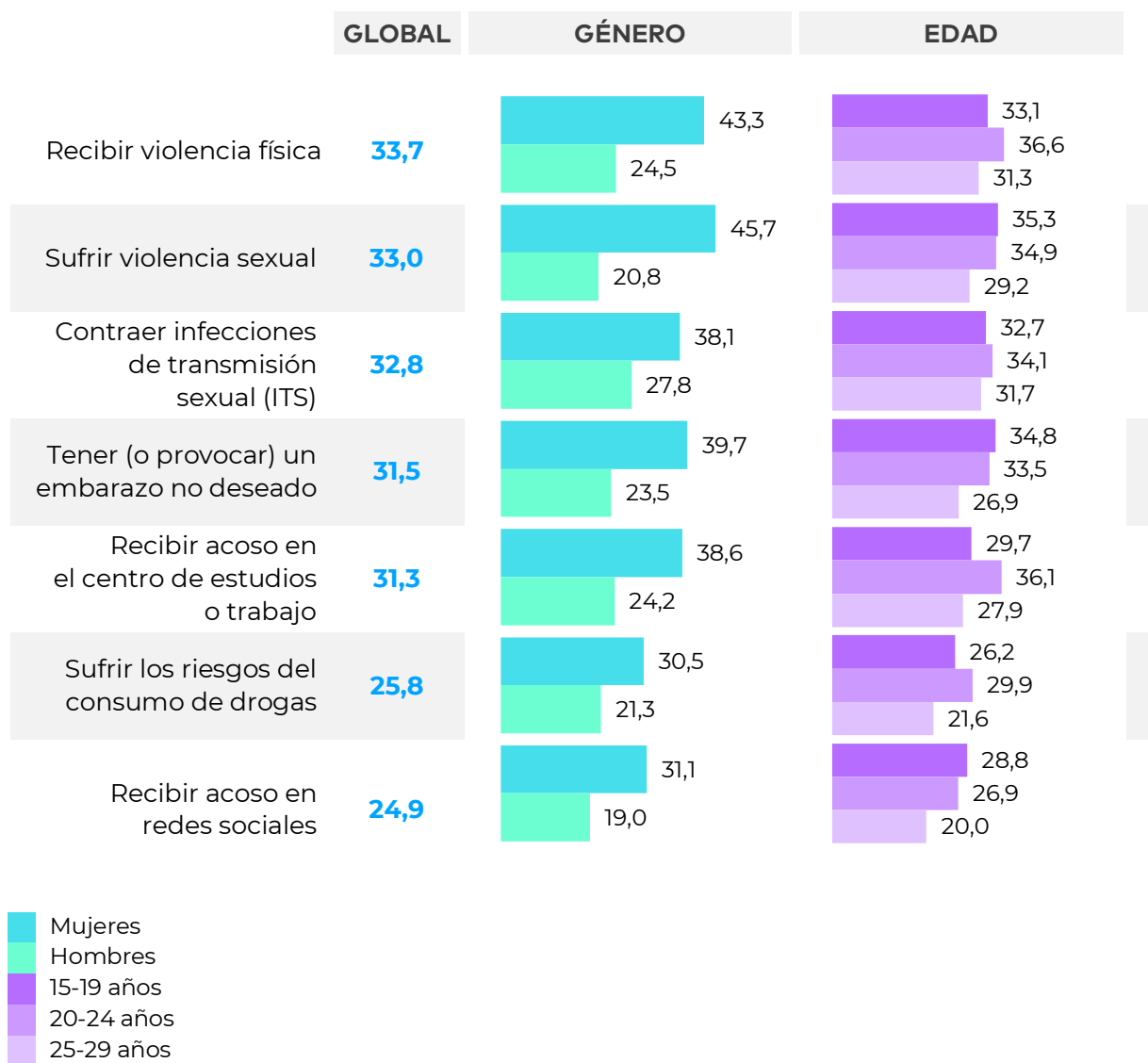


Preguntas 90-96. En líneas generales, ¿en qué medida te preocupa que te puedan afectar personalmente las siguientes situaciones? Utilizar una escala de 0 a 10, donde 0 es "ninguna preocupación" y 10 es "mucho preocupación"; 99. Ns/Nc. Categorías recodificadas: 0 = Ninguna preocupación; 1-3 = Preocupación baja; 4-6 = Preocupación media; 7-10 = Preocupación alta. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Cabe destacar que algunos riesgos muestran una **gran ambivalencia**, en tanto que hay una proporción muy similar entre preocupación alta y ninguna preocupación. Por ejemplo, el 33% de jóvenes declaran una gran preocupación por sufrir violencia sexual (la segunda situación que más preocupa), mientras que el 36,3% dice no tener ninguna preocupación al respecto. Sucede algo parecido en el caso de contagiarse de infecciones de transmisión sexual (32,8% se preocupa mucho y 33,8% no se preocupa nada) o tener embarazos no deseados (31,5% tiene una preocupación alta y 34,2% no).

se preocupa en absoluto). Este contraste se debe en gran medida al **impacto de la variable género**, pues hay grandes diferencias entre las percepciones de los hombres y de las mujeres. En todas las situaciones planteadas las **mujeres muestran una mayor preocupación** frente a los riesgos, sobre todo en sufrir violencia sexual (ellas 45,7% de preocupación alta y ellos 20,8%), recibir violencia física (ellas 43,3% y ellos 24,5%) y tener un embarazo no deseado (ellas 39,7% y ellos 23,5%). La problemática en la que menos diferencia hay es lo que tiene que ver con las drogas, aunque igualmente la diferencia es alta, pues ellas superan en 9,1 puntos a los chicos. También, al observar la preocupación por el acoso en redes sociales virtuales, pese a que es el asunto que menos preocupa, las mujeres superan en 12,1 p.p. a los hombres (3 de cada 10 chicas se preocupan mucho por ello, mientras que son 2 de cada 10 en el caso de los chicos).

GRÁFICO 91. RIESGOS QUE MÁS PREOCUPAN (PREOCUPACIÓN ALTA*). GLOBAL, GÉNERO Y EDAD (%)



*Preocupación alta (categorías agrupadas: 7-10 en escala 0-10).

Preguntas 90-96. En líneas generales, ¿en qué medida te preocupa que te puedan afectar personalmente las siguientes situaciones? Utilizar una escala de 0 a 10, donde 0 es "ninguna preocupación" y 10 es "mucha preocupación"; 99. Ns/Nc. // Base = 1.511 personas (15-29 años).

La **edad** es un factor importante cuando se habla de riesgos. La forma de enfrentarse a los problemas y las situaciones de riesgo se ve condicionada por la edad, de manera que preocupan más o menos ciertas cuestiones según el momento vital. De forma general, se asume que el **grupo de jóvenes de mayor edad es el que menos se preocupa** por los posibles riesgos que pueden encontrarse. Lógicamente, cumplir años va ligado con ganar experiencia, conocimientos y seguridad a la hora de dar pasos, tomar decisiones y enfrentarse a la vida en general, lo que se puede comprobar en estos resultados, donde en todos los casos, las personas de 25 a 29 años se preocupan menos que el resto de jóvenes por la lista de situaciones de riesgo planteadas.

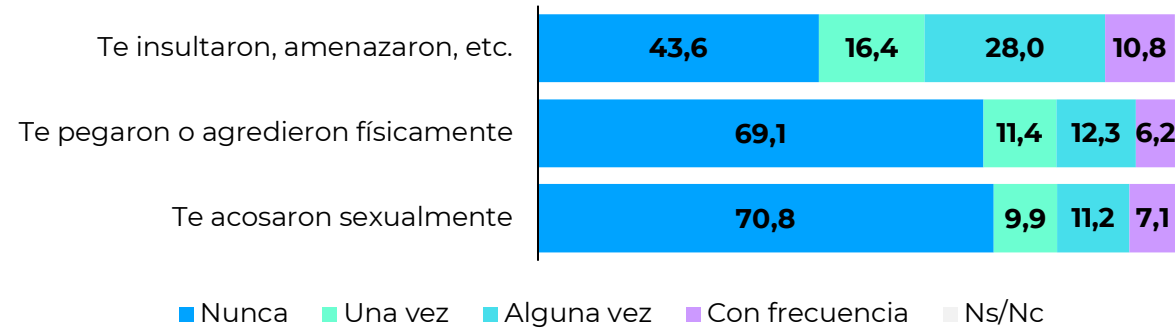
Por aportar algún detalle más relacionado con la edad, se puede decir que los riesgos que más preocupan son:

- **15 a 19 años.** Lo que más preocupa es la violencia sexual (35,3% de preocupación alta) y los embarazos no deseados (34,8%).
- **20 a 24 años.** En este grupo de edad las situaciones que más preocupan son recibir violencia física (36,6%) y el posible acoso en el centro de estudios o trabajo (36,1%).
- **25 a 29 años.** Destaca la preocupación por sufrir contagios de ITS (31,7%) y por recibir violencia física (31,3%). Aunque, como decimos, en este grupo de edad las preocupaciones son más bajas que en el resto.

7.2. Situaciones de violencia sufridas

Más allá de las preocupaciones, si hablamos de riesgos, cabe preguntarse si los y las jóvenes sufren situaciones concretas de riesgo y violencia. En este punto abordamos la violencia sufrida, es decir, **riesgos que se sufren involuntariamente**.

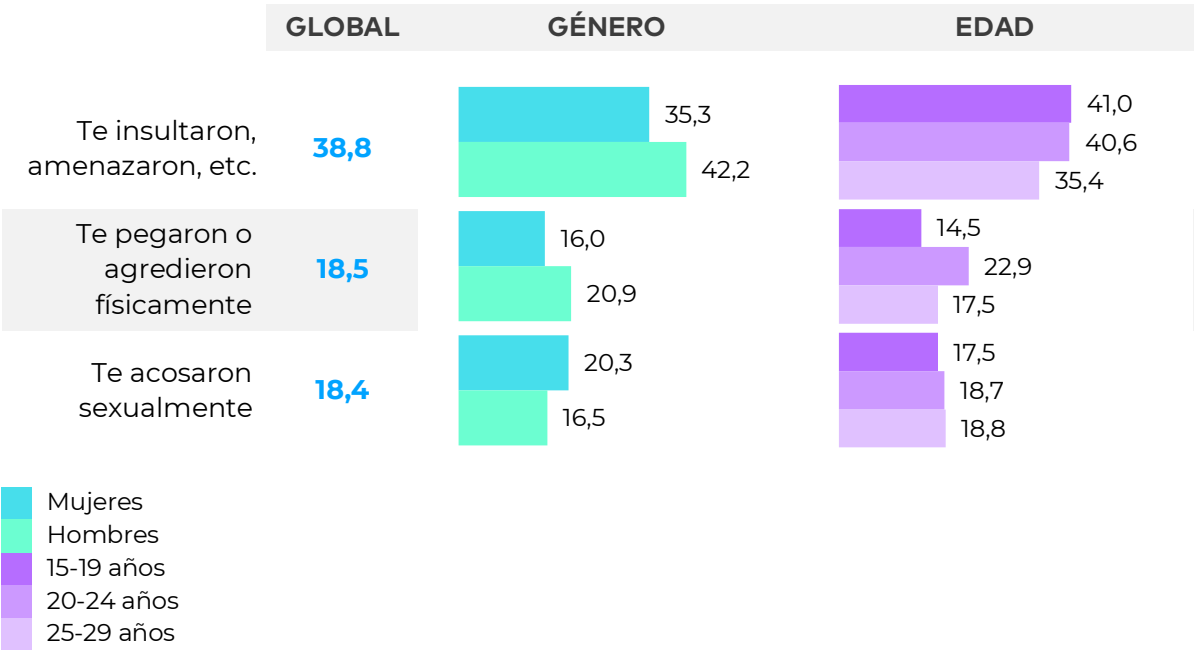
GRÁFICO 92. SITUACIONES DE VIOLENCIA SUFRIDAS (ÚLTIMO AÑO). GLOBAL. 2025 (%)



Preguntas 97-99. Durante el ÚLTIMO AÑO, ¿con qué frecuencia te ocurrieron las siguientes situaciones? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

De forma general, la **exposición directa a violencia no es habitual** entre las personas jóvenes: 7 de cada 10 jóvenes no ha sufrido ni acoso sexual ni violencia física directa durante el último año. Aunque, eso sí, **más de la mitad (55,3%) ha recibido insultos, amenazas o algún tipo de violencia verbal** en mayor o menor medida. De hecho, el 10,8% afirma haber recibido violencia verbal con frecuencia en el último año.

GRÁFICO 93. SITUACIONES DE VIOLENCIA SUFRIDAS MÁS DE UNA VEZ* (ÚLTIMO AÑO). GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



*Más de una vez (categorías agrupadas: Algunas veces; Con frecuencia; Con mucha frecuencia). Preguntas 97-99. Durante el ÚLTIMO AÑO, ¿con qué frecuencia te ocurrieron las siguientes situaciones? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Si nos centramos en la exposición frecuente frente a situaciones de violencia sufridas en función del **género**, se observa que los jóvenes **varones sufren con mayor frecuencia la violencia verbal, así como la violencia física**. El 42,2% de los chicos dice recibir insultos o amenazas con frecuencia (35,3% las chicas) y el 20,9% dice que recibió violencia física con frecuencia en el último año (16,0% ellas). Por su parte, las chicas sufren con mayor frecuencia situaciones de acoso sexual: el 20,3% de las chicas dice sufrir acoso sexual con frecuencia (16,5% los chicos).

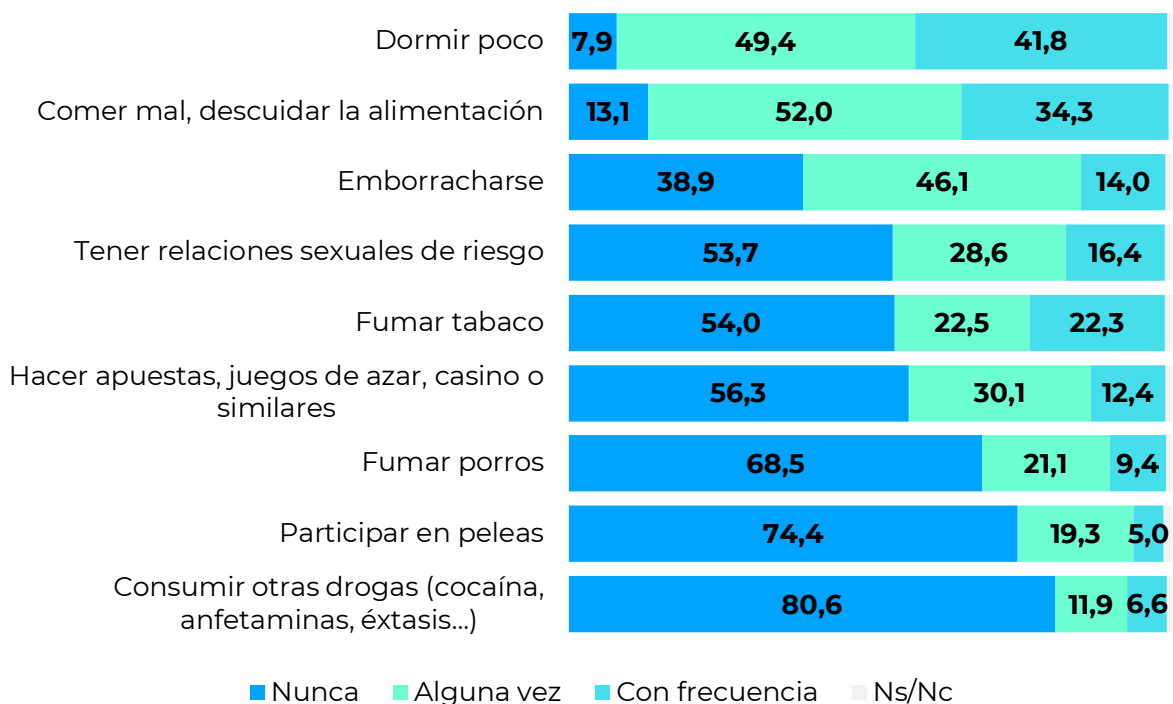
Con relación a la **edad** no se advierten diferencias destacables, salvo en el grupo de 20 a 24 años en relación con la violencia física, pues afirma recibir con mayor frecuencia agresiones físicas (22,9% de jóvenes de esta edad; 17,5% el grupo 25 a 29 años y 14,5% el grupo de 15 a 19).

7.3. Realización de comportamientos de riesgo

Por último, se analizan los comportamientos de riesgo que tienen los y las jóvenes, es decir, más allá de las actitudes y las problemáticas a las que se ven expuestos y expuestas, nos centramos en las prácticas que realizan. Estudiamos la frecuencia con que los y las jóvenes realizan **prácticas que podrían considerarse de riesgo para su salud y bienestar** —comportamientos de riesgo de muy diversa gravedad, pero que pueden impactar negativamente en sus vidas—.

Del listado planteado, los **comportamientos de riesgo más habituales** son los que, presumiblemente, pueden considerarse menos graves: **dormir y alimentarse mal**. El 41,8% de jóvenes afirma que duerme poco con frecuencia y el 34,3% dice que come mal con frecuencia. También podría destacarse la relativa frecuencia del tabaco en las vidas juveniles, pues el 22,3% dice fumar con frecuencia. Y, ya en menor medida, hay cierta frecuencia de práctica de relaciones sexuales de riesgo o sin seguridad (16,4%) y de llegar a emborracharse (14,0%).

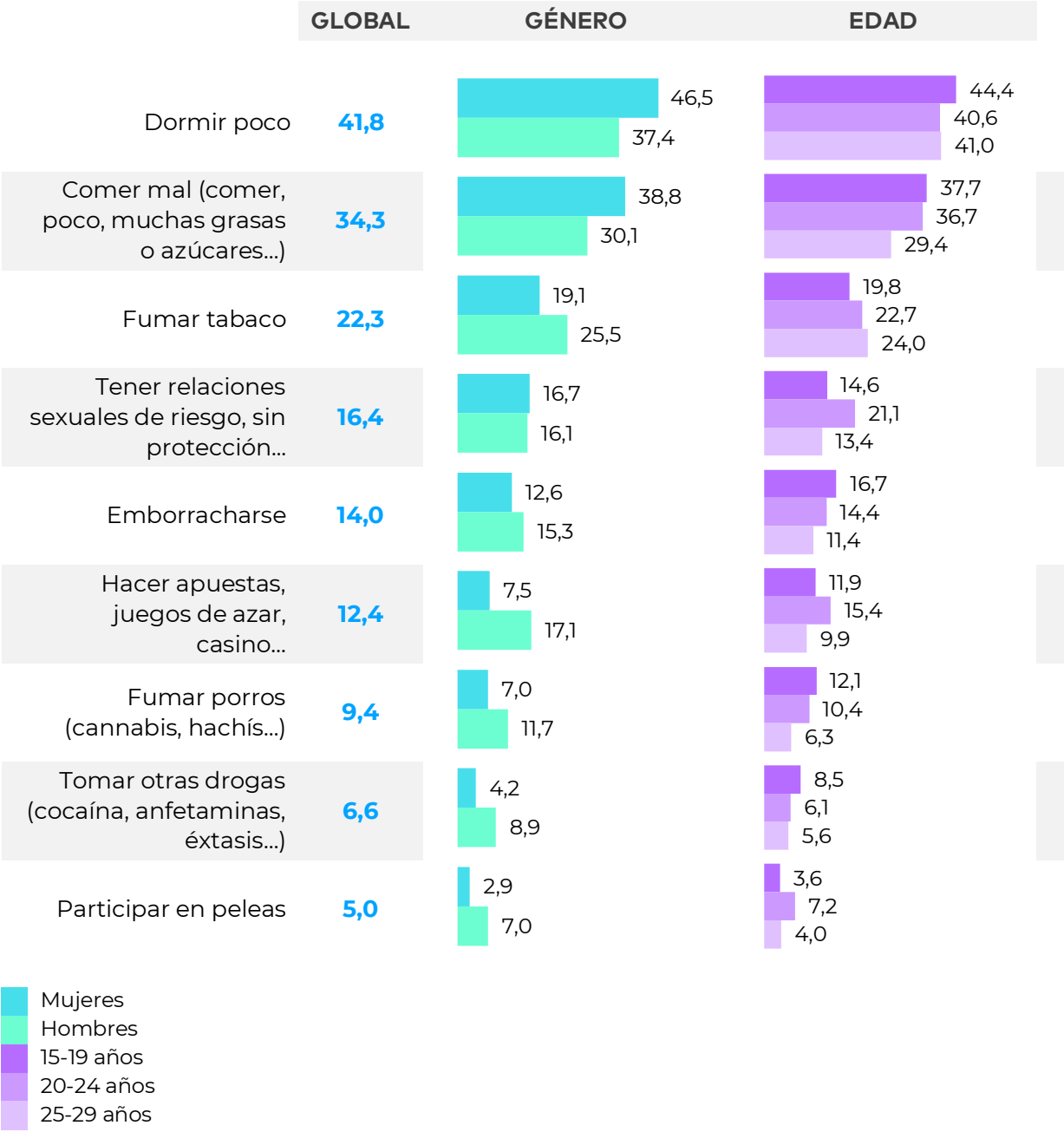
GRÁFICO 94. FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE DETERMINADOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO (ÚLTIMOS 6 MESES). GLOBAL. 2025 (%)



Preguntas 101-109. A continuación, hay una serie de situaciones que pueden darse en diferentes contextos. Por favor, lee cada frase con atención y responde con sinceridad. ¿Con qué frecuencia realizas o has realizado cada una de las situaciones en los ÚLTIMOS 6 MESES? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

En el lado contrario, hay algunas prácticas de riesgo poco frecuentes y poco extendidas entre los y las jóvenes. Si nos fijamos en las **prácticas menos frecuentes** —las que declaran en mayor medida no hacer nunca en los últimos 6 meses—, cabe resaltar el consumo de **otras drogas** como la cocaína o el éxtasis (80,6% nunca lo hace), la participación en **peleas** (74,4% no lo hace) y el consumo de **porros** (cannabis, hachís y derivados) (68,5%).

GRÁFICO 95. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO REALIZADOS CON FRECUENCIA* (ÚLTIMOS 6 MESES). GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



*Con frecuencia (categorías agrupadas: A menudo; Con mucha frecuencia).

Preguntas 101-109. A continuación, hay una serie de situaciones que pueden darse en diferentes contextos. Por favor, lee cada frase con atención y responde con sinceridad. ¿Con qué frecuencia realizas o has realizado cada una de las situaciones en los ÚLTIMOS 6 MESES? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

En los comportamientos de riesgo hay **grandes diferencias cuando comparamos lo que hacen los hombres y las mujeres**. A simple vista, destaca que las chicas realizan de forma más frecuente los comportamientos que pueden parecer menos graves, esto es, dormir poco y comer mal. Son ellas quienes hacen estas prácticas de forma mucho más frecuente: el 46,5% de las chicas duerme mal con frecuencia (37,4% ellos) y el 38,8% come mal con frecuencia (30,1%).

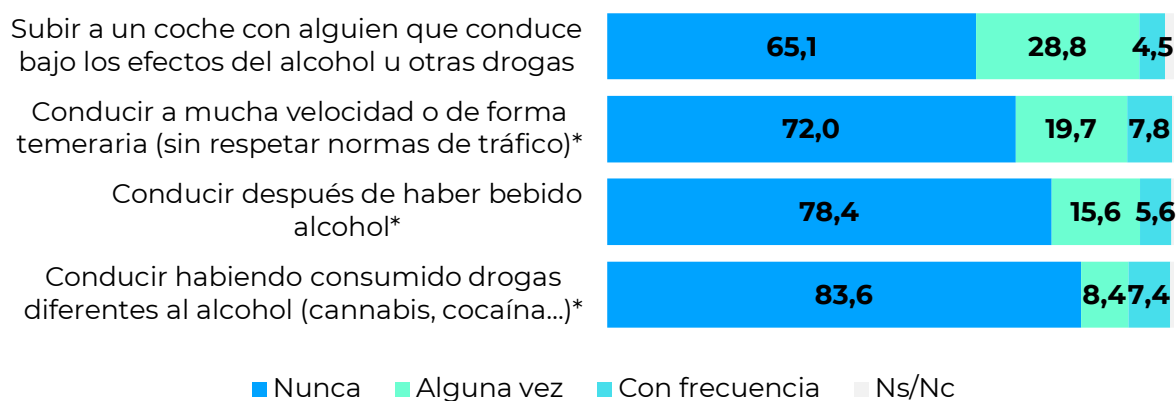
En el resto de prácticas, con la excepción de tener relaciones sexuales de riesgo —donde los comportamientos son casi idénticos—, **son los hombres quienes más frecuentemente se exponen a situaciones de riesgo** de forma activa, es decir, son los hombres quienes más comportamientos de riesgo tienen o, cuando menos, realizan comportamientos de riesgo con mayor frecuencia.

En lo relativo a la edad, podemos destacar algunas situaciones:

- El grupo de **jóvenes de más edad** (25 a 29 años) es, de forma general, el que realiza comportamientos de **riesgo con menos frecuencia**. Podríamos decir que es el menos expuesto a riesgos o el que menos vulnerable se encuentra frente a las situaciones de riesgo. La **única práctica que realiza con mayor frecuencia que el resto es fumar tabaco**.
- El **grupo más joven** (15 a 19 años) no destaca por ser el que más frecuentemente se expone a riesgos, aunque sí que es el más riesgoso en algunos casos, principalmente en lo relativo a las prácticas menos peligrosas (**dormir y comer mal**) y al **consumo de drogas** (emborracharse, fumar porros y tomar otras drogas).
- Por su parte, el **grupo de jóvenes entre los 20 a 24 años**, se erige como el que más frecuentemente realiza **prácticas sexuales de riesgo, apuestas y peleas**.

Para terminar con el análisis, continuamos analizando la frecuencia en las prácticas de **riesgos asociados a la conducción**.

GRÁFICO 96. FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE DETERMINADOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO VINCULADOS A LA CONDUCCIÓN (ÚLTIMOS 6 MESES). GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



*La base son jóvenes que tienen permiso de conducir.

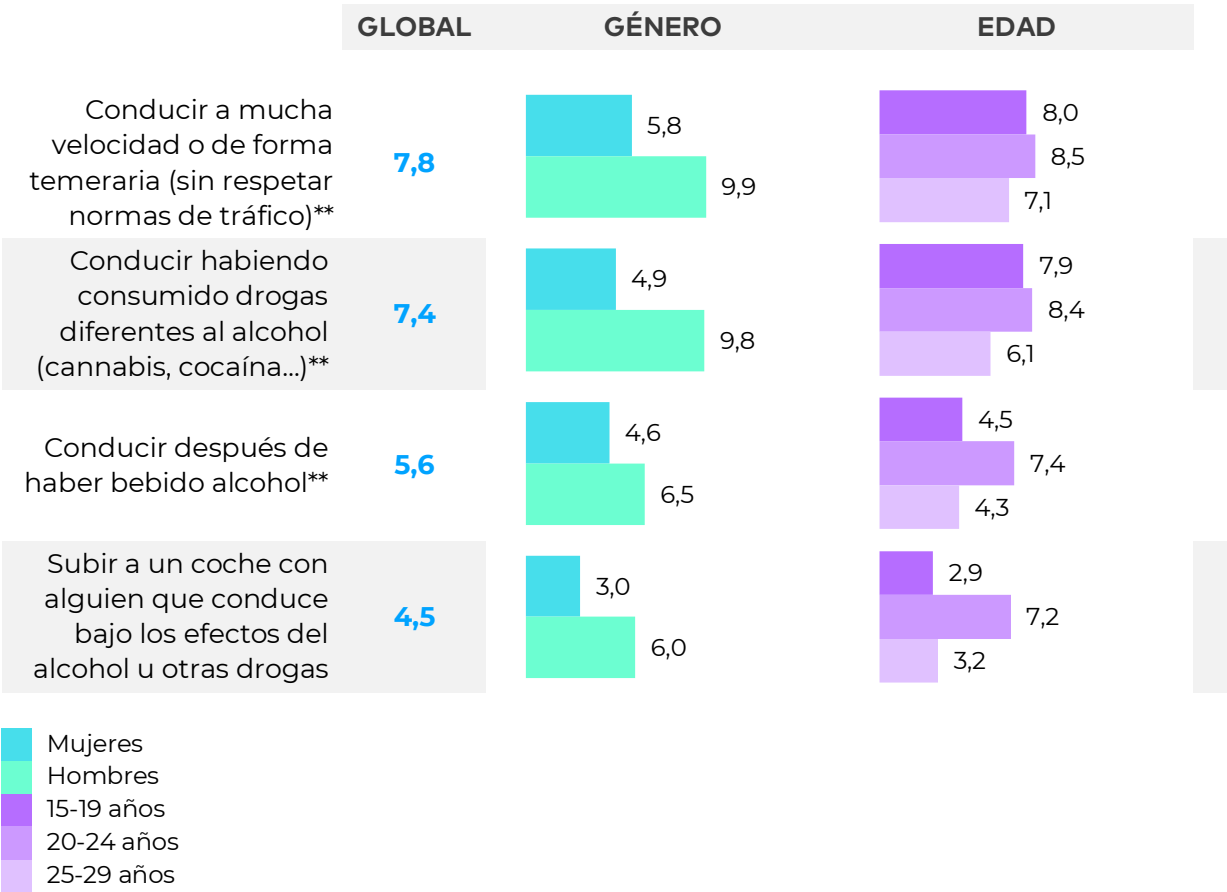
Preguntas 110-113. Y, con respecto a la conducción, ¿con qué frecuencia has realizado cada una de las siguientes prácticas en los ÚLTIMOS 6 MESES? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

Se plantean cuatro situaciones de riesgo diferentes. Una de ellas no implica directamente conducir o disponer de permiso de conducir (subir a un coche con alguien que conduce bajo los efectos de las drogas), mientras que las otras tres situaciones tienen que ver con mezclar la conducción con las drogas (alcohol y otras drogas) o con la conducción temeraria. En cuanto a la primera situación, vemos que es la más habitual, no por frecuencia, sino porque es la que se extiende más en proporción por la población juvenil. **1 de cada 3 jóvenes ha subido a un coche en el que la persona que**

conducía iba bajo los efectos del alcohol u otras drogas en mayor o menor frecuencia en los últimos 6 meses (el 65,1% no lo ha hecho nunca en este periodo de tiempo). Siguiendo con el resto de comportamientos, se comprueba que el siguiente más extendido es la conducción temeraria (a mucha velocidad o sin respetar las normas de tráfico), que la ha realizado aproximadamente 1 de cada 4 en este periodo. En los otros dos casos, los vinculados a las drogas, el 21,2% ha conducido bajo los efectos del alcohol y el 15,8% bajo los efectos de otras drogas.

Al centrarse específicamente en la mayor frecuencia, se advierte que la práctica realizada con mayor frecuencia por los y las jóvenes es la conducción temeraria, que el 7,8% de jóvenes reconoce hacer con frecuencia (afirman que lo han hecho a menudo o con mucha frecuencia en los últimos 6 meses). Muy cerca en cuanto a alta frecuencia se encuentra el hecho de conducir habiendo consumido drogas diferentes al alcohol, que el 7,4% dice haber hecho con frecuencia en los últimos 6 meses. Como vemos, es muy bajo el porcentaje de quienes dicen tener estos comportamientos con frecuencia.

GRÁFICO 97. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO VINCULADOS A LA CONDUCCIÓN REALIZADOS CON FRECUENCIA* (ÚLTIMOS 6 MESES). GÉNERO Y EDAD. 2025 (%)



*Con frecuencia (categorías agrupadas: A menudo; Con mucha frecuencia).

**La base son jóvenes que tienen permiso de conducir.

Preguntas 110-113. Y, con respecto a la conducción, ¿con qué frecuencia has realizado cada una de las siguientes prácticas en los ÚLTIMOS 6 MESES? // Base = 1.511 personas (15-29 años).

En este contexto hay **grandes diferencias por género**. Los **chicos son quienes más riesgos asumen en lo relativo al tráfico y la conducción**. Si bien tanto chicos como chicas

dicen realizar pocos comportamientos de riesgo en este sentido, así como con poca frecuencia, lo cierto es que los chicos presentan datos bastante superiores a las chicas. Mientras que a la hora de conducir bajo los efectos del alcohol no hay tantas diferencias (6,5% de chicos lo hace con frecuencia; 4,6% las chicas), se detecta mucha más frecuencia en el caso de la conducción bajo el efecto de otras drogas, donde los chicos duplican el porcentaje de alta frecuencia frente a las chicas (ellos 9,8% y ellas 4,9%). También es casi el doble la conducción temeraria (9,9% de los chicos ha conducido a mucha velocidad o de forma temeraria en los últimos 6 meses; 5,8% ellas) y los chicos también duplican el porcentaje en el caso de subirse a un coche donde la persona que conduce va bajo los efectos del alcohol u otras drogas.

La **edad**, al igual que sucede con los riesgos en general, es una variable que influye a la hora de explicar los comportamientos vinculados a la conducción. El grupo que asume más riesgos al volante es el de **jóvenes de 20 a 24 años**. Si bien la conducción temeraria es muy similar en cuanto a frecuencia a todas las edades (entre 7% y 9% con alta frecuencia en todos los grupos de edad), este grupo destaca muy por encima del resto a la hora de mezclar el consumo de alcohol y la conducción (7,4% lo hace con frecuencia; 4,5% en el grupo 15-19 años y 4,3% en el grupo 25-29 años), así como subir a vehículos donde quien conduce ha bebido (7,2% con frecuencia; 2,9% el grupo más joven y 3,2% el grupo más mayor).

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Una mirada longitudinal

Nos parece pertinente comenzar reivindicando la importancia y la utilidad de realizar análisis longitudinales con enfoque sociológico. Los estudios de corte cuantitativo ayudan a dimensionar las actitudes y las percepciones en un punto concreto en el tiempo. Cuando estos estudios se replican se pueden establecer tendencias, en este caso, **tendencias registradas de forma bienal entre 2017 y 2025** (Ballesteros et al., 2018, 2020; Kuric Kardelis et al., 2023; Sanmartín et al., 2022).

El enfoque longitudinal en el **Barómetro Juventud, Salud y Bienestar** nos permite **añadir tres capas de comprensión** a nuestro análisis: en primer lugar, cuando la comparativa entre las mismas variables a lo largo del tiempo muestra estabilidad podemos **definir los parámetros de lo que se puede considerar como una cierta normalidad**. En segundo lugar, cuando hay una tendencia al alza o a la baja podemos interpretar si los **datos de salud o bienestar mejoran o empeoran**. En tercer lugar, cuando se observa un cambio de tendencia en la serie temporal o un momento concreto en el que los datos son anómalos, como ocurrió con la pandemia en 2020, podemos generar hipótesis, teniendo en cuenta el contexto social del período analizado, para interpretarlo. La continuidad en este tipo de investigaciones resulta clave, puesto que cuanto más se extienda el registro periódico de datos también se incrementa la precisión a la hora de acotar, definir e interpretar las tendencias observadas.

El anterior corte del **Barómetro, el de 2023, reflejaba** con claridad que **el empeoramiento generalizado en los datos registrado tras la pandemia del COVID-19 se habían estabilizado**, pero no se observaba una tendencia clara de mejora. Por el contrario, los datos que arroja el **presente informe muestran como en la mayoría de las variables empleadas se observa una mejoría de la autopercepción de la salud y el bienestar**, en algunos casos, recuperando valores anteriores a la crisis sociosanitaria del año 2020.

A continuación, mostramos las **principales tendencias que pueden interpretarse como positivas** a través del análisis longitudinal:

- Dos de las variables más importantes en el barómetro permiten captar la **autopercepción general de la salud y la de la salud mental** y, en ambos casos, el análisis muestra una mejora entre 2023 y 2025. La percepción general de la salud venía registrando una tendencia negativa desde 2017 a 2023 y en 2025 se rompe con esta tendencia pasando del 53,6% al 64,9% los y las jóvenes que afirman tener un buen o muy buen estado de salud. Una tendencia similar se observa al poner el foco sobre la salud mental: frente al impacto muy negativo sobre la salud mental que supuso la pandemia, el porcentaje de jóvenes que afirma no tener ningún problema de este tipo pasa del 36,6% en 2023 al 43,5% en 2025.

- Otro aspecto central es la autopercepción sobre llevar un **estilo de vida saludable**, abordando también la percepción de su forma física, sus rutinas de actividad física o ejercicio y el cuidado de la alimentación. En todos estos casos los datos también muestran una tendencia positiva. En 2025 un 68,1% considera llevar un estilo de vida saludable (8 puntos porcentuales más que dos años antes), el porcentaje de jóvenes que afirman cuidar bastante o mucho su alimentación pasa del 38% al 56,2% entre 2023 y 2025, y un 47,8% afirma tener una forma física buena o excelente (10 puntos porcentuales más que en 2023). En relación a esto, llama la atención el incremento desde 2021 de jóvenes que hacen ejercicio a diario (21,1% en 2021 y 42,6% en 2025).
- Entrando en **variables asociadas a la salud mental** también se observan tendencias de mejora. En primer lugar, los datos de **ideación suicida** muestran que en toda la línea temporal desde 2017 se venía registrando un aumento entre la juventud, tendencia que cambia entre 2023 y 2025, reduciéndose del 48,9% al 43% los y las jóvenes que alguna vez en su vida han tenido ideas de suicidio. Otro dato positivo se registra en el porcentaje de jóvenes con **trastornos diagnosticados de salud mental a lo largo de su vida**, al pasar del 50% en 2023 a 55,2% en 2025 quienes afirman no tener ninguno. También cabe destacar que se ha incrementado de forma muy significativa el porcentaje de jóvenes que afirman no consumir nunca o casi nunca **medicación sin prescripción** (pasando del 35,2% en 2023 al 52,2% en 2025).
- Por último, la variable de **grado de felicidad**, que, aunque no mejora de forma significativa, sí registra cierta estabilidad a lo largo de los años, tendencia que puede ser interpretada como positiva. En 2025 el porcentaje de jóvenes que consideran tener un nivel alto de felicidad es del 47,5%, siendo la variación desde 2021 de menos de 2 puntos porcentuales. La misma estabilidad se observa entre jóvenes con un grado de felicidad bajo (manteniéndose en torno al 10%).

La **evolución de la mayoría de los datos muestra una mejora del estado de salud percibida de la juventud** y cierta recuperación de los niveles registrados antes de la pandemia de COVID-19 de 2020; no obstante, es importante tener en cuenta algunas **variables que complejizan el análisis al no poder interpretarse como tendencias positivas de forma inequívoca o que muestran un empeoramiento** de la salud y el bienestar declarados.

- En primer lugar, se ha registrado un aumento en el porcentaje de jóvenes que afirman **preocuparse mucho o bastante por su salud** (pasando del 66,1% en 2023 al 72,3% en 2025 y volviendo así a niveles de 2021). Para tratar de analizar esta tendencia se podrían formular varias hipótesis, por ejemplo, que existe una mayor conciencia de los riesgos asociados a la salud a nivel global tras la pandemia, y otros eventos como la guerra de Ucrania o la crisis ecológica que agudizan la incertidumbre; o el hecho de que se ha producido un incremento en la atención que se presta a la salud mental en el discurso público. En cualquier caso, para poder afinar la explicación sería importante continuar la línea longitudinal de análisis y desplegar otros abordajes más cualitativos que permitan agregar sentido a los discursos.

- En segundo lugar, los datos ligados a la **actividad física y el ejercicio y a la realización de dietas de adelgazamiento** también deben ser analizados con matices. El porcentaje de jóvenes que realiza ejercicio todos los días y varias veces a la semana se ha duplicado desde 2021, pasando de 21,1% a 42,6% en 2025, y el porcentaje que afirma estar realizando una dieta de adelgazamiento también muestra un incremento al pasar de un 11,1% en 2017 a un 18,7% en 2025. Estos datos pueden vincularse a lo que ya se ha analizado con anterioridad, la mayoría de los y las jóvenes consideran tener un estilo de vida saludable, una buena forma física y un buen cuidado de su alimentación, y estos porcentajes se han incrementado en los últimos años. No obstante, también se podrían asociar a modo de hipótesis a un incremento paulatino de la presión que experimentan los y las jóvenes para ajustar sus cuerpos a los cánones de belleza contemporáneos. De hecho, investigaciones previas realizadas desde Fad Juventud han mostrado que un 45,2% de jóvenes han visto en el último años espacios online en los que se podían encontrar recomendaciones para estar extremadamente delgado/a y un 41,2% afirma sentir preocupación por obtener reacciones negativas en redes sociales por su aspecto físico (Megías, 2024). Estos datos pueden ayudarnos a explicar el incremento en la **preocupación por la imagen externa**, que preocupaba mucho o bastante a un 20,5% de jóvenes en 2023 y que en 2025 ha pasado a preocupar al 35,9%.
- En tercer lugar, volviendo a la salud mental, aunque muchos indicadores muestran una mejora, es importante destacar algunas variables que han empeorado en los últimos años. Analizando diversos **malestares asociados a la salud mental** experimentados con frecuencia en los últimos 6 meses, un número significativo se ha incrementado desde 2023, si bien la mayoría no superan al dato registrado en 2021 durante la pandemia. Los tres casos en los que el dato registrado en 2025 es mayor que el observado en todo el período analizado son: el cansancio, falta de energía y apatía, que con un 52,3% supera en 5 puntos porcentuales aproximadamente a períodos anteriores; la somnolencia continua, que registra un 39,8% en 2025 y en años anteriores afectaba alrededor del 30% de jóvenes; y la sensación de ansiedad o ataques de ansiedad, donde se observa un incremento paulatino y pasa de afectar al 31,4% en 2021 al 39,8% en 2025.
- Otra variable clave en la que la evolución de los datos no es positiva es la frecuencia con la que se ha sentido **soledad no deseada** en el **último año**. Al preguntarse por primera vez en 2023 no se puede establecer un análisis longitudinal con datos previos a ese año, pero los resultados muestran que el porcentaje de jóvenes que declaran sentir soledad no deseada pasa del 80,6% en 2023 al 87,5% en 2025.

En suma, las principales tendencias apuntan a una mejora de los datos de autopercepción de la salud y el bienestar, aunque no en todos los casos se alcanzan los niveles registrados antes de la pandemia de 2020. A su vez, cabe enfatizar la importancia de análisis posteriores que permitan comprender el impacto de la preocupación por la imagen y por la salud sobre prácticas como el ejercicio y las dietas y también hacer un seguimiento de elementos como la ansiedad o la soledad no deseada, que sí han empeorado en los últimos años.

Nuevas variables incorporadas: redes de apoyo y soledad, ideación autolítica y autoestima

Hasta este punto hemos puesto el foco sobre las tendencias positivas y negativas que refleja el análisis longitudinal, no obstante, con cada edición del Barómetro incorporamos **nuevas variables que nos ayudan a profundizar en la comprensión de las tendencias**, a pesar de no contar con un recorrido que nos permita comparar los datos a lo largo del tiempo. En la edición actual **hemos ampliado las preguntas que exploraban los vínculos sociales de las personas jóvenes, también preguntamos por primera vez por su autoestima y a su vez se ha tratado de entender mejor lo relativo a la ideación y conductas autolíticas**, diferenciando ideación suicida de conductas y prácticas autolesivas.

Comenzando por los **vínculos y las redes de apoyo**, como ya se ha comentado, el porcentaje de jóvenes que afirma haber sentido **soledad no deseada** en el último año se ha incrementado entre 2023 y 2025, y el dato que alude al porcentaje de personas que la experimentan con frecuencia o continuamente, pasó del 22,9% al 26,5%. Además, cabe destacar que la sensación de soledad tiene un impacto claro sobre otras variables ligadas al bienestar, por ejemplo, casi el 72% de jóvenes que no sienten soledad se declaran muy felices frente al 31% entre quienes sienten soledad con frecuencia. Ocurre lo mismo con quienes no han experimentado problemas de salud mental en el último año, un 20,7% entre quienes sienten soledad no deseada con frecuencia frente al 43,5% para quienes no experimentan soledad. En esta edición se ha querido profundizar en el impacto de la soledad y se ha preguntado por la frecuencia con la que los y las jóvenes han experimentado malestar por falta de compañía (19% con alta frecuencia), sensación de exclusión o que te ignoren (23,6% con alta frecuencia) o dificultad para encajar o hacer amigos/as (29,2% con alta frecuencia). Se trata de preguntas diseñadas a partir de la escala validada UCLA-3¹¹, herramienta de evaluación psicológica empleada para medir los sentimientos de soledad y aislamiento social. Estos datos permiten afirmar que 1 de cada 4 jóvenes aproximadamente experimenta sensaciones ligadas al aislamiento, la exclusión por parte del entorno o malestar ligado a la sensación de soledad con alta frecuencia, siendo especialmente aguda la dificultad para encajar en el entorno.

Otro aspecto que no se exploraba hasta esta edición ligado a los vínculos sociales ha sido la **conflictividad familiar**. Las relaciones familiares tienden a ser las que más satisfacción generan entre los y las jóvenes, un 61,5% afirma sentir un grado alto de satisfacción con su familia, y a lo largo de toda la serie histórica se ha mantenido en las posiciones más altas, junto con las relaciones de amistad y de pareja. A pesar de ello, se ha abordado el grado de conflictividad en las relaciones familiares tanto para corroborar los datos de alta satisfacción como para establecer una posible variable independiente de cruce para posibles futuros análisis. Los datos reflejan que la mayoría tiene unas relaciones familiares nada conflictivas (46,8%), sin embargo, para 1 de cada

¹¹ La escala de la University of California Los Angeles (UCLA) contiene ítems que miden la soledad no deseada, el aislamiento autopercibido y el nivel de vinculación social y emocional. Hay una versión reducida de la escala UCLA compuesta por 3 ítems (UCLA-3): "¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?", "¿Con qué frecuencia te sientes excluido/a?" y "¿Con qué frecuencia te sientes aislado/a de los demás?". En la presente investigación hemos adaptado los modelos generados en investigaciones anteriores (Steptoe et al., 2013) a la realidad juvenil.

10 son bastante o muy conflictivas (11,2%) y podría ser interesante explorar el impacto que esta conflictividad puede tener sobre otros indicadores relacionales o de salud mental en el futuro.

Además, el análisis de **las redes de apoyo con las que cuentan los y las jóvenes y hasta qué punto hacen uso de ellas, nos ayuda a profundizar en las vivencias juveniles y la gestión de sus malestares**. La literatura indica que la ausencia de redes de apoyo es uno de los factores que más afectan al desarrollo de problemas de salud mental, por lo que tener datos al respecto resulta de gran interés. Una amplia mayoría de jóvenes afirma contar con personas en su entorno cercano que podrían ayudarles ante cualquier tipo de problema o preocupación (el 79,7%) y también hay una mayoría que afirma compartir con esta red de apoyo sus problemas (67,1%). Los datos son positivos, sin embargo, no deja de ser llamativo que el porcentaje de jóvenes que comparte sus problemas es más de 10 puntos porcentuales menor que el que afirma contar con una red de apoyo en su entorno, evidenciando ciertas carencias en la capacidad para socializar las problemáticas que afectan a nivel personal.

También se ha incluido en esta edición una pregunta que hace referencia directamente a la **autoestima**. Los resultados muestran que únicamente el 15,2% considera tener un nivel bajo de autoestima mientras que cerca de la mitad la tienen alta (45,5%). La autoestima tiene dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales y va evolucionando a lo largo de la vida. Además, una autoestima saludable basada en la aceptación y el respeto a uno/una mismo/a debe ir acompañada de un proceso de valoración y autoconocimiento y también implica adoptar una visión realista con el propio autoconcepto. La pregunta en el presente informe no permite profundizar en todos estos aspectos, pero sí nos abre la puerta a una primera aproximación a la autoestima sobre la que hacer un seguimiento en el futuro.

El indicador de **ideación suicida** es uno de los que ha experimentado una mayor reducción en su incidencia desde 2023, especialmente poniendo el foco sobre jóvenes que han experimentado ideas de suicidio con cierta o mucha frecuencia (25,1% en 2023 y 15,8% en 2025). No obstante, en 2025 se ha complejizado el análisis en torno al suicidio, incorporando preguntas que dimensionan la gravedad de la ideación suicida. Por un lado, se han añadido tres preguntas para captar a jóvenes que alguna vez han sentido que la vida no merecía la pena, que han deseado ir a dormir y no levantarse o que han pensado en quitarse la vida, pero sin planteárselo realmente. Ante estas tres preguntas, aproximadamente 2 de cada 10 jóvenes afirman haber experimentado estos pensamientos. Por otro lado, también se ha preguntado por las personas que alguna vez han llegado a hacer planes para quitarse la vida con la intención de cumplirlos (un 11,4%) y por las personas que afirman haber llevado a cabo un intento de suicidio (6,2%). Estos porcentajes, aunque minoritarios, resultan extremadamente preocupantes y será fundamental establecer un análisis longitudinal en los próximos años para poder establecer un seguimiento.

Finalmente se han incorporado también preguntas que permiten dimensionar la **ideación y las conductas autolíticas o autolesivas**, esto es, pensar o llevar a cabo comportamientos en los que una persona ejerce un daño sobre sí misma sin la intención de quitarse la vida. Los datos muestran una prevalencia muy significativa entre las

personas jóvenes, siendo casi la mitad quienes experimentan ideas autolesivas (47,1%) y hasta el 34,7% quienes se ha autolesionado alguna vez. Aunque no podemos comparar los datos con cortes anteriores del barómetro sí hay otras aproximaciones a la temática que indican la misma tendencia. La investigación de Calvete et al (2015), llevada a cabo con jóvenes de 12 a 19 años muestra que más de la mitad de la muestra realizó comportamientos autolíticos en el último año y el 32,2% había realizado conductas autolesivas graves.

Las juventudes y sus perfiles sociodemográficos

En este punto analizamos las principales diferencias significativas que se han registrado en los datos en función del perfil sociodemográfico de los y las participantes. A lo largo del informe se ha puesto el foco sobre cuatro variables fundamentales: el género, la edad, el nivel educativo y la carencia material. Cabe destacar que otras variables como la orientación sexual o la situación sociolaboral también tienen un impacto claro sobre los datos, como se puede comprobar analizando los microdatos del estudio, sin embargo, por motivos de extensión se ha optado por centrar el análisis en las cuatro variables sociodemográficas principales y dejar el resto para futuras explotaciones.

GÉNERO

Comenzando por las principales diferencias **por género**, como ya se ha ido exponiendo en prácticamente todas las variables y también continuando la tendencia registrada en cortes anteriores del barómetro, **los datos de las mujeres tienden a ser considerablemente peores a los de los hombres**. A la hora de explicar las diferencias entre hombres y mujeres es importante tener en cuenta toda una serie de factores, como son los roles y estereotipos de género reproducidos a través de procesos de socialización y la división sexual del trabajo en la estructura social patriarcal o las presiones sociales experimentadas de forma diferencial.

Las **mujeres tienen una peor salud**, cuando menos una peor **autopercepción** sobre su **salud general**, siendo aproximadamente 10 puntos porcentuales menos el porcentaje de mujeres que de hombre que consideran tener un buen o muy buen estado de salud (57,7% ellas y 71,9% ellos) y la misma tendencia se observa al preguntar específicamente por **salud mental** (59,5% de ellas declara haber sufrido problemas de salud mental en el último año; 50,2% ellos). La diferencia se agudiza al tener en cuenta el número **acumulado de malestares** experimentados con alta frecuencia en los últimos seis meses (un 58% de las mujeres han experimentado más de cinco frente al 38,7% de hombres), siendo los principales el cansancio, problemas de concentración, tristeza, desinterés o incertidumbre. De este modo, no sorprende que sea mayor el porcentaje de mujeres que afirman sentir mucha o bastante **preocupación por la salud** (77,3% ellas y 67,5% ellos).

Más allá de la autopercepción, los datos ligados a la asistencia a servicios sanitarios, diagnósticos y medicación también muestran diferencias importantes. Las mujeres afirman en mayor medida acudir muchas veces a **servicios sanitarios en el último año**

(16,7% ellas y 8,6% ellos) y también son quienes consumen más **medicamentos**, sobre todo cuando es a diario y con prescripción médica (28,1% ellas y 19,5% ellos). Cabe mencionar que en el consumo de psicofármacos y de automedicación las diferencias por género no son significativas. Entre las personas con problemas de salud mental, el porcentaje de mujeres que **acude a consulta psicológica** casi dobla al de los hombres (21,8% ellas y 12,9% ellos), aunque las diferencias se moderan a la hora de acudir a psiquiatras. También son más las mujeres con algún **trastorno de salud mental diagnosticado** a lo largo de la vida, destacando especialmente la ansiedad (24,6% ellas y 11,5% ellos) y la depresión (17,8% ellas y 13,7% ellos).

Estos resultados muestran la necesidad de atender a los sesgos de género en la atención de los malestares, siendo las mujeres quienes tienden a recibir con mayor frecuencia diagnósticos psiquiátricos ante problemáticas similares y teniendo en cuenta, asimismo, que se suele producir una sobreprescripción de psicofármacos a las mujeres, descontextualizando sus malestares de las posibles raíces sociales de los mismos (Bacigalupe et al., 2022).

La literatura muestra cómo la **posición estructural que ocupan las mujeres en sociedades patriarcales como la nuestra tiene un impacto claro sobre la salud y el bienestar** (Barona & Vallés, 2018; E. Megías et al., 2021). Tienden a experimentar una mayor presión social para ajustarse a las expectativas y roles definidos por el contexto social (Sanmartín Ortí et al., 2024). Algunos de los estereotipos tradicionales asociados a la feminidad, como la empatía, la sensibilidad y la crianza, naturalizan roles ligados al trabajo reproductivo y de cuidados en la estructura familiar. Esto podría ayudar a explicar que las mujeres prácticamente dupliquen a los hombres a la hora de afirmar que las **relaciones familiares les generan estrés** (21,5% ellas y 13,7% ellos). A su vez, la misma tendencia se observa al preguntar por la **conflictividad** familiar (57% ellas y 49,6% ellos).

También hay que tener en cuenta que las mujeres tienden a encontrarse en posiciones socioeconómicas estructuralmente más vulnerables, como muestra la tasa de riesgo de exclusión social (del 24,7% para hombres de 16 a 29 años y del 27,9% de las mujeres en 2024) o los datos de brecha salarial (la renta media anual de hombres de 16 a 29 años en 2024 fue de 13.720 € frente a los 13,187 € de las mujeres)¹². Diferencias en los datos sobre el grado alto de **satisfacción** con los estudios o trabajo (37,6% ellas y 40,6% ellos) y con la situación económica (29,6% ellas y 32,6% ellos), son un ejemplo de estas brechas.

Otro indicador relevante es el mayor impacto de potenciales **estresores** sobre las mujeres que sobre los hombres, destacando las perspectivas de futuro (38,1% ellas y 32% ellos) y la situación económica (35,7% ellas y 32,8% ellos), como los aspectos que más estrés generan en la vida cotidiana. El impacto desigual de la precariedad también se observa, por ejemplo, a la hora de acceder a servicios médicos privados: entre las personas con problemas de salud mental que no buscaron ayuda profesional, un 41,8%

¹² La Tasa de Riesgo de pobreza y/o exclusión social emplea un concepto multidimensional basado en términos monetarios, transferencias sociales, carencias materiales y baja intensidad laboral. Se puede acceder a los datos de la Tasa y de la renta neta media por género y grupo de edad a través de la Encuesta de Condiciones de Vida 2024 del INE.

de las mujeres y un 19,8% de los hombres afirmaron que el motivo era que el **coste del servicio** era demasiado elevado.

Otro aspecto en el que se identifica con claridad el efecto del género es en la presión social para ajustarse a los **cánones de belleza tradicionales** (Buunk et al., 2016; Esteban, 2004; Mears, 2011; Tyler & Hancock, 2001): un 40,4% de mujeres frente al 48,8% de los hombres muestran un alto grado de **satisfacción** con su apariencia, cuerpo y aspecto físico. En la misma línea, un 22,2% de las mujeres afirma sentir **estrés** por su apariencia física o su cuerpo frente al 14,9% de los hombres. De este modo, no es de extrañar que el porcentaje de mujeres que se preocupan mucho o bastante por su **imagen externa** supera en más de 15 puntos porcentuales a los hombres (44,7% ellas y 27,5% ellos) y se reproduce esta tendencia en jóvenes que afirman tener una **forma física** buena o excelente (42,5% ellas y 52,1% ellos). En la misma línea, las mujeres han realizado más que los hombres **dietas de adelgazamiento** (61,7% ellas y 53% ellos), siendo para ellas uno de los motivos principales para hacerlo mejorar la autoestima (49,3% ellas y 34,3% ellos). Otro dato que podría enfatizar esta presión diferencial es el porcentaje diagnosticado con trastornos de la alimentación (8,4% ellas y 3,4% ellos).

Todo este contexto tiene un impacto claro sobre quienes afirman tener un **nivel alto de autoestima** (41,8% ellas y 49% ellos), pues la literatura ha explorado cómo el hecho de no poder ajustarse a determinados cánones corporales y de belleza puede llevar a sensaciones de malestar (Van den Berg et al., 2007) que en última instancia se pueden acabar convirtiendo en problemas psicológicos graves como la falta de autoestima, la depresión o trastornos de ansiedad (Neagu, 2015).

Un aspecto en el que las mujeres presentan datos, tanto mejores como peores que los hombres, es con relación a su **red social de apoyo**. Aunque el porcentaje de mujeres que afirma tener personas en su entorno cercano que les puedan prestar su ayuda en caso de necesidad es menor (75,7% ellas y 83,5% ellos), son ellas quienes comparten en la práctica más sus problemas con su entorno (69,7% ellas y 64,8% ellos). A su vez, son menos las mujeres que afirman **no haber compartido con nadie el haber tenido problemas** de salud mental (21,4% ellas y 24% ellos), diferencia que se intensifica drásticamente poniendo el foco en el grupo de 15 a 19 años (19,9% ellas y 35,2% ellos).

A pesar de ello, el porcentaje de mujeres que afirma no haber contado a nadie sus problemas por **no tener con quién** hablar es del 13,2% frente al 4,2% de hombres y también se ve una gran diferencia en quienes afirmaron tener **miedo a sentir juicio** o exclusión si lo compartían (24,1% ellas y 13,4% ellos). En esta línea, los datos ligados a la sensación de **soledad** son significativamente peores para las mujeres, especialmente al experimentar con alta frecuencia en el último año soledad no deseada (32,2% ellas y 21% ellos); malestar asociado a la soledad (24,5% ellas y 14,7% ellos); sentirse excluido/a (28% ellas y 19,5% ellos); y sentir que cuesta encajar (34,7% ellas y 23,9% ellos).

Poniendo la atención ahora sobre **indicadores ligados a la salud y el bienestar que afectan especialmente a los hombres** también se observan resultados sumamente relevantes. Aunque la posición de los hombres en la sociedad patriarcal es de dominación sobre las mujeres (Bourdieu, 2018) y esto tiende a traducirse en mejores indicadores de salud y bienestar, hay **roles, mandatos y estereotipos masculinos que**

afectan de forma claramente negativa a los hombres (Boneta-Sádaba et al., 2023; Sanmartín Ortí et al., 2022).

En primer lugar, el rol del "**varón proveedor**" como garante del sustento en un modelo familiar patriarcal sigue formando parte del imaginario colectivo de la juventud. Muestra de ello es que el trabajo es el único potencial estresor en el que los hombres superan a las mujeres (30,4% ellos y 24,8% ellas). En relación a este modelo, un aspecto a tener en cuenta es el impacto que está teniendo la narrativa del "hombre hecho a sí mismo", exitoso y autosuficiente como rearticulación del modelo del varón proveedor tradicional (Ramos Pérez, 2024). En el contexto precarizado y caracterizado por la incertidumbre que vive la juventud en la actualidad, el hombre como garante financiero de su familia se vuelve un objetivo prácticamente irrealizable para la mayor parte de la población. Sin embargo, especialmente en espacios masculinistas online conocidos como la androsfera o la manosfera (García-Mingo et al., 2022; García-Mingo & Díaz-Fernández, 2022), se ha construido un discurso que enfatiza la resiliencia, el cuidado de uno mismo y la búsqueda del éxito como único camino para preformar la masculinidad.

Este discurso no solo tiene un impacto sobre el modo en el que se comportan los hombres jóvenes, sino que también ha generado una **estética y una apariencia corporal ligada a la musculación** y los hábitos saludables que pueden ayudarnos a explicar algunas de las tendencias registradas, como el incremento drástico en la realización de ejercicio o actividad física desde 2021. Aunque ya se ha observado que los cánones de belleza tradicionales siguen teniendo un impacto más claro sobre las mujeres, los hombres también sufren presiones sociales para adoptar determinados modelos corporales y estéticos. Muestra de ello es el porcentaje de hombres que afirma haber realizado alguna dieta de engorde o para ganar masa muscular (58,4% ellos y 36,3% ellas). Otro indicador interesante es el de jóvenes que realizan **ejercicio** o alguna actividad física varias veces a la semana o a diario (47,9% ellos y 36,9% ellas). Además, llaman la atención las diferencias por género en los **motivos** por los que se realiza ejercicio (principalmente por salud y estética) pero donde los hombres destacan por encima de las mujeres es la diversión (24,4% ellos y 11% ellas) y el aprendizaje de la autodisciplina (14% ellos y 7,1% ellas). Por su parte las mujeres superan claramente a los hombres en la búsqueda de liberar tensiones o estrés (36,8% ellas y 24,4% ellos).

Otro estereotipo masculino que tiene un claro efecto en los datos es el que establece que el hombre siempre debe **mostrar fortaleza** y evitar mostrarse vulnerable o buscar ayuda (González-Gabaldón, 1998). Ya se ha observado cómo los hombres comparten menos que las mujeres sus preocupaciones y malestares con su entorno (a pesar de afirmar tener una mayor red de apoyo que las mujeres). Además, entre quienes admiten haber tenido problemas de salud mental en el último año y no se lo contaron a nadie (24% ellos y 21,4% ellas) el único motivo en el que superan a las mujeres es la vergüenza (29,6% ellos y 24,8% ellas). Entre los hombres con problemas de salud mental que buscan ayuda profesional son más quienes lo hacen a través de la atención primaria (28,3% ellos y 19,6% ellas) y, de nuevo, superan a las mujeres quienes no buscan ayuda profesional por vergüenza (24,6% ellos y 13,3% ellas).

Pero es posible que el **estereotipo masculino que mayor impacto negativo tiene sobre la salud y el bienestar de los hombres es el que los vincula a la violencia y a los**

comportamientos de riesgo. Para empezar, en el último año los hombres declaran haber sufrido más **insultos** o amenazas (42,2% ellos y 35,3% ellas) y **agresiones** físicas (20,9% ellos y 16% ellas). Las mujeres han sufrido un mayor porcentaje de **acoso** sexual (20,3% ellas y 16,5% ellos) pero estudios previos muestran que los principales perpetradores son hombres (Sanmartín Ortí et al., 2024). Esta naturalización de la violencia como parte intrínseca de la vivencia de la masculinidad, junto a la existencia de una violencia específica contra las mujeres por parte de los hombres, puede servirnos para explicar la falta de preocupación alta que muestran los hombres ante el riesgo de recibir violencia física en comparación a las mujeres (24,5% ellos y 43,3% ellas) o violencia sexual (20,8% ellos y 45,7% ellas).

A su vez, los comportamientos de riesgo en los que los hombres superan a las mujeres tienden a ser más graves, ligados al **consumo** de tabaco, alcohol u otras sustancias (entre 3 y 10 puntos porcentuales más que las mujeres), los juegos de **apuestas** (17,1% ellos y 7% ellas), la participación en **peleas** (7% ellos y 2,9% ellas) o la **conducción temeraria** (entre 3 y 5 puntos porcentuales más que las mujeres). Si bien es cierto que las mujeres admiten dormir poco (46,5% ellas y 37,4% ellos) y comer mal (38,8% ellos y 30,1% ellas) con más frecuencia que los hombres, esto también puede deberse a una postura más crítica ante su propio estilo de vida.

Otro elemento perjudicial para el bienestar de los hombres derivado de la naturalización de la violencia como carácter masculino es el efecto que tiene sobre la **violencia contra uno mismo**. Aunque el porcentaje de mujeres que afirman haber tenido alguna vez ideas autolesivas es mayor que el de los hombres (49,9% ellas y 44,4% ellos) y ocurre lo mismo entre quienes las han llevado a la práctica (36% ellas y 33,5% ellos), los hombres llevan a cabo prácticas autolesivas con alta frecuencia más que las mujeres (18,3% ellos y 14,6% ellas). Poniendo el foco en la ideación suicida, aunque no hay mucha diferencia entre quienes la han experimentado alguna vez en la vida y quienes no, los hombres vuelven a superar a las mujeres en la alta frecuencia (17,9% ellos y 13,4% ellas). Además, la tasa de suicidio muestra con claridad que los hombres tienden a tener más éxito en sus intentos de suicidio que las mujeres. La tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes en 2022 para menores de 20 años fue de 2,9 casos (2,5 ellas y 3,2 ellos), de 5,2 casos para jóvenes de 20 a 24 años (3,1 ellas y 7,2 ellos) y también de 5,2 casos entre los 25 y 29 años (3,7 ellas y 6,7 ellos)¹³.

EDAD

La segunda variable sociodemográfica que se ha tenido en cuenta a lo largo de todo el análisis es el **grupo de edad**, diferenciando entre jóvenes de 15 a 19 años, de 20 a 24 años y de 25 a 29 años. Aunque no son grupos etarios estancos, con realidades definidas y excluyentes, nos ayudan a identificar el modo en el que las etapas vitales y condicionantes propios de cada una pueden afectar a la salud y el bienestar.

15 a 19 años. Los y las más jóvenes, parte de la **población adolescente**, superan al resto de grupos de edad en la intensidad de los malestares, pero también en las variables asociadas al bienestar. Un ejemplo que permite identificar esta ambivalencia con claridad es al preguntar por la frecuencia de haber tenido **problemas de salud mental**

¹³ Estadística de defunciones según causa de la muerte (2022). Instituto Nacional de Estadística.

en el último año. Un 17,7% de jóvenes de 15 a 19 años afirma tener problemas de salud mental con frecuencia o continuamente frente al 16,4% en el grupo de 20 a 24 años y el 13,9% en el grupo de 25 a 29 años. A su vez, casi la mitad del grupo más joven afirma no haber tenido nunca este tipo de problemas en el último año (48,3%), superando entre 6 y 8 puntos porcentuales al resto de jóvenes. Otras variables que reflejan la misma tendencia del grupo de menos años a destacar tanto en los datos negativos como en los positivos son el grado de **felicidad, el grado de autoestima, el estilo de vida, la forma física o la satisfacción con diversos aspectos de la vida.**

A la hora de explicar estas tendencias aparentemente ambivalentes hay que tener en cuenta dos cuestiones:

1. Por un lado, la adolescencia es una etapa compleja en la que se producen cambios tanto físicos y corporales como sociales. Se inician procesos de construcción identitaria en los que los referentes principales dejan de estar en la familia y pasan a estar en el grupo de pares (Megías et al., 2022) y esto transforma los vínculos y las expectativas vitales. Esta complejidad puede generar importantes malestares y afectar negativamente a la salud mental y al bienestar, de modo que permitiría explicar que en varias variables el grupo de 15 a 19 años supere en intensidad de malestar al resto.
2. Por otro lado, el hecho de que los resultados de jóvenes de 15 a 19 años también indiquen un nivel de bienestar más intenso que el del resto de grupos de edad puede deberse a la falta de herramientas para identificar ciertos malestares como problemas de salud mental. A su vez, la dificultad para continuar con los hitos tradicionales de transición a la vida adulta a partir de los 20 años en el contexto de precarización e incertidumbre que experimenta la juventud, hace que sufrir malestares y problemas de salud mental con cierta regularidad se vuelva más habitual a medida que avanza la edad.

Otro aspecto que está claramente marcado por la etapa vital es el que tiene que ver con la **red social de apoyo** y en este sentido jóvenes de 15 a 19 años tienden a reflejar peores datos que el resto. Aunque afirman que **cuentan con personas** suficientes en su entorno para pedir ayuda o apoyo en mayor medida que el resto (81,6% frente al 79% para mayores de 20 años), también son quienes menos **comparten realmente sus problemas** o preocupaciones (63,4% frente al 66% para jóvenes de 20 a 24 años y 71,1% entre 25 y 29 años) y les afecta más la sensación de vergüenza como motivo para no hacerlo. A su vez, un 27% de jóvenes de 15 a 19 años con problemas de salud mental **no contaron a nadie** sus problemas (porcentaje que en el caso de los hombres llega al 35,2%), mientras que para mayores de 20 años el porcentaje es de 6 puntos porcentuales menos. Cabe destacar que la mayor parte de jóvenes de 15 a 19 años que afirmaron no contar a nadie lo que les sucedía argumentan que no necesitaron hacerlo puesto que lo pudieron resolver por su cuenta (34,6%), a pesar de ello, el segundo motivo más mencionado es la vergüenza (32,4%).

Los datos muestran una tendencia a la consolidación de los vínculos de amistad y de las redes de apoyo a medida que se va incrementando la edad y esto se observa también con claridad con los datos de **soledad**. Como muestran otras investigaciones, la soledad no deseada tiende a concentrarse en menores de 25 años y en mayores de

65 años (Victor & Yang, 2012). En este caso, aunque es el grupo de 20 a 24 años el que indica experimentar soledad no deseada con alta frecuencia en mayor medida que el resto (28,7% frente al 26,9% del grupo de 15 a 19 años y el 24% del grupo de 25 a 29 años), poniendo el foco sobre la sensación de que te excluyen o te ignoran, o que te cuesta encajar o hacer amistades, destaca con claridad el grupo de 15 a 19 años por encima del resto. Un 29,5% siente con frecuencia que le excluyen o ignoran frente al 23,2% del grupo intermedio y el 19,3% del grupo de más edad y en el caso de la dificultad para encajar en los grupos de pares los porcentajes son 33,2%, 31,7% y 23,6% respectivamente. El análisis de si las relaciones de **amistad les resultan estresantes** también apuntala esta tendencia, puesto que es un 17,3% en el grupo de 15 a 19 años, frente al 9% y 7,2% para el grupo intermedio y de más edad respectivamente.

Como vemos, el grupo más joven siente con mucha intensidad los malestares, a menudo superando al resto, pero en general también tiende a mostrar mayores niveles de bienestar que el registrado en mayores de 20 años, especialmente en cuestiones relacionadas con la salud física. Sin embargo, jóvenes de 15 a 19 años destacan negativamente en indicadores vinculados a su red de apoyo y la sensación de soledad no deseada.

20 a 24 años. El grupo de edades intermedias es el que muestra datos más preocupantes, especialmente teniendo en cuenta las variables asociadas a salud mental. Para empezar, jóvenes de 20 a 24 años superan al resto en la frecuencia con la que experimentan prácticamente todos los malestares por los que preguntamos, algo que se observa claramente al analizar los **malestares acumulados**. Un 54% afirma haber sentido más de cinco malestares en los últimos seis meses, mientras que el porcentaje es del 44,7% en jóvenes de 15 a 19 años y del 45,2% en jóvenes de 25 a 29 años. Además, aunque en menores de 20 años se observa un mayor porcentaje que afirma tener **problemas de salud mental** con frecuencia o continuamente en el último año (17,7%), como ya se ha comentado, solo es un punto porcentual más que el grupo de edades intermedio (16,4%). A su vez, es en este grupo intermedio en el que menos jóvenes afirman no haber tenido nunca un problema de salud mental en el último año (40,4%), frente al 48,3% de jóvenes de 15 a 19 años y 42,8% de jóvenes de 25 a 29 años.

Otras variables que permiten perfilar el mayor malestar de los grupos de edad intermedios son las vinculadas con la **ideación suicida**, siendo en jóvenes de 20 a 25 años donde mayor es el porcentaje que afirma haber experimentado ideas de suicidio con frecuencia (19% frente al 16,7% en jóvenes de 15 a 19 años y el 11,9% en jóvenes de 25 a 29 años). Además, tener en cuenta el género es fundamental, puesto que entre los 15 a 19 años las mujeres superan a los hombres en la ideación suicida con frecuencia (19,1% ellas y 14,3% ellos), mientras que entre los hombres de 20 a 24 años el porcentaje es del 25,2%, frente al 12,3% de las mujeres. Profundizando en la **ideación suicida atendiendo a su gravedad**, el grupo de 20 a 24 años vuelve a superar al resto: un 13% afirma haber considerado realmente quitarse la vida (frente al 11,9% en el grupo de menos años y el 9,4% en el grupo de más edad), y un 9,1% afirma haber intentado quitarse la vida (frente al 6,5% el grupo de 15 a 19 años y el 3,2% en el grupo de 25 a 29 años). Teniendo en cuenta todos estos datos, no es de extrañar que en el grupo de edades intermedias también se indica un mayor **estrés por la salud mental** (un 27,9% de jóvenes de 20 a 24 años lo siente frente al 17,2% en el grupo más joven y el 22,1% en el grupo de más edad).

A su vez, estas diferencias permitirían explicar que es en el grupo de edades intermedias donde se registra un **mayor consumo de psicofármacos** en el último año (un 30,3% frente al 23,5% en el grupo de menos años y un 24,8% en el grupo de más años).

Resulta preocupante que, a pesar de estos datos, es precisamente el grupo de jóvenes de 20 a 24 años con problemas de salud mental es el que en mayor medida afirma **no haber buscado ayuda profesional**, 75,1% frente al 72,5% de jóvenes de 15 a 19 años y el 70,5% de jóvenes de 25 a 29 años. Además, entre quienes no compartieron con nadie de su entorno sus problemas (21,2%), la mayoría no lo hizo porque no quería contarle a nadie lo que le pasaba (34,4%).

Un aspecto más en el que este grupo supera al resto es en la variable de preocupación por la **imagen externa**. Un 42,2% afirma preocuparse mucho o bastante, mientras que el porcentaje es del 35,4% para jóvenes de 15 a 19 años y de 31,2% en jóvenes de 25 a 29 años. Esta preocupación puede ser el detonante para que también destaque este grupo de edad en la frecuencia con la que realizan **ejercicio o actividad física** (un 47,1% lo hacen varias veces a la semana frente al 39,1% en el grupo de 15 a 19 años y un 40,9% en el grupo de 25 a 29 años). En la misma línea, el porcentaje de jóvenes de 20 a 24 años que afirma no haber realizado nunca en su vida dietas de adelgazamiento es menor que el resto (38,4% frente al 46% en el grupo de 15 a 19 años y el 40,1% en el grupo de 25 a 29 años). Cabe destacar que el grupo de menos años siente un mayor porcentaje de estrés que el resto asociado a su cuerpo o su apariencia física (23,1% frente al 18,3% del grupo intermedio y 15% en el grupo de más edad) y también tienden a realizar dietas (tanto de adelgazamiento como de engorde) con más frecuencia que el resto, sobre todo por motivos estéticos o para mejorar la autoestima. Esto muestra que la presión para adecuarse a los cánones estéticos y de belleza afectan especialmente a los menores de 25 años.

24 a 29 años. El **grupo de más edad es el que de forma general presenta mejores datos ligados a la salud y el bienestar que el resto**, aunque adoptan una postura más crítica con relación a su estado físico y su estilo de vida. Comenzando por la **autopercepción de la salud en el último año**, se constata que el porcentaje de quienes afirman tener una buena o muy buena salud se incrementa a medida que también aumenta la edad (62,6% entre los 15 y 19 años, 64,4% entre los 20 y 25 años y 67,3% entre los 25 y 29 años). A pesar de que es entre los y las más mayores donde se registra una mejor autopercepción de la salud también es donde se observa una mayor **preocupación por la misma** (un 77% de jóvenes entre 25 y 29 años se preocupa mucho o bastante frente al 64,7% entre los 15 y 19 años y un 73,6% entre los 20 y 24 años). Estos datos permiten interpretar que, a medida que se cumplen años, se es más consciente de potenciales dolencias o enfermedades y también se han podido tener más experiencias ligadas a las mismas, y esto agudiza la preocupación por la salud y evidencia la necesidad de cuidarla.

Llama la atención que son los y las menores de 20 años quienes afirman haber **asistido muchas veces a servicios sanitarios en el último año** en mayor medida que el resto (17,4% frente al 12,3% en el grupo de 20 a 24 y 8,9% el grupo de 25 a 29 años). A modo de hipótesis podríamos explicar esta diferencia teniendo en cuenta una serie de actividades médicas preventivas y correctivas que suelen realizarse en la juventud

temprana como controles de salud generales, vacunación, odontología y ortodoncia o controles de la visión y audición. Por otro lado, esta asistencia frecuente a servicios sanitarios no se traduce en una mayor **ingesta de medicamentos** para los y las jóvenes de 15 a 19 años, puesto que a medida que se incrementa la edad la medicación se vuelve más frecuente. Un 19% de jóvenes menores de 20 años afirma no haber tomado nunca medicamentos por prescripción médica mientras que para el resto el porcentaje ronda el 13%; y en cuanto a la automedicación, el porcentaje que nunca la ha realizado entre los y las más jóvenes es del 29,7% mientras que para el resto es del 20% aproximadamente.

Como ya se ha indicado, también es en el grupo de más edad donde menos problemas psicológicos o de **salud mental** y malestares se registran. A su vez, cabe destacar que un 49,7% afirma sentir un **alto grado de felicidad** frente al 47,5% en el grupo de 20 a 24 años y el 44,7% en el grupo de 15 a 19 años.

Otros indicadores vinculados a la salud mental en los que destacan positivamente son los ligados a las **prácticas autolesivas y a la ideación suicida**. Un 60% de jóvenes de 25 a 29 años afirma no haber experimentado nunca ideas autolesivas y el 69,7% afirma no haber realizado nunca este tipo de prácticas (más de 10 puntos porcentuales que en el resto de grupos de edad en ambos casos). A su vez, el 60,6% afirma no haber tenido nunca ideación suicida mientras que para el grupo de 15 a 19 años el porcentaje es del 54,2% y para el grupo de 20 a 24 años del 52,6%. El elemento que parece afectar más negativamente al bienestar mental del grupo de 25 a 29 años es el que tiene que ver con el contexto socioeconómico y la incertidumbre, un 40,3% afirma sentir **estrés** por sus perspectivas de futuro (frente al 37,3% en edades intermedias y el 25,6% en el grupo de menos edad), un 41,9% siente estrés en relación a la situación económica (23,8% y 34,7% para el grupo de menos edad y de edad intermedia respectivamente) y un 41,2% por el trabajo (13,9% y 25% respectivamente para el grupo de 15 a 19 años y de 20 a 24 años respectivamente).

Los datos parecen indicar que a medida que se incrementa la edad también se van adquiriendo más **herramientas para gestionar** los malestares y, sobre todo, se tiende a consolidar una **red social de apoyo más estable**. Como ya se ha observado, son los y las jóvenes de 25 a 29 años quienes en mayor medida comparte con su entorno los problemas, preocupaciones y necesidades que puedan llegar a experimentar (el 71,1%, entre 4 y 8 puntos porcentuales más que el resto) y también muestran mejores datos en las variables ligadas a la soledad. Entre los y las jóvenes con problemas de salud mental que afirman no haberlos compartido con nadie, la mayoría de las personas de 25 a 29 años afirman que no lo hicieron porque no lo necesitaron al poder resolverlo por su cuenta (37,2% frente al 34,6% en el grupo de 15 a 19 años y 28,6% en el grupo de 20 a 24 años). Otro indicador que contribuye a este argumento se identifica en la **conflictividad familiar**, puesto que más de la mitad de jóvenes de 25 a 29 años afirma que sus relaciones son nada conflictivas (54,8%) frente al 46,1% en el grupo intermedio y el 37,6% en el grupo de menos años. Además, los y las jóvenes de más edad son quienes más **apoyo profesional** buscan, especialmente a la hora de recurrir a ayuda psicológica (un 19,2% frente al 17,5% del grupo de 15 a 19 años y del 16,1% en el grupo de 20 a 24 años).

Otro elemento que resulta interesante es que los y las jóvenes de 25 a 29 años muestran posturas más críticas con su **forma física** (un 45,8% considera que es buena o excelente frente al 48,3% en menores de 25 años) y también indican tener un **estilo de vida** menos saludable que el resto (solo el 11,6% afirma tener un estilo de vida muy saludable frente al 16,5% en el grupo de edades intermedio y el 19,6% en el grupo de menos edad). A pesar de ello, esta visión no se ajusta completamente con las prácticas, puesto que también son el grupo que afirma cuidar en mayor medida su **alimentación** (un 60,9% la ha cuidado bastante o mucho frente al 59,9% del grupo de 20 a 24 años y el 45,6% del grupo de 15 a 19 años) y solo un 29,4% afirma haber **comido mal** en los últimos seis meses frente al 37,7% y el 36,7% de jóvenes de 15 a 19 años y 20 a 24 años respectivamente. Estos datos, unidos a una mayor preocupación en general por la salud que ya se ha analizado previamente, permiten explicar que la mayor parte de jóvenes de 25 a 29 años que realizan ejercicio lo hacen para sentirse más saludable (un 48,9% frente al 40,6% en grupos intermedios y el 27% en el grupo de menos edad).

La aproximación a los **comportamientos de riesgo** también está fuertemente marcada por los grupos de edad, siendo los y las jóvenes de 25 a 29 años quienes en general tienden a realizarlos menos y a preocuparse menos. También afirman haberse emborrachado (11,4%) o consumido otras sustancias (entre el 5,6% y el 6,3%) en los últimos seis meses en menor medida que el resto, incrementándose los porcentajes a medida que se reduce la edad. El único consumo y comportamiento de riesgo en el que destacan es en el del consumo de tabaco (24% lo ha hecho en los últimos 6 meses frente al 22,7% del grupo de 20 a 24 años y el 19,8% del grupo de 15 a 19 años).

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

Es necesario enfatizar y visibilizar el impacto de la situación económica sobre la salud física y los problemas de salud mental de la juventud, una relación que ya se ha explorado en estudios anteriores (Gómez et al., 2024). Los datos a lo largo del informe ponen de manifiesto la **enorme correlación entre salud y condiciones socioeconómicas** a través de dos variables que se han cruzado para dimensionar esta realidad: la carencia material (o riesgo de pobreza) y el nivel de estudios. A pesar de que el nivel de estudios no es un indicador directo de riqueza o pobreza sabemos, por investigaciones previas, que hay un vínculo directo entre la capacidad para seguir estudiando, contar con niveles educativos superiores y un contexto económico positivo. Partiendo de esta base realizamos el análisis de ambas variables de forma conjunta.

De forma general se puede afirmar que, en **todos los indicadores de bienestar, quienes tienen estudios superiores y no tienen ningún tipo de carencia material obtienen mejores resultados** que el resto y, a su vez, en los indicadores de malestar o asociados a problemas de salud mental, quienes tienen estudios secundarios obligatorios o una carencia material severa registran datos peores.

A continuación, se expondrán algunos de los puntos relevantes en los que estas tendencias se observan con claridad:

- Un mayor nivel de estudios y la ausencia de carencia material se asocian a una autopercepción más positiva del **estado de salud**. Un 72,6% de jóvenes con estudios superiores y un 75,6% sin carencias materiales declaran tener un estado

de salud bueno o muy bueno frente al 58,1% de jóvenes con estudios secundarios obligatorios y el 46,3% de jóvenes con carencias materiales severas.

- A la hora de valorar la **forma física** se vuelve a observar un claro impacto en ambas variables. A medida que se incrementa el nivel de estudios también mejora el modo en el que se percibe la forma física (un 54% de jóvenes con estudios superiores la valoran como buena o excelente frente al 41,1% de jóvenes con estudios secundarios obligatorios) y lo mismo ocurre a medida que se reduce la carencia material (un 52,5% de jóvenes sin carencias considera tener una forma física buena o excelente frente al 36,3% entre quienes tienen una carencia material severa).
- A medida que se incrementa el nivel de estudios alcanzado también aumentan los **problemas de salud mental** declarados (un 46,2% entre quienes tienen estudios secundarios obligatorios y un 62,4% entre quienes cuentan con estudios superiores los han tenido al menos una vez). Lo mismo ocurre cuanto mayor es la carencia material, el 52,4% entre quienes no tienen ninguna carencia, han tenido algún tipo de problema, frente al 63,5% de quienes tienen carencia severa.
- La **ideación suicida** es una de las variables asociadas a la salud mental más preocupantes y con un impacto de la situación económica evidente: la ideación suicida se incrementa significativamente a medida que aumenta la carencia material (de un 34% para quienes no tienen carencias, a un 49,4% entre quienes declaran carencias leves y un 55,5% carencias severas). Por lo que respecta al nivel de estudios se observa que quienes tienen estudios superiores presentan mejores datos (el 60,6% afirma no haber experimentado nunca ideación suicida).
- Las **ideas y prácticas autolesivas** registran la misma tendencia. Aproximadamente 6 de cada 10 jóvenes con estudios superiores o con ninguna carencia material afirman no tener nunca pensamientos autolesivos y 7 de cada 10 nunca han llevado a cabo este tipo de prácticas. Por el contrario, entre quienes tienen estudios secundarios obligatorios o carencia material severa son el 46,5% y el 40,5% respectivamente quienes afirman no haber tenido nunca este tipo de ideas, y solo el 56,1% y el 51,4% nunca las han llevado a cabo.
- Quienes tienen un mayor nivel educativo y ninguna carencia material registran niveles más altos de **felicidad** que el resto. Más de la mitad de jóvenes con estudios superiores indican tener un grado alto de felicidad (55,4%), frente al 40,6% de quienes tienen hasta estudios secundarios obligatorios. 6 de cada 10 jóvenes con ninguna carencia material indican tener un grado alto de felicidad (59,8%) frente al 25,6% con carencias severas.
- El nivel educativo y la carencia material también afectan fuertemente al nivel de **autoestima**. El 38,8% de quienes han estudiado hasta la secundaria obligatoria afirman tener una autoestima alta mientras que el resto roza el 50%. Más de la mitad de jóvenes sin carencia material afirman tener una autoestima alta (un 53,2%) frente al 28,8% de quienes tienen carencia severa.

- La carencia material también determina con claridad la sensación de **soledad no deseada**, un 39,8% de quienes sufren una carencia material severa la experimentan con frecuencia o continuamente, frente al 28,7% de quienes sufren carencias leves y el 19,6% de quienes no tienen ninguna carencia. La red social de apoyo se ve así mismo muy afectada por estas variables: un 84,7% de jóvenes con estudios superiores y un 87,4% de jóvenes sin ninguna carencia material afirman tener personas en su entorno que puedan prestarles ayuda o apoyo, mientras que los porcentajes son del 74,5% y del 65% para quienes tienen estudios secundarios obligatorios y carencia material severa respectivamente.

En definitiva, el contexto socioeconómico en el que se encuentran las personas jóvenes, que a su vez tiene un impacto directo sobre su nivel educativo, está claramente correlacionado con peores datos de salud y bienestar. **Jóvenes con un menor nivel educativo y problemas económicos afirman tener una peor salud en general y una peor forma física, tienden a declarar más problemas de salud mental, que derivan con más frecuencia en ideación suicida o prácticas autolíticas, sienten un menor grado de felicidad y autoestima y cuentan con menos apoyos sociales en su entorno.**

Un contexto que determina y marca una posición vulnerable de la juventud en España en términos económicos y laborales, puesto que la precariedad laboral, la dependencia de un modelo económico familiar y la dificultad para emanciparse se han vuelto problemas estructurales. Muestra de ello es que el aspecto de la vida que más estrés genera a los y a las jóvenes son las perspectivas de futuro (35%), seguido de la situación económica (34,2%), los estudios (31,9%) y el trabajo (27,7%). Cada vez resulta más complejo realizar procesos tradicionales de transición a la vida adulta y la incertidumbre hacia el futuro se ha vuelto una constante en el imaginario, lo que intensifica los malestares en la vida de los y las jóvenes.

Reflexiones finales y recomendaciones

Tras el análisis se observa una mejora de los indicadores sobre salud y bienestar entre 2023 y 2025. En múltiples variables detectamos un regreso a datos previos a la pandemia del COVID-19 de 2020 que, como ya se comprobó en aproximaciones anteriores (Kuric Kardelis et al., 2023), tuvo un claro impacto negativo sobre la salud y el bienestar. A pesar de esta mejora, sigue habiendo indicadores preocupantes, como los ligados a problemas de salud mental, a la soledad no deseada o a la ideación y prácticas autolíticas, que reflejan la existencia de malestares con impactos significativos.

También es necesario enfatizar y visibilizar que, aunque los factores clínicos son importantes a la hora de comprender el malestar, **buena parte de los problemas de salud que experimenta la juventud tienen sus raíces en determinantes sociales.** La cultura en la que vivimos está marcada por una estructura social que reproduce estereotipos y mandatos de **género** que afectan claramente nuestras vivencias y el modo en el que nos comportamos, y esto se traduce en un impacto diferencial entre

hombres y mujeres sobre su bienestar y su salud. Prácticamente en todos los indicadores las mujeres tienden a mostrar peores datos que los hombres, como ya se viene analizando en cortes anteriores del barómetro. Otros factores relacionados con la **economía** y el mercado de trabajo también tienen una correlación clara con la salud y el bienestar, puesto que quienes se encuentran un mayor riesgo de pobreza —tienen carencias materiales severas—también declaran tener peores datos prácticamente en todas las variables.

Es relevante mencionar como una **limitación** del presente informe, el hecho de que no se haya explorado el impacto que tiene sobre la salud y el bienestar la discriminación que pueden experimentar personas racializadas, quienes encarnan disidencias sexuales desde la cisheteronormatividad o personas con algún tipo de discapacidad. En aproximaciones previas a la temática, sí hemos mostrado con claridad el impacto que tienen este tipo de factores sobre la salud y el bienestar (Gómez et al., 2024). Teniendo esto en cuenta, poder desarrollar análisis secundarios con los datos del presente barómetro o futuras aproximaciones cualitativas al campo, permitiría profundizar en torno a estas cuestiones.

Y, de cara al futuro, al haber complejizado los indicadores relativos a la soledad no deseada, las prácticas autolesivas y la ideación suicida, se abre una oportunidad para entender mejor sus manifestaciones en la juventud. Sabemos que es fundamental desplegar un enfoque holístico desde las políticas públicas, en el marco de la salud, pero también trascendiéndolo, para abordar este tipo de problemáticas (Hawton & Pirkis, 2024). Conocer con mayor detalle la dimensión y los matices de éstas permitirá desarrollar intervenciones mucho más ajustadas a las necesidades reales de las juventudes.

Un informe amplio como este deja muchas otras preguntas que nos invitan a continuar atendiendo a la percepción social de adolescentes y jóvenes sobre su estado de salud. Por ejemplo, en años sucesivos no podemos desatender a la vivencia de la soledad no deseada, una variable que, al cruzarla con los diferentes indicadores, marca claramente mejores o peores resultados en función de la intensidad con la que se declara sufrirla. Contar con recursos comunitarios y redes de apoyo para acompañar y sobrellevar la soledad y el sufrimiento son claves, pues forman parte de la vida y pueden responder a muy diferentes casuísticas, como la necesidad de construir un proyecto vital con sentido, la necesidad de compañía, de intimidad, y un largo etcétera. Como sociedad necesitamos poder atender al sufrimiento y, al mismo tiempo, no patologizar cualquier malestar o sensación de soledad.

Así mismo, el informe arroja datos que requerirán un seguimiento, como elementos estresores que emergen relacionados con la preocupación por el futuro (¿Se afianza este malestar? ¿Cómo se manifiesta o en qué se concreta?) o la preocupación por la imagen externa (¿Pesan más los criterios estéticos y la presión por encajar en ciertos cánones que el cuidado de la salud?).

Los resultados relativos al incremento de malestares ligados a los problemas para concentrarse o a la falta de descanso también son indicadores relevantes sobre los estilos de vida y las problemáticas que identifica la juventud en su día a día, así como las respuestas y los recursos que activan cuando sienten tener problemas (capacidad

de resolución personal, redes de apoyo con las que cuentan, consulta a profesionales de la salud, consumo de psicofármacos, etc.). Todo ello, forma parte de la vivencia de la salud, los cuidados, el bienestar y los malestares entre adolescentes y jóvenes, con rasgos específicos y propios de sus diferentes momentos vitales, pero, también, resultado de elementos estructurales y contextuales que atraviesan la realidad que les ha tocado vivir.

En definitiva, las personas menores de 30 años tienden a mostrar buenos niveles de salud, pero también se ven expuestas a malestares específicos ligados a su franja de edad y al contexto actual. A su vez, es importante evidenciar la heterogeneidad que refleja toda cohorte etaria y el impacto que tienen las diferencias sociodemográficas. Investigaciones como las que plasma el presente informe permiten dimensionar el bienestar y los malestares específicos que experimentan las personas jóvenes y se evidencia la necesidad de continuar trabajando para comprender y atender al modo en el que evolucionan los datos y las necesidades a lo largo del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Bacigalupe, A., González Rábago, Y., & Jiménez-Carrillo, M. (2022). Gender inequality and mental health medicalization: Sociocultural determining factors from the analysis of expert perceptions. *Atención Primaria*, 54(7). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378>
- Ballesteros, J. C. (2023). *Salud y bienestar juveniles en España: un análisis longitudinal 2017-2021*. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7859357>
- Ballesteros, J.C.; Sanmartín, A.; Tudela, P. y Rubio, A. (2020). *Barómetro juvenil sobre Salud y Bienestar 2019*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3768432>
- Ballesteros, J. C., Sanmartín, A. y Tudela, P. (2018). *Barómetro juvenil sobre Vida y Salud 2017*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3537684>
- Benedicto, J. (Dir.), Echaves, A., Jurado, T., Ramos, M., Tejerina, B. (2017). Informe Juventud en España 2016. INJUVE.
- Barona, C. y Vallés, G. (2018). Brecha de género en la salud y el bienestar. In *Desigualdades en salud en la Comunitat Valenciana* (pp. 62–66). Generalitat Valenciana - Observatorio Valenciano de la Salud.
- Boneta-Sádaba, N., Tomás-Forte, S., & García-Mingo, E. (2023). *Culpables hasta que se demuestre lo contrario. Percepciones y discursos de adolescentes españoles sobre masculinidades y violencia de género*. Centro Reina Sofía de Fad Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7797449>
- Bourdieu, P. (2018). *La dominación masculina* (12th ed.). Anagrama. Colección Argumentos.
- Buunk, A. P., Zurriaga, R., González-Navarro, P., & Monzani, L. (2016). Attractive rivals may undermine the expectation of career advancement and enhance jealousy. An experimental study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 25(6), 790–803. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2016.1156085>
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223–228. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.262>
- Demelova, S., Gorjón, L., Martínez Pascual, R. y Sala Mozos, E. (2024). *Percepción y vivencia de la soledad no deseada y sus respuestas en el ámbito comunitario*. Cruz Roja (Proyecto CRECE); Fundación Iseak.
- Esteban, M. L. (2004). *Antropología del Cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Edición Bellaterra.
- Fonseca Pedrero, E., Inchausti F., Pérez Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño Sierra, J., Sánchez García, M.ª Á., Lucas Molina, B., Domínguez, C., Foncea, D., Espinosa, V., Gorriá, A., Urbiola Merina, E., Fernández, M., Merina Díaz, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez Garrido, E., Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles [Suicidal ideation in a representative sample of Spanish adolescents]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11, 76-85. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.07.004.

- Feixa, C. (Dir.), Arciniega, M., Bartomeus, O., Beltrán, B., Benedicto, M. J., Cabasés, À., Escapa, S., Farré, M., Figueras-Maz, M., Fernández-Planells, A., Gallo, P., Hansen, N., Julià, A., López, J., Mari-Klose, M., Mejías-Leiva, M., Moreno, A., Oliveras, E., Páez de la Torre, S., Palacios, M. J., Prado, M., Sánchez-García, J., Soler-i-Martí, R., Strecker, T., Tataret, M., Tejerina, B., Ubeda, M. (2025) Informe Juventud en España 2024. Entre la emergencia y la resiliencia.
- García Mingo, E. y Díaz Fernández, S. (2022). *Jóvenes en la Manosfera. Influencia de la misoginia digital en la percepción que tienen los hombres jóvenes de la violencia sexual*. Centro Reina Sofía de Fad Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7221159>
- García Mingo, E., Fernández, S. D. y Tomás Forte, S. (2022). (Re)configurando el imaginario sobre la violencia sexual desde el antifeminismo: el trabajo ideológico de la manosfera española. *Política y Sociedad*, 59(1). <https://doi.org/10.5209/poso.80369>
- Gómez, A., Sanmartín, A., Kuric, S., Calderón, D., Zaragozá, E., Andújar, A. y Sabín, F. (2024). *Salud mental y desigualdad de jóvenes en España*. Centro Reina Sofía de Fad Juventud. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.12532224>
- González Gabaldón, B. (1998). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar*, 6(12), 79–88. <https://doi.org/10.3916/C12-1999-12>
- Hawton, K., & Pirkis, J. (2024). Preventing suicide: a call to action. *The Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(24\)00159-2](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(24)00159-2)
- Kuric, S., Sanmartín, A.; Ballesteros, J. C. y Gómez Miguel, A. (2023). *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023*. Centro Reina Sofía de Fad Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8170910>
- Mears, A. (2011). *Pricing beauty: The making of a fashion model*. University of California Press.
- Megías, E., Rodríguez, E., Ballesteros, J. C., Sanmartín, A., y Calderón, D. (2021). *Género, vivencias y percepciones sobre la salud: Informe de resultados*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación Fad Juventud.
- Megías, I. (2024). *Desde el lado oscuro de los hábitos tecnológicos: riesgos asociados a los usos juveniles de las TIC*. Centro Reina Sofía, Fundación Fad Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10580052>
- Megías, I., Ballesteros, J. C. y Rodríguez, E. (2022). *Entre la añoranza y la incompreensión. La adolescencia del siglo XXI desde las percepciones del mundo adulto*. Centro Reina Sofía de Fad Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5343348>
- Monteiro, R. P., Coelho, G. L. de H., Hanel, P. H. P., de Medeiros, E. D., & da Silva, P. D. G. (2022). The Efficient Assessment of Self-Esteem: Proposing the Brief Rosenberg Self-Esteem Scale. *Applied Research in Quality of Life*, 17(2), 931–947. <https://doi.org/10.1007/s11482-021-09936-4>
- Neagu, A. (2015). Body Image: A theoretical framework. *Anthropology*, 17(1), 29–38.
- Ñañez, A., Causa Bofill, A. y Estrada Canal, M. (2020). *Autolesiones en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Guía de navegación para madres, padres y otras figuras que acompañan a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con una problemática de salud mental*. Salut Mental Catalunya; Fundación Probitas.
- Peplau, L. A. y Perlman, D. (1982). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. Nueva York: John Wiley y Sons.

Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 460–469.

Ramos Pérez, A. (2024). *Perforar las Masculinidades*. Ediciones Bellaterra.

Sanmartín, A., Ballesteros, J. C., Calderón, D. y Kuric, S. (2022). *Barómetro Juvenil 2021. Salud y bienestar: Informe Sintético de Resultados*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación Fad Juventud.

Sanmartín Ortí, A., Gómez Miguel, A., Kuric Kardelis, S. y Rodríguez, E. (2024). *Barómetro Juventud y Género 2023*. Centro Reina Sofía de Fad Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10144131>

Sanmartín Ortí, A., Kuric Kardelis, S. y Gómez Miguel, A. (2022). *La caja de la masculinidad: construcción, actitudes e impacto en la juventud española*. Centro Reina Sofía sobre adolescencia y juventud, Fundación Fad Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7319236>

Simón, P. (Dir.), Clavería, S., García-Albacete, G., López Ortega, A. y Torre, M. (2021). *Informe Juventud en España 2020*. INJUVE.

Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15), 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>

Tyler, M., & Hancock, P. (2001). Flight Attendants and the Management of Gendered 'Organizational Bodies.' In K. Backett-Milburn & L. McKie (Eds.), *Constructing Gendered Bodies*. Palgrave Macmillan.

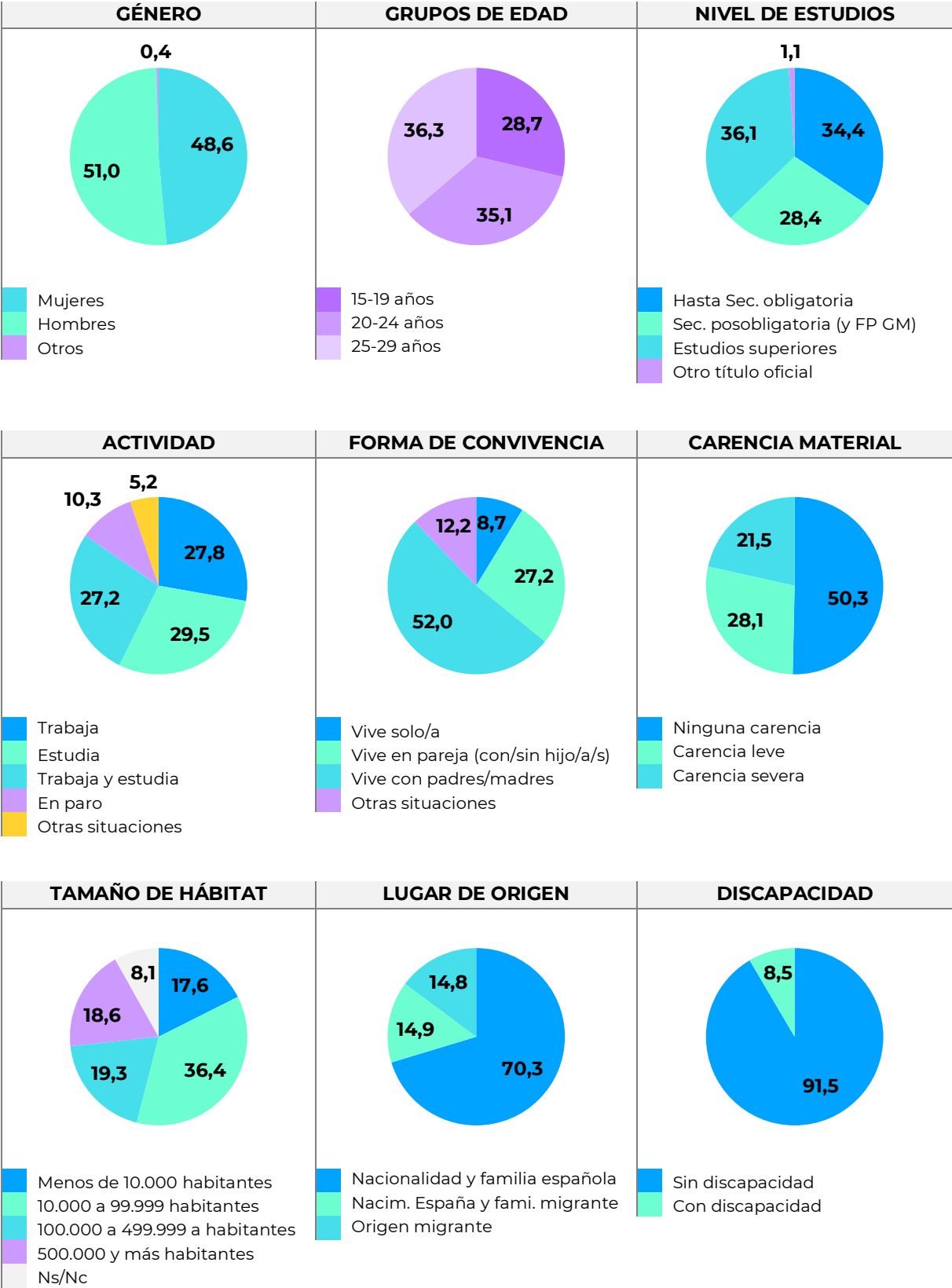
Van den Berg, P., Paxton, S. J., Keery, H., Wall, M., Guo, J., & Neumark-sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*, 4, 257–268. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.04.003>

Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(1–2). <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>

ANEXOS

Anexo 1. Detalles de la muestra

En este punto se muestran los detalles sobre la muestra de personas que participaron en la encuesta online, con los datos de las principales variables sociodemográficas.



Anexo 2. Cuestionario

Bloque A. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

[A TODA LA MUESTRA]

1. Edad exacta en años:

2. Eres:

Mujer	1
Hombre	2
Otro	3

3. Independientemente de si continúas estudiando o no, ¿cuál es el nivel de estudios más alto que has finalizado, es decir, del que tienes título oficial?

Primaria o menos que primaria	1
Secundaria obligatoria 1ª etapa (1º, 2º y 3º ESO)	2
Secundaria obligatoria 2ª etapa (4º ESO, PCPI, FP básica)	3
Secundaria postobligatoria (Bachillerato)	4
FP grado medio	5
FP grado superior	6
Universidad	7
Postgrado, Máster, Doctorado	8
Otro título oficial	9

4. ¿Cuál es tu actividad actual?

Sólo trabajo	1
Principalmente trabajo y además estudio	2
Principalmente estudio y hago algún trabajo	3
Sólo estudio	4
Estudio y además estoy buscando trabajo	5
Estoy en paro buscando trabajo exclusivamente	6
Estoy en paro sin buscar trabajo en este momento	7
Otra situación	8

5. Aproximadamente, ¿cuál es el tamaño de la localidad donde vives?

Menos de 10.000 habitantes	1
10.000 a 99.999 habitantes	2
100.000 a 499.999 habitantes	3
500.000 a 1.000.000 habitantes	4
Más de 1 millón de habitantes	5
No sé/Prefiero no contestar	99

6. ¿Con quién convives en la actualidad?

Vivo solo/a	1
Vivo con mi padre y/o madre (con alguno/a de ellos/as)	2
Vivo con mi pareja (sin hijo/a/s)	3
Vivo con mi pareja e hijo/a/s	4
Vivo con otras personas (otro/s familiar/es, amigo/a/s, otra/s persona/s)	5

7. Pensando en tu origen, el país donde naciste, ¿cuál de las siguientes situaciones se ajusta más a ti?

Nací en España y mis progenitores también	1
Nací en España, pero mis progenitores son del extranjero	2
Nací en España, uno de mis progenitores también, pero otro en el extranjero	3
Nací fuera de España y mis progenitores también	4
Nací en el extranjero, pero mis progenitores nacieron en España	5

8. Dirías que tu orientación sexual es...

Heterosexual	1
Homosexual	2
Bisexual	3
Otra	4
Ns/Nc	99

9. ¿Tienes algún tipo de discapacidad? Nos referimos a discapacidad reconocida o a alguna condición, enfermedad crónica o problemas graves de salud que te generen limitaciones para realizar las actividades diarias básicas (ver, oír, comer, lavarse, ir al baño, vestirse, desplazarse, comunicarse, etc.).

Sí	1
No	2

P10-17. Teniendo en cuenta los ingresos de tu unidad familiar o aquellas personas con las que planificas tus gastos, ¿puedes indicar si hay alguna de las siguientes acciones que no puedas o no hayas podido realizar en los últimos 12 meses? 1. Sí; 2. No; 99. Ns/Nc. (ROTAR)

	Sí	No	Ns/Nc
10. Ir de vacaciones al menos una semana al año	1	2	99
11. Mantener la casa a una temperatura adecuada	1	2	99
12. Afrontar gastos imprevistos en un mes	1	2	99
13. Afrontar sin retrasos el pago de recibos, préstamos, hipotecas, alquiler, etc.	1	2	99
14. Ahorrar parte de mis ingresos mensuales o que en mi hogar se pueda ahorrar parte de los ingresos mensuales	1	2	99
15. Darte algún capricho al menos una vez al mes (ir de compras, renovar tecnología, etc.)	1	2	99
16. Disponer de ordenador (de cualquier tipo) en el hogar	1	2	99
17. Participar regularmente en actividades de ocio tales como cenar fuera de casa, ir al cine, conciertos, teatro, salir de copas, etc.	1	2	99

Bloque B. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

18. ¿Cuáles de los siguientes problemas te afectan especialmente o te preocupan más?

Elegir un máximo de CINCO (5) respuestas. (RESPUESTA MÚLTIPLE: MÁX. 5; ROTAR)

El paro	1
La inestabilidad y precariedad de los empleos	2
La vivienda (alquilar o comprar)	3
La falta de ayudas públicas y becas	4
La dificultad para emanciparse	5
La falta de confianza en los/las jóvenes	6
La calidad de la enseñanza	7
El desinterés político por los/as jóvenes	8
La inmigración	9
La crisis económica, los problemas económicos	10
La crisis de valores tradicionales	11
Las desigualdades de género	12
Las desigualdades económicas, pobreza	13
La inseguridad ciudadana	14
El funcionamiento de los servicios públicos (sanidad, transporte, trámites...)	15
El cambio climático	16
La política institucional (comportamiento de los partidos, corrupción...)	17
Desinformación, manipulación y bulos	18
Discurso de odio (racismo, machismo...)	19
Otros (FIJAR)	20
Ninguno (RESPUESTA ÚNICA; FIJAR)	21

[A QUIENES CREEN QUE LES AFECTA ALGÚN PROBLEMA (FILTRO: P18 ≠ 21 O 99)]

19. Y, sobre estos problemas mencionados antes y que te afectan más, ¿crees que, en general, mejorarán, empeorarán o seguirán igual en los próximos dos o tres años?

Mejorarán	1
Seguirán igual	2
Empeorarán	3
Ns/Nc	99

[A TODA LA MUESTRA]

P20-25. ¿Con qué probabilidad crees que te verás en las siguientes situaciones en los PRÓXIMOS DOS O TRES AÑOS? Escala de 0 a 10, donde 0 significa "nada probable" y 10 "muy probable"; 99. Ns/Nc. (ROTAR)

	Nada probable											Muy probable	Ns/Nc
20. Tener que depender económicamente de mi familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
21. Tener un trabajo precario o malas condiciones laborales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
22. Estar en paro o con dificultad para encontrar trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
23. Recortar el gasto en hobbies, ocio y tiempo libre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
24. Recortar el gasto en cosas básicas (alimentación, higiene...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
25. Sentirme mal emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	

26. ¿Cuál es tu situación respecto a los ingresos de tu hogar en la actualidad?

Podemos vivir cómodamente y ahorrar	1
Con los ingresos actuales vivimos cómodamente, ahorrando poco	2
Con los ingresos actuales podemos vivir con lo justo	3
Con los ingresos actuales tenemos dificultades para vivir	4
Con los ingresos actuales no podemos mantenernos	5

Bloque C. SALUD FÍSICA**27. En los ÚLTIMOS 12 MESES, en general, ¿cómo dirías que ha sido tu estado de salud?**

Muy bueno	1
Bueno	2
Regular	3
Malo	4
Muy malo	5
Ns/Nc	99

28. ¿Con qué frecuencia tomas algún medicamento por prescripción médica (recetado)?

Diariamente	1
Varias veces a la semana	2
Una vez a la semana	3
Varias veces al mes	4
Varias veces al año	5
Casi nunca	6
Nunca	7
Ns/Nc	99

29. Y, ¿con qué frecuencia tomas medicamentos sin prescripción médica (automedicación)?

Diariamente	1
Varias veces a la semana	2
Una vez a la semana	3
Varias veces al mes	4
Varias veces al año	5
Casi nunca	6
Nunca	7
Ns/Nc	99

30. En el ÚLTIMO AÑO, ¿con qué frecuencia dirías que has acudido al médico o a un servicio sanitario para una consulta propia, no como acompañante? Se incluyen clínicas privadas, hospitales, servicios de urgencia, ambulatorios, centros de salud públicos, servicios de enfermería, etc.

Muchas veces	1
Algunas veces	2
Pocas veces	3
Nunca	4
Ns/Nc	99

31. En general, ¿cómo dirías que es tu forma física?

Excelente	1
Buena	2
Aceptable	3
Deficiente	4
Francamente mala	5
Ns/Nc	99

32. ¿Con qué frecuencia realizas ejercicio o alguna actividad física en tu tiempo libre?

Consideramos ejercicio, deporte o actividad física en general: caminar, correr, ciclismo, gimnasia, pilates, deportes, natación, baile, etc.

No hago ejercicio	1
Hago ejercicio ocasional	2
Hago ejercicio varias veces al mes	3
Hago ejercicio varias veces a la semana	4
Hago ejercicio todos los días	5
Ns/Nc	99

[A QUIENES HACEN EJERCICIO (FILTRO: P32 = 2-5)]

33. ¿Por qué motivos realizas ejercicio en tu tiempo libre? Elegir un máximo de DOS (2) respuestas. (RESPUESTA MÚLTIPLE: MÁX. 2; ROTAR)

Por indicación médica (problemas de salud)	1
Para sentirme más saludable	2
Por verme mejor estéticamente, sentirme mejor con mi cuerpo	3
Permite liberar tensiones, estrés, mal humor	4
Por relacionarme, socializar o hacer amigos/as	5
Es un medio para aprender a tener autodisciplina	6
Para gustarle a la gente, ser más atractivo/a	7
Por diversión	8
Para mejorar mi autoestima	9
Otros motivos (FIJAR)	10

[A TODA LA MUESTRA]

34. Con relación a tu estilo de vida, es decir, tu alimentación, si haces o no deporte, si fumas o no, etc., ¿cómo dirías que es el estilo de vida que llevas?

Muy saludable	1
Bastante saludable	2
Poco saludable	3
Nada saludable	4
Ns/Nc	99

35. ¿Hasta qué punto crees que cuidas tu alimentación?

Mucho	1
Bastante	2
Poco	4
Nada	5
Ns/Nc	99

36. A lo largo de tu vida, ¿has hecho alguna dieta?

	36a. Dietas de adelgazamiento	36b. Dietas de engorde o para ganar masa muscular
Muchas veces	1	1
Algunas veces	2	2
Pocas veces	3	3
Nunca	4	4
Ns/Nc	99	99

[A QUIENES HAN HECHO DIETA ALGUNA VEZ (FILTRO: P36 = 1-3)]

37. ¿Sigues en la actualidad algún tipo de dieta para adelgazar o perder peso?

Hice dieta bajo supervisión médica, pero ahora no	1
Hice dieta sin supervisión médica, pero ahora no	2
Estoy a dieta actualmente (o hace poco), con supervisión médica	3
Estoy a dieta actualmente (o hace poco), sin supervisión médica	4
Ns/Nc (RESPUESTA ÚNICA)	99

38. ¿Qué motivos te llevaron a iniciar las dietas? Elegir un máximo de DOS (2) respuestas.
(RESPUESTA MÚLTIPLE: MÁX. 2; ROTAR)

Por indicación médica (problemas de salud)	1
Para sentirme más saludable	2
Por verme mejor estéticamente	3
Porque los amigos/as me lo aconsejaron	4
Porque me lo aconsejó mi familia	5
Para gustarle a mi pareja	6
Para gustarle a la gente, ser más atractivo/a	7
Para mejorar mi autoestima	8
Otros motivos (FIJAR)	9

[A TODA LA MUESTRA]

39. ¿Te preocupa tu imagen externa, es decir, lo que piensan de ti por tu aspecto físico?

Sí, me preocupa mucho	1
Sí, me preocupa bastante	2
Me preocupa algo	3
Apenas me preocupa	4
No me preocupa nada	5
Ns/Nc	99

40. Y tu salud, ¿te preocupa?

Sí, me preocupa mucho	1
Si, me preocupa bastante	2
Me preocupa algo	3
Apenas me preocupa	4
No me preocupa nada	5
Ns/Nc	99

Bloque D. SALUD MENTAL Y BIENESTAR EMOCIONAL

P41-56. En los ÚLTIMOS 6 MESES, ¿con qué frecuencia has tenido alguno de los siguientes problemas? Utilizar una escala de 0 (nunca) a 10 (casi siempre); 99. Ns/Nc). (ROTAR)

41. Poco interés por hacer cosas	0-10
42. Sensación de estar triste, decaído/a, desesperanzado/a	0-10
43. Problemas para dormir	0-10
44. Somnolencia continua (tener sueño con frecuencia)	0-10
45. Cansancio, falta de energía, apatía	0-10
46. Falta de apetito o comidas excesivas	0-10
47. Problemas para concentrarte	0-10
48. Inquietud o desasosiego	0-10
49. Alegría o euforia aparentemente excesivas	0-10
50. Miedo, aparentemente excesivo, ante el futuro o los riesgos del presente	0-10
51. Ideas o pensamientos reiterados, incontrolables	0-10
52. Dificultad para controlar tus impulsos	0-10
53. Irritación, explosividad, agresividad	0-10
54. Necesidad de calmarte con alcohol o pastillas	0-10
55. Sensación de ansiedad o ataques de ansiedad	0-10
56. Falta de deseo o placer sexual	0-10

57. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has tenido o has creído tener alguna vez un problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental?

Nunca	1
Una sola vez	2
De vez en cuando	3
Con frecuencia	4
Continuamente	5
Ns/Nc	99

[A QUIENES HAN TENIDO MALESTARES MENTALES (FILTRO: P57 = 2-5)]

58. Y, ¿se lo contaste a alguien? Marcar todas las opciones que procedan. (RESPUESTA MÚLTIPLE)

Sí, a alguien de la familia	1
Sí, a algún/a amigo/a	2
Sí, a algún/a docente o profesor/a	3
Sí, busqué ayuda profesional (psicólogo/a, psiquiatra, médico...)	4
Sí, a otra/as personas	5
No (RESPUESTA ÚNICA)	6

[A QUIENES TUVIERON ALGÚN MALESTAR MENTAL Y BUSCARON AYUDA PROFESIONAL (FILTRO: P58 = 4)]

59. ¿A qué profesional acudiste? Marcar todas las opciones que procedan. (RESPUESTA MÚLTIPLE)

Psicólogo/a (en la sanidad pública)	1
Psicólogo/a (consulta privada)	2
Psiquiatra (en la sanidad pública)	3
Psiquiatra (consulta privada)	4
Médico/a de cabecera, de familia, centro de salud	5
Otro/a profesional	6

[A QUIENES TUVIERON ALGÚN MALESTAR MENTAL Y NO BUSCARON AYUDA PROFESIONAL
(FILTRO: P58 ≠ 4)]

60. Por tu respuesta, hemos visto que no buscaste ayuda profesional. ¿Por qué razones?

Marcar todas las opciones que procedan. (RESPUESTA MÚLTIPLE; ROTAR)

Por el coste, es muy caro	1
Por vergüenza	2
No quiero contarle a nadie lo que me pasa	3
No confío en profesionales de la salud mental	4
No es un problema tan grave	5
No lo necesité, pude resolverlo por mi cuenta	6
No lo necesité, me ayudaron personas de mi entorno cercano	7
Otros (FIJAR)	8
Ns/Nc (RESPUESTA ÚNICA; FIJAR)	99

[A QUIENES TUVIERON ALGÚN MALESTAR MENTAL Y NO SE LO CONTARON A NADIE
(FILTRO: P58 = 6)]

61. Y, ¿por qué razones no se lo contaste a nadie? Marcar todas las opciones que procedan.

(RESPUESTA MÚLTIPLE; ROTAR)

Por vergüenza	1
No quiero contarle a nadie lo que me pasa	2
No es un problema tan grave	3
No lo necesité, pude resolverlo por mi cuenta	4
No tengo a quién contárselo	5
Por miedo a que me juzguen, me señalen o excluyan	6
Otros (FIJAR)	7
Ns/Nc (RESPUESTA ÚNICA; FIJAR)	99

[A TODA LA MUESTRA]

62. ¿Alguna vez en tu vida, un profesional (médico, psicólogo, psiquiatra, etc.) te diagnosticó alguno de los siguientes problemas de salud mental? Marcar todas las opciones que procedan. (RESPUESTA MÚLTIPLE; ROTAR)

Depresión	1
Trastornos por ansiedad, pánico o fobias	2
Trastorno obsesivos-compulsivos (TOC)	3
Trastornos por estrés postraumático	4
Trastornos por adicción a sustancias	5
Trastornos por adicción sin sustancias (ludopatía, adicción a redes sociales, sexo...)	6
Trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia...)	7
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	8
Trastorno de la personalidad	9
Otros (FIJAR)	10
Ninguno (RESPUESTA ÚNICA; FIJAR)	11
Ns/Nc (RESPUESTA ÚNICA; FIJAR)	99

- 63. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has consumido algún tipo de psicofármaco?** Nos referimos a medicamentos/sustancias como: ansiolíticos, antidepresivos, hipnosedantes, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo...

Sí, con prescripción médica	1
Sí, sin prescripción médica	2
Sí, con y sin prescripción médica	3
No he tomado psicofármacos	4
Ns/Nc	99

- 64. ¿Qué aspectos de tu vida cotidiana dirías que te generan más estrés?** Seleccionar un máximo de TRES (3), los más estresantes. (RESPUESTA MÚLTIPLE: MÁX. 3; ROTAR)

Tu trabajo	1
Tus estudios	2
Tus relaciones familiares	3
Tus relaciones de amistad	4
Tu situación económica	5
Tu salud física, estado físico	6
Tu salud mental	7
Tu interacción y gestión de las redes sociales	8
Tu relación de pareja	9
Tus relaciones sexoaffectivas (relaciones sexuales, ligues...)	10
Tu apariencia física, cuerpo	11
Tus perspectivas de futuro	12
Otro (FIJAR)	13
Ningún aspecto de mi vida me estresa especialmente (RESPUESTA ÚNICA, FIJAR)	14

Bloque E. BIENESTAR Y REDES DE APOYO

- P65_72. ¿Cuál dirías que es tu nivel de satisfacción con relación a los siguientes aspectos de tu vida personal?** Utilizar una escala de 0 (nada satisfecho/a) a 10 (completamente satisfecho/a); 99. Ns/Nc. (ROTAR)

65. Con tu familia	0-10
66. Con tus estudios y/o trabajo	0-10
67. Con tus amistades	0-10
68. Con el tiempo libre de que dispones	0-10
69. Con tus relaciones sexuales (sexo, ligues...)	0-10
70. Con tu situación económica	0-10
71. Con tu pareja	0-10
72. Con tu apariencia, cuerpo, aspecto físico	0-10

- 73. Considerando todos los aspectos de tu vida, en general, ¿cómo valorarías tu grado de felicidad en el momento actual?** Utilizar una escala de 0 (nada feliz) a 10 (totalmente feliz) (99. Ns/Nc).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

- 74. ¿Y cómo dirías que es tu nivel de autoestima?** Utilizar una escala de 0 a 10, donde 0 es "nivel de autoestima muy bajo" y 10 es "nivel de autoestima muy alto" (99. Ns/Nc).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

P75-79. Pensando en los ÚLTIMOS 6 MESES, ¿con qué frecuencia te han sucedido las siguientes situaciones? CÓDIGOS: 1. Todo el tiempo; 2. La mayor parte del tiempo; 3. Más de la mitad del tiempo; 4. Menos de la mitad del tiempo; 5. De vez en cuando; 6. Nunca; 99. Ns/Nc. (ROTAR)

75. Me he sentido alegre y de buen humor	1-6
76. Me he sentido tranquilo/a y relajado/a	1-6
77. Me he sentido activo/a y enérgico/a	1-6
78. Me he despertado fresco/a y descansado/a	1-6
79. Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan	1-6

80. ¿Sientes que tienes suficientes personas en tu entorno cercano que puedan ayudarte cuando tienes problemas (apoyo emocional, prestar dinero, cuidar de ti o de alguna persona dependiente a tu cargo, realizar gestiones...)?

Sí	1
No	2

81. Y, cuando tienes alguna necesidad, preocupación o problema, ¿sueles contárselo a otras personas para pedir consejo o ayuda?

Sí	1
No	2

82. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿en qué medida has sentido soledad no deseada?

Nunca	1
Casi nunca	2
Algunas veces	3
Con frecuencia	4
Continuamente	5
Ns/Nc	99

P83-85. Y, en el último año, ¿con qué frecuencia te han sucedido las siguientes situaciones? CÓDIGOS: 1. Nunca; 2. Casi nunca; 3. Algunas veces; 4. Con frecuencia; 5. Continuamente. (ROTAR)

83. Sentir malestar por estar solo/a o falta de compañía	1-5
84. Sentir que te excluyen o te ignoran	1-5
85. Sentir que te cuesta encajar o hacer amigos/as	1-5

P86-87. ¿Has experimentado alguna vez ideas o prácticas autolesivas? Por «autolesivas» o «autolíticas» nos referimos a prácticas en las que te haces daño a propósito, como: infligirse rasguños o cortes en los brazos, quemarse a uno/a mismo/a, arrancarse el pelo, etc. CÓDIGOS: 1. Nunca; 2. Alguna vez; 3. Con cierta frecuencia; 4. Con mucha frecuencia; 5. Continuamente; 99. Ns/Nc.

86. Ideas autolesivas (pensar en autolesionarte, hacerte daño a ti mismo/a)	1-5
87. Prácticas autolesivas (autolesionarte, hacerte daño a sí mismo/a)	1-5

88. ¿Has experimentado alguna vez ideas de suicidio?

Nunca	1
Alguna vez	2
Con cierta frecuencia	3
Con mucha frecuencia	4
Continuamente	5
Ns/Nc	99

[A QUIENES HAN EXPERIMENTADO IDEAS SUICIDAS (FILTRO: P88 = 2-5)]

89. Y, concretamente, ¿has vivido alguna de las siguientes situaciones? Seleccionar todas las opciones que correspondan. (RESPUESTA MÚLTIPLE)

Sentir que la vida no merece la pena	1
Desear estar muerto/a (por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte)	2
Pensar en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer	3
Llegar a considerar realmente quitarte la vida o hacer planes sobre cómo hacerlo	4
Intentar quitarte la vida	5
Ninguna de las anteriores (RESPUESTA ÚNICA)	6
Ns/Nc (RESPUESTA ÚNICA)	99

Bloque F. RIESGOS Y VIOLENCIAS

[A TODA LA MUESTRA]

P90-96. En líneas generales, ¿en qué medida te preocupa que te puedan afectar personalmente las siguientes situaciones? Utilizar una escala de 0 a 10, donde 0 es "ninguna preocupación" y 10 es "mucha preocupación"; 99. Ns/Nc. (ROTAR)

90. Sufrir los riesgos del consumo de drogas (adicción, sobredosis, problemas sociales...)	0-10
91. Recibir violencia física	0-10
92. Recibir acoso en el centro de estudios o trabajo	0-10
93. Recibir acoso en redes sociales	0-10
94. Tener un embarazo no deseado (tú o la persona con la que tengas relaciones)	0-10
95. Contagiarse de Infecciones de Transmisión Sexual (Virus de Papiloma Humano, clamidia, herpes, gonorrea, VIH, sífilis...)	0-10
96. Sufrir violencia sexual	0-10

P97-99. Durante el ÚLTIMO AÑO, ¿con qué frecuencia te ocurrieron las siguientes situaciones? (ROTAR)

	Nunca	Una vez	Alguna vez	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Ns/Nc
97. Te insultaron, amenazaron, etc. (en persona u online)	1	2	3	4	5	99
98. Te pegaron o agredieron físicamente	1	2	3	4	5	99
99. Te acosaron sexualmente (en persona u online)	1	2	3	4	5	99

100. ¿Cómo calificarías la conflictividad en tus relaciones familiares?

Nada conflictivas	1
Algo conflictivas	2
Bastante conflictivas	3
Muy conflictivas	4

P101-109. **A continuación, hay una serie de situaciones que pueden darse en diferentes contextos. Por favor, lee cada frase con atención y responde con sinceridad. ¿Con qué frecuencia realizas o has realizado cada una de las situaciones en los ÚLTIMOS 6 MESES?** CÓDIGOS: 1. *Nunca*; 2. *Pocas veces*; 3. *Alguna vez*; 4. *A menudo*; 5. *Con mucha frecuencia*; 99. *Ns/Nc. (ROTAR)*

101.	Tener relaciones sexuales de riesgo, sin protección o sin seguridad	1-5
102.	Participar en peleas	1-5
103.	Hacer apuestas, juegos de azar, casino o similares	1-5
104.	Comer mal (no comer, comer demasiado, muchas grasas o azúcares...)	1-5
105.	Dormir poco	1-5
106.	Emborracharse	1-5
107.	Fumar porros (cannabis, hachís...)	1-5
108.	Fumar tabaco	1-5
109.	Tomar drogas duras (cocaína, pastillas, éxtasis...)	1-5

P110-113. **Y, con respecto a la conducción, ¿con qué frecuencia has realizado cada una de las siguientes prácticas en los ÚLTIMOS 6 MESES?** CÓDIGOS: 1. *Nunca*; 2. *Pocas veces*; 3. *Alguna vez*; 4. *A menudo*; 5. *Con mucha frecuencia*; [en P109-111: 6. *No conduzco*]; 99. *Ns/Nc. (ROTAR)*

110.	Subir a un coche con alguien que conduce bajo los efectos del alcohol u otras drogas	0-5
111.	Conducir después de haber bebido alcohol	0-6
112.	Conducir habiendo consumido drogas diferentes al alcohol (cannabis, cocaína...)	0-6
113.	Conducir a mucha velocidad o de forma temeraria (sin respetar normas de tráfico)	0-6

Centro
Reina Sofía

fad
Juventud

FUNDACIÓN
MUTUAMADRILEÑA

