



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

Trabajo de Fin de Grado

La respuesta de los Servicios Sociales en la atención a la Salud Mental de la juventud: Análisis y Propuestas de mejora.

Grado en Trabajo Social

Presentado por:

Raquel Martín Escribano

Tutelado por:

José Javier Callejo González

Valladolid, 25 de junio de 2022

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS:	3
RESUMEN.....	4
PALABRAS CLAVE.....	4
ABSTRACT	4
KEY WORDS.....	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS.....	6
3. ANÁLISIS DE LA REALIDAD: ACERCAMIENTO A LA SALUD MENTAL EN LA JUVENTUD ..	7
3.1 Concepto e importancia del Bienestar	7
3.2. La relación entre la Salud y el Bienestar	7
3.3. Acercamiento al concepto de Salud Mental	7
3.3.2. LA SALUD MENTAL COMO OBJETO DE INTERVENCIÓN	15
3.3.3 FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR DE LOS JÓVENES.....	16
4. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.....	24
4.1. Conceptualización: la forma de entender las necesidades	24
4. 2. Bienestar y Servicios Sociales en la actualidad	26
4.2.1 INDICADORES DE LA CALIDAD DE VIDA.....	27
4.2.2 ESTADO DEL BIENESTAR.....	32
4.2.3. EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES	35
4.2.4. LA RESPUESTA A LA SALUD MENTAL EN EL CATÁLOGO DE SERVICIOS SOCIALES	37
5. PROPUESTAS DE MEJORA:	44
5.1. Programa de Intervención: Creación de espacios de coordinación interdisciplinar.	46
1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	46
2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA	46
3. DESTINATARIOS	47
4. CONTENIDO DEL PROYECTO	47
5. TEMPORALIZACIÓN	54
6. EVALUACIÓN	55
6. CONCLUSIONES	57
7. BIBLIOGRAFÍA.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS:

FIGURA 1: Síntesis de las concepciones de salud mental en el campo de la salud pública.	11
FIGURA 2: Salud mental en población adulta de ambos sexos y clase social. Población de 16 años y más.	13
FIGURA 3: tasa de suicidio por Comunidades Autónomas del año 2020 de jóvenes entre 15 y 29 años.	18
FIGURA 4: Respuestas estigmatizadoras a la pregunta: ¿Crees que una persona con Enfermedad Mental Grave puede trabajar?	20
FIGURA 5: Porcentajes de la muestra por tipo de discurso	21
FIGURA 6: Incidencia de problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta entre 25 y 65 años.....	22
FIGURA 7: Incidencia de problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta, en los periodos de entre los 15 a los 24 años	22
FIGURA 8: Pirámide de Maslow	25
FIGURA 9: Servicios de Apoyo a la Autonomía Personal	38
FIGURA 10: Servicios de Apoyo a la Atención Integral en Centro Residencial recogidos en el Catálogo de Servicios Sociales	39
FIGURA 11: Sección de Índice de Barthel.....	41
FIGURA 12: Encuesta sobre dimensiones de la vida de los jóvenes más influyentes en su salud mental y bienestar.....	52
FIGURA 13: Dimensiones de la vida de los jóvenes más influyentes en su salud mental ..	52
FIGURA 14: Cronograma.....	55

RESUMEN

La atención a la salud mental ha sido durante años meramente paliativa y solo tomada en cuenta cuando se presentaban grandes problemas, el cuidado previo y su protección han sido olvidados debido al desconocimiento y al estigma social que rodea este ámbito de la salud.

El siguiente trabajo presenta un abordamiento a la atención de la salud mental de la juventud por parte del Sistema de Servicios Sociales mediante un acercamiento al concepto de salud mental, su importancia en la construcción de sociedades igualitarias, inclusivas e integradoras y el conocimiento de los factores sociales que afectan a esta dimensión de la salud en los y las jóvenes con el objetivo de plantear una serie de propuestas de mejora y un proyecto de intervención profesional con el objetivo de prestar a los ciudadanos una atención integral orientada a la mejora de la calidad de vida y el bienestar social.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, juventud, bienestar, Servicios Sociales, calidad de vida.

ABSTRACT

For years, mental health care has been merely palliative and only taken into account when major problems arise; previous care and its own protection have been forgotten because of the lack of knowledge and social stigma surrounding this area of health.

The following document presents an approachment to mental health care of youth by the Social Services System through an análisis based on the concept of mental health, its importance in the construction of egalitarian, inclusive and integrative societies and knowledge of the social factors that affect this dimension of health in young people in order to raise a number of proposals for improvement and a professional intervention project with the objective of giving people a comprehensive care orientated at improving the quality of life and social wellbeing.

KEY WORDS

Mental health, youth, wellbeing, Social Services, quality of life.

1. INTRODUCCIÓN

La OMS (Organización Mundial de la Salud), define la salud como el completo estado de bienestar físico mental y social.

Esta definición nos informa de la multidimensionalidad de la salud y de que no es suficiente cuidar nuestro cuerpo y los problemas asociados a él.

La salud mental ha sido durante años olvidada y subestimada por la población general y solo tratada cuando presentaba problemáticas alarmantes, el cuidado previo y su protección han sido nubladas por el desconocimiento y el estigma.

Son estos dos factores los que impiden el correcto tratamiento y consideración de la importancia de la salud mental, específicamente en los jóvenes.

Los jóvenes se enfrentan a numerosos problemas y situaciones complicadas en su día a día en una realidad tan cambiante como es la actual.

La precariedad, la ausencia de oferta en el mercado laboral, la incertidumbre hacia el futuro derivada de continuos cambios sociales y políticos, cumplir con los estándares y cánones sociales considerados como normativos y aceptados, y un largo etcétera, son algunos problemas ante los que se encuentran los jóvenes actualmente.

Sumado a todo ello se encuentra la cuestión del cuidado y abordaje de la salud mental, considerado algo estigmatizante. El desconocimiento nombrado anteriormente y la subestimación de la importancia de la salud mental son los responsables de que los jóvenes no sepan dónde acudir, qué expectativas tener ni cómo poder acceder a los servicios destinados a la atención de salud mental.

La realidad es que esta atención por parte de los servicios públicos se encuentra centrada casi de forma exclusiva en el ámbito sanitario y en disciplinas como la psicología o la psiquiatría, dejando la intervención desde los servicios sociales en un plano confuso, y poco delimitado y con recursos insuficientes tanto a nivel humano como a nivel material.

Es por ello por lo que abordo en este TFG la cuestión de salud mental desde el punto de vista social y específicamente en los jóvenes y expongo finalmente una serie de propuestas de mejora e intervención.

2. OBJETIVOS

- Acercamiento profesional a la cuestión de la salud mental en los jóvenes.
 - o Conocer el concepto de salud mental y su importancia.
 - o Conocer la importancia de la salud mental en cuanto a calidad de vida y bienestar.
- Analizar críticamente la atención que en materia de salud mental se presta a los jóvenes desde los Servicios Sociales.
 - o Analizar los recursos destinados a la atención de la salud mental en el Catálogo de Servicios Sociales.
- Plantear, a partir de ese análisis, algunas de propuestas de mejora a la respuesta ante los problemas de salud mental.
 - o Plantear algunas propuestas de intervención o mejora un proyecto de intervención profesional orientado a la mejora en la atención
 - o Promover un proyecto de intervención centrado en el fomento y la interrelación y coordinación sociosanitaria.
- Acercar y visibilizar la problemática respecto a la atención social de los jóvenes al enfrentarse a problemas de salud mental.
 - o Analizar los factores sociales que influyen en la salud mental de los jóvenes.
 - o Fomentar la sensibilización de los problemas de salud mental en la juventud.

3. ANÁLISIS DE LA REALIDAD: ACERCAMIENTO A LA SALUD MENTAL EN LA JUVENTUD

3.1 Concepto e importancia del Bienestar

Tradicionalmente el bienestar ha sido estudiado y medido por corrientes filosóficas y teóricas.

Es el caso de dos tradiciones filosóficas concretas: la corriente eudaimónica, que se centra en el bienestar psicológico y la opción de desarrollar el potencial humano, y la corriente hedónica que se centra en el bienestar subjetivo y todo lo relacionado con ella (los sentimientos positivos, la satisfacción personal...)

Estos enfoques o teorías que tienen como objeto de estudio el bienestar cuentan con distintas perspectivas sobre cómo definir y medir el bienestar, pero no son completamente independientes pues ambas aportaciones ayudan a completar este concepto y no limitarlo a un punto de vista único. (Cobo, Pérez, Díaz, García, 2020).

Muchas de las teorías existentes a lo largo de los años concluyen que el bienestar es un concepto multidimensional con diversos factores que debemos tener en cuenta.

3.2. La relación entre la Salud y el Bienestar

La salud está estrechamente relacionada con el bienestar, la OMS (Organización Mundial de la Salud) define el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (REFERENCIA OMS).

Es esta relación y el carácter multifactorial de la salud y el bienestar lo que explica la importancia de la salud mental tanto en los individuos como en la sociedad en su conjunto.

3.3. Acercamiento al concepto de Salud Mental

Bertolote (2008) en su estudio sobre las raíces del concepto de salud mental afirma que la salud mental sigue siendo una gran desconocida por la población, resulta difícil explicar un concepto que no ha sido definido de forma oficial explícitamente y cuyo estigma parece

poner barreras en la normalización no solo de la enfermedad mental sino de la prevención y la atención a la salud mental.

La propia imprecisión en el término y su carácter polisémico ha dificultado que durante siglos se haya trabajado este ámbito de la salud. Los estudios que la investigan son recientes y no existen muchos antecedentes de investigación anteriores.

Es esta imprecisión en el concepto la que nos incita a buscar la perspectiva histórica entre la salud pública, la psiquiatría y otras disciplinas.

El hecho de que la salud mental sea una gran desconocida no es una suposición infundada, pues hasta 1946 no existían referencias técnicas sobre la salud mental.

Antes de esas fechas el concepto más cercano a la salud mental era lo que se entendía por “higiene mental”.

La diferencia conceptual y de definición que se instauró entre la higiene mental y la salud mental que se estableció en 1950 en la segunda sesión del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental fue la siguiente: *«La higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. La salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico».*

En los orígenes, el movimiento de la higiene mental se ocupaba principalmente de mejorar o paliar la atención a las personas con enfermedad mental. No se atendía a su contexto social ni a los aspectos sociales que pudieran influir positiva y negativamente en su estado.

El cambio desde el concepto de higiene mental y su forma de atención hasta el concepto de salud mental se empezó a producir cuando en 1937 el National Committee for Mental Hygiene planteó una serie de actuaciones para cumplir sus objetivos de atención a la enfermedad mental.

Dichas acciones son las siguientes:

- Procurar un diagnóstico precoz
- Desarrollar una adecuada hospitalización.
- Incentivar la investigación sobre la materia
- Fomentar y afianzar la sensibilización y comprensión de la psiquiatría
- Formar y capacitar a los ciudadanos y grupos en la aplicación individual de los principios derivados de la higiene mental
- Cooperar con instituciones gubernamentales relacionados o con algún tipo de competencia con la higiene mental.

En estas acciones puede observarse el cambio en la estrategia de intervención. Se pasa de una atención meramente paliativa a acciones que contienen la prevención y sensibilización.

Además de la creciente importancia por la prevención, empiezan a cambiar la concepción individual de la enfermedad mental y comienzan a incluirse factores externos a las personas así como importancia de la atención comunitaria.

El movimiento de la higiene mental por tanto, no se centraba meramente en el paciente individual sino en la globalidad de la comunidad, es decir, es una respuesta organizada y comunitaria ante una necesidad reconocida y comunitaria.

Es en este momento en el que los Psiquiatras, que se ocupaban de forma única a la atención a la enfermedad mental y representaban la forma de intervención a este colectivo, y los denominados higienistas mentales, que representaban la consciencia comunitaria y social de la atención, comprendieron que sus objetivos eran comunes y que cada grupo necesita la actuación del otro para cumplir con la tarea común.

En 1948 se organizó el Primer Congreso Internacional en materia de Salud Mental en Londres. En un inicio se planteó como una Conferencia Internacional sobre higiene mental y finalmente acabó en recomendaciones para la salud mental, en las que no aparece prácticamente el término *higiene* en su redacción.

Durante muchos años el concepto de salud e higiene ha sido difuso pues se ha representado y comprendido de forma distinta en los diferentes países. En el primer Informe del Director en la OMS, escrito en inglés, se alude a una sección de carácter administrativo denominada "Mental Health", cuya traducción es salud mental. Este mismo

informe traducido al francés, por el contrario, denomina a este apartado como “Hygiène Mentale”, que traducido desde el francés significa higiene mental.

Hasta mucho después, ya en la década de 1960 se utilizaba higiene mental y salud mental de forma indistinta en algunos documentos.

El cambio progresivo del concepto de la higiene a la salud mental influyó en otros contextos. En una de las recomendaciones se expresa la necesidad de establecer un comité de expertos en el que se integrasen expertos del ámbito de la salud y expertos en cuanto a relaciones sociales y humanas. Estos pasos significan el acercamiento a la concepción de la atención en salud mental como un elemento integrador, transversal y multidimensional.

Recordamos que en el preámbulo de la Constitución de la OMS se determina que la salud significa el completo bienestar físico, social y mental, no solo la ausencia de enfermedades.

Esta es una definición integradora en la que se superan las diferenciaciones entre lo mental y lo físico y se alude al bienestar como estado integral en el que intervienen de forma interrelacionada factores sociales, individuales, físicos, etc.

Desde la salud pública se ha propuesto una conceptualización que abarca estos elementos relacionados con la salud mental desde distintas perspectivas.

En la siguiente tabla se ejemplifica este cambio histórico de concepción de lo mental desde lo puramente biomédico hasta la necesidad de la atención sociosanitaria.

Para poder observar el cambio de definición y poder contrastar las diferencias en cuanto a conceptualización, se divide el concepto en tres elementos: mente, salud mental y enfermedad mental. No es casual esta clasificación y división, corresponde a lo que históricamente se ha relacionado con la salud mental, permitiendo ver de forma ordenada el cambio en las definiciones, que se traduce en un cambio en la atención: (Restrepo, Jaramillo, 2012)

Figura 1: Síntesis de las concepciones de salud mental en el campo de la salud pública.

	Concepción biomédica de la salud mental	Concepción conductual de la salud mental	Concepción cognitiva de la salud mental	Concepción socioeconómica de la salud mental
Mente	La noción de mente se define en términos de procesos biológicos.	Se deja de lado la noción de mente y se sustituye por "conducta".	La mente se entiende en términos de procesos cognitivos (no observables) que determinan la manera como las personas sienten, piensan y se comportan.	La mente se conceptualiza como un constructo dinámico emergente de las interacciones sociales y de las condiciones objetivas de existencia.
Salud mental	Ausencia de trastornos "mentales" según criterios del modelo biomédico. DSM IV TR. CIE-10.	Salud comportamental: adaptación como ajuste al contexto y al sistema productivo.	Capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas.	Se concibe en términos de derechos y desarrollo humano.
Enfermedad mental	Manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico.	Alteraciones o desajustes del hábito, es decir, respuestas "maladaptativas" "indeseables" o "inaceptables".	Formas distorsionadas o irracionales de pensamiento que llevan a desajustes en el comportamiento o afectaciones emocionales.	Expresión de las condiciones socioeconómicas del contexto y de las contradicciones sociales.

Fuente: Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.

Este repaso histórico sobre el término de salud mental termina en la definición actual de salud mental propuesta por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2016) en la que se determina que es "el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y en última instancia, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación."

3.3.1. FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL.

Como se ha indicado anteriormente, el Bienestar y la calidad de vida de los seres humanos es multidimensional y puede sufrir alteraciones por diversos factores sociales, psicológicos o biológicos.

Esta influencia se debe a que la persona es un ser social que se relaciona con su contexto de forma activa, es decir, el individuo no es ajeno a lo que pasa a su alrededor sino que experimenta una interrelación con él, influyendo en él de forma recíproca. (Palomino, Grande y Linares, 2014)

En este aparatado se alude de forma principal a los factores sociales que influyen en este bienestar y por tanto en la salud mental de los seres humanos.

La salud mental no es un aspecto meramente individual o personal debido a que su estado aporta al capital humano y social así como a las funciones sociales mediante la productividad y la construcción de relaciones asertivas, beneficiosas para el clima social.

Los factores sociales se encuadran en la estructura social y pueden encontrarse en distintos niveles como las instituciones, los procesos personales, las relaciones con los demás, la estructura familiar, etc. (Maitta, Cedeño, Escobar, 2018)

Esto se traduce a que los factores sociales se encuentran distribuidos en nuestro contexto socioeconómico, donde pueden constituirse como factores de protección o factores de riesgo. Algunos ejemplos de factores sociales que interfieren en la salud mental de la población son: la exclusión social, las inadecuadas condiciones laborales, el acceso igualitario al mercado laboral, la violencia psicológica, las situaciones de abuso y maltrato, el estrés y la ansiedad, etc.

Las variables socio estructurales y su relación con la salud se ha documentado en numerosos estudios incluyendo los elaborados por la disciplina de la Sociología como Durkheim (1897/1976).

La clase social a la que pertenecen los individuos y la integración social han de ser incluidas en los modelos que traten de explicar o cuantificar la enfermedad mental o malestar psíquico.

No puede olvidarse el lugar que ocupa la persona en la estructura social a la hora de conocer su nivel de salud mental.

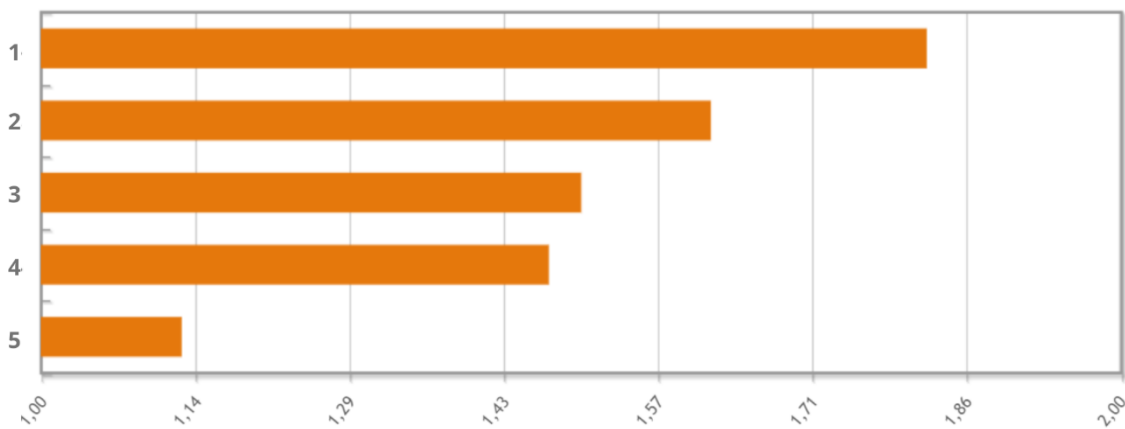
Las personas encuentran distintos factores sociales que afectan a su salud mental dependiendo de su origen social.

Los estudios revelan que es más fácil encontrar estrés, ansiedad, depresión y otros problemas de salud mental en las comunidades trabajadoras con unas deficientes condiciones laborales y falta de tiempo de conciliación familiar.

La importancia de estos factores sociales en la diferencia en la calidad de vida y de la salud mental entre clases sociales, comunidades trabajadoras y diferencias en la formación y cualificación laboral puede verse reflejada en los datos estadísticos que recogen el nivel de salud mental en diferentes grupos poblacionales en relación a su puesto de trabajo y formación profesional.

En la siguiente gráfica se encuentran los datos derivados de la relación entre las clases trabajadoras, directivos y otros profesionales y su nivel de salud mental mayores de 16 años en España. Los valores de la variable 'Salud mental en población adulta' oscilan entre 0 y 12 puntos, de mejor salud mental a peor salud mental.

Figura 2: Salud mental en población adulta de ambos sexos y clase social. Población de 16 años y más.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE
<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2006/p01/&file=01033.px>

Los colectivos a los que se refiere cada variable son los siguientes:

1. Trabajadores no cualificados
2. Trabajadores manuales semicualificados
3. Trabajadores manuales cualificados

4. Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales
5. Directivos AA.PP. y de empresas de 10 o más asalariados y profesiones asociadas a titulaciones superiores

Como podemos observar, es evidente la diferencia en el nivel de salud mental de las distintas clases sociales.

Las clases trabajadoras que deben enfrentarse a la precariedad, a inadecuadas condiciones laborales y al riesgo de exclusión social presentan un peor nivel de salud mental frente a los directivos de empresas y altos cargos que disfrutan de una mejor salud mental y mejores condiciones de vida en líneas generales.

Esta es una evidencia de lo influyentes que son los factores sociales en la salud mental a nivel comunitario y poblacional.

Esta misma consecuencia ocurre en la juventud, la precariedad a la que se enfrentan los jóvenes, la inseguridad ante aspectos económicos y sociales, la baja autoestima o problemas con el autoconcepto propios de la etapa evolutiva de la juventud, son factores que propician la aparición de problemas de salud mental posteriores.

Las situaciones de estrés no son aleatorias, tienen un trasfondo de relación con la estructura social y con la estratificación de los elementos sociales como el sexo, la edad, la procedencia, la clase social, la vulnerabilidad, discapacidad...

Estos elementos general desigualdades en cuanto a la participación social, lo que se traduce en problemas derivados en enfermedad mental, depresión, ansiedad, etc.

Uno de los factores determinantes en la salud mental de la población son los cambios sociales bruscos. Esto se debe a que los individuos deben hacer frente a nuevas situaciones desconocidas ante las que pueden no tener herramientas suficientes. (González y Mojica, 2015).

La provisión de estas herramientas y recursos corresponden a los servicios públicos que deben ser garantizadores de situaciones de protección y acompañamiento, de forma

integral y transversal, pues los cambios sociales afectan a todo el contexto ya sea político, educativo, social o económico.

Los Servicios Sociales son los encargados de la atención a estos factores sociales, tanto para dar respuesta y herramientas a las comunidades como para reivindicar su existencia, la responsabilidad social complementaria al ámbito médico o biologicista de la salud mental y la forma en la que nos afecta como ciudadanos a nivel de participación e igualdad social la existencia de estos factores sociales.

3.3.2. LA SALUD MENTAL COMO OBJETO DE INTERVENCIÓN

Durante años se ha estudiado la correlación de la salud mental con distintas realidades o aspectos que pueden influir en ella, factores biológicos, sociales, económicos...

Fruto de estos estudios e investigaciones se puede determinar que es muy difícil delimitar una relación directa entre los problemas de salud mental y una causa o conjunto concreto de causas. (González, Rego, 2006)

Podemos ejemplificarlo con el caso de la salud mental y la clase o posición social. En este caso no se trata de una relación lineal en la que un factor influye unidireccionalmente en otro, sino que existe entre ellos una relación interactiva recíproca, fenómeno al que se alude más adelante.

Los titulares y cabeceras de los informativos, especialmente desde el 2020, nos muestran la importancia que ha ido cobrando la salud mental en los últimos años.

Tanto es así que desde los servicios públicos se ha hecho un trabajo de análisis de su atención y su concepción con el objetivo de adaptar, mejorar y asegurar una cobertura real y eficaz a todos los sectores generacionales de la población.

Dentro de estos escalones generacionales ponemos el foco en la juventud como etapa del desarrollo personal.

3.3.3 FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR DE LOS JÓVENES

Los jóvenes son un grupo heterogéneo. Sus potencialidades, capacidades, cánones estéticos, sociales, oportunidades, objetivos, responsabilidades, proyectos de vida, etc. son distintos. (Margulis, Urresti, 1998)

Un intento de acotar este periodo delimita la juventud entre la madurez física y la madurez social, es el limbo entre la niñez y el ser adulto, las responsabilidades no están definidas de forma concreta, las expectativas puestas en la juventud por parte del tejido social suponen una carga con la que los jóvenes deben lidiar para hacer lo considerado “correcto y adecuado” para su edad.

La juventud constituye a día de hoy el 16% de la población mundial, es un porcentaje alto y determinante para el desarrollo de cada país a nivel social, cultural, productivo y político.

La juventud y los jóvenes son un elemento primordial, suponen el relevo en el mercado laboral, los agentes de transformación social futura, son quienes mantendrán o cambiarán los valores y principios éticos tradicionales, los herederos del cambio tecnológico, los responsables de construir una sociedad igualitaria, ecológica, sostenible...

Es fácil observar la gran responsabilidad que esto supone, desde las instituciones deben tenderse puentes de colaboración y ayuda pública, las demandas de los jóvenes deben ser escuchadas desde los organismos y servicios públicos, sus derechos y oportunidades deben garantizarse, cuidar a la juventud es proporcional a buscar un futuro y un presente mejor, a la construcción de esa sociedad igualitaria y sostenible de la que hablábamos anteriormente.

Los jóvenes se encuentran en un proceso de transición entre la infancia hasta la madurez y la edad adulta. Este proceso es complejo desde la integración social y el propio desarrollo psicosocial de los individuos.

Los cambios sociales son rápidos y la falta de herramientas para poder adaptarse a ellos o enfrentarse a sus consecuencias hace que los jóvenes se encuentren ante situaciones de estrés, desprotección y vulnerabilidad, factores que pueden desembocar en problemas de exclusión social.

La salud mental es decisiva en esta etapa de la vida y puede verse influida por numerosos factores.

No es nuevo que vivimos en una sociedad de cambio constante, necesidad de adaptación a las nuevas realidades, cambios tecnológicos, sociales, económicos, políticos, educativos, y un largo etcétera.

Los cambios en el contexto sociocultural en el que desarrollamos nuestro día a día afecta a todos los sectores de la población.

El colectivo de los y las jóvenes es especialmente vulnerable ante algunas realidades como la precariedad, la discriminación, los episodios bélicos, las consecuencias a todos los niveles derivadas de la pandemia...

Esto pasa factura a la calidad de su salud, y de forma directa también a la salud mental.

Es común escuchar la frase “los jóvenes son el futuro” y por esta razón, además de garantizar sus derechos y oportunidades, el Estado debe proteger y promocionar su salud para un bienestar físico, psíquico y social lo más adecuado y de calidad posible, utilizando como herramienta las políticas de distintos tipos que atiendan de forma correcta y suficiente a las distintas dimensiones de la salud.

Es importante tener presente que, como hemos enunciado anteriormente, el contexto sociocultural es determinante a la hora de analizar los problemas o los retos a los que se enfrenta la juventud. No son situaciones ni ítems universales, cada realidad es distinta.

Son muchos los estudios que han tenido como objeto de investigación los problemas a los que se enfrentan los jóvenes en nuestra sociedad.

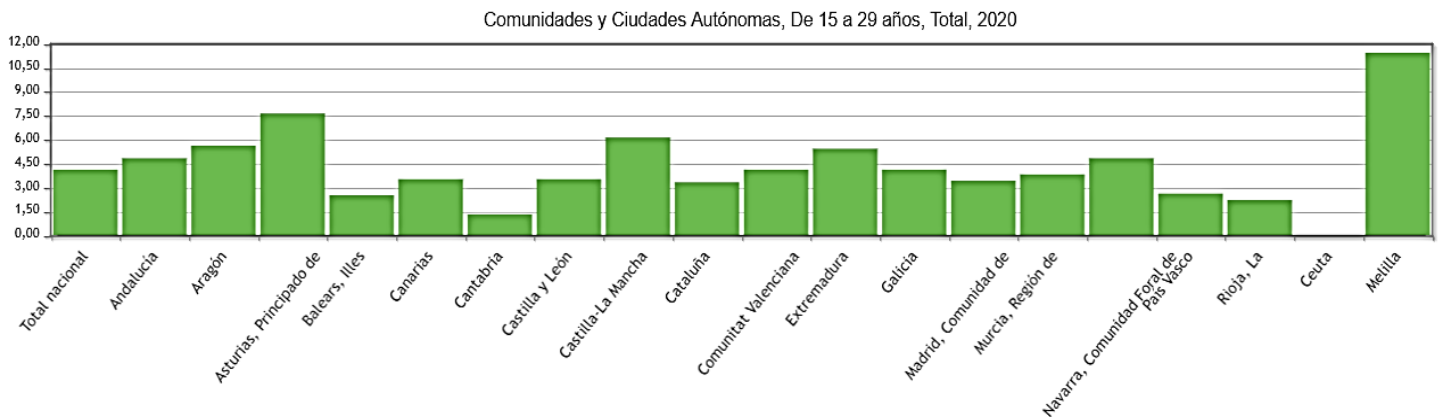
(1) De este modo podemos exponer que alguno de los factores de riesgo que pueden debilitar o afectar negativamente en la salud pueden ser:

- *El aumento de las tasas de suicidio*: el suicidio es un problema que afecta a los jóvenes de forma más incidente, llegando a convertirse en la primera causa de muerte entre jóvenes y adolescentes en España desde el año 2019.

Las estadísticas y los datos objetivos nos demuestran la magnitud de este suceso.

En la siguiente tabla podemos observar la tasa de suicidio por Comunidades Autónomas del pasado año 2020 de jóvenes entre 15 y 29 años expresada en tanto por 100.000.

Figura 3: tasa de suicidio por Comunidades Autónomas del año 2020 de jóvenes entre 15 y 29 años.



Fuente: INE

- *El aumento de ansiedad en los jóvenes:* el futuro incierto, los cambios sociopolíticos constantes, las situaciones de estrés y otros factores han aumentado durante años los niveles de ansiedad de la juventud.

- *Futuro impredecible e inseguro:* muy relacionado con el resto de factores de riesgo encontramos la preocupación por la calidad de vida futura.

El alto nivel de desempleo juvenil es una de las grandes preocupaciones de los jóvenes, que presienten una difícil entrada al mercado laboral y una posible precariedad en sus condiciones laborales derivada de la situación de crisis socioeconómica en la que se encuentra nuestro país.

- *Cambio en las instituciones y las redes sociales tradicionales:* la sociedad avanza en cuanto a ideología, principios, preocupaciones y luchas sociales... Fruto de este cambio en el orden social algunas instituciones que se consideraban como los mayores pilares de la sociedad y su cohesión, dejan de tener esa relevancia para algunos sectores de la población. Es el caso de la Iglesia, de la familia como institución...

Por otro lado, grupos formales y no formales como los sindicatos, las asociaciones, los colectivos de estudiantes... se introducen en el tejido social como agentes de transformación social.

- *Las experiencias vitales múltiples*: la juventud es una etapa de transición hacia la adultez y lo que esta etapa supone.

La sociedad exige a los jóvenes que se adapten a la vida adulta a un ritmo muy acelerado y con cada vez menos facilidades y opciones de acoplamiento (como hemos visto antes la difícil entrada al mercado laboral, las situaciones estresantes y causantes de ansiedad y estrés, etc.), se exige un ritmo conjunto y unísono.

Esto no es compatible con las experiencias de vida diversas que experimenta cada joven. No todos comparten las mismas vivencias, las mismas preocupaciones, y lo más importante, no todos cuentan con las mismas oportunidades y recursos para adaptarse a la vida adulta.

- *Estrategias de enfrentamiento*: la forma en la que encaramos los problemas o las dificultades puede constituirse como un factor de riesgo o como un factor protector.

Una mala gestión de la frustración puede generar un agravamiento del problema, una situación de estrés y ansiedad, y una posterior negación o deseo de evitar situaciones y circunstancias parecidas.

- *Aumento de las conductas de riesgo*: poner en práctica comportamientos de riesgo para su salud es un rasgo característico en los jóvenes, ya sea de forma consciente o no. Podemos usar como muestra el ejemplo de la conducción, los jóvenes son el grupo de edad que mayores conductas peligrosas llevan a cabo, siendo la mayoría de las causas de sus accidentes o infracciones.

- *Estigma social derivado de los problemas de salud mental*: algunos discursos alimentan la concepción de las personas con problemas de salud mental como agresivas, impredecibles, dependientes o incapaces de desarrollar funciones laborales y de responsabilidad debido a una imagen social que se ha construido en las sociedades durante años alimentada por el desconocimiento, las ideas erróneas en la cultura popular y la respuesta difusa de los servicios públicos.

En el año 2014 Carlos Vaquero, Miguel Ángel Escudero, Montserrat Cebollero, Elisabeth Ureña y Jesús Saiz llevaron a cabo un estudio cualitativo sobre el estigma social y la enfermedad mental en los jóvenes.

En la primera fase de esta experiencia se produjo la búsqueda de información mediante una serie de cuestionarios y preguntas que se realizaron a una muestra total de alumnos de último curso de la ESO y Bachillerato, es decir, alumnos entre 15 y 20 años.

Una de las preguntas que se plantearon en estos cuestionarios fue la opinión de los alumnos sobre si una persona con enfermedad mental era capaz de desempeñar una función en el mercado laboral. En las respuestas encontraron dos grandes grupos de pensamientos y discursos. Uno de ellos se puede identificar con un discurso estigmatizador, con resultados como los siguientes:

Figura 4: Respuestas estigmatizadoras a la pregunta: ¿Crees que una persona con Enfermedad Mental Grave puede trabajar?

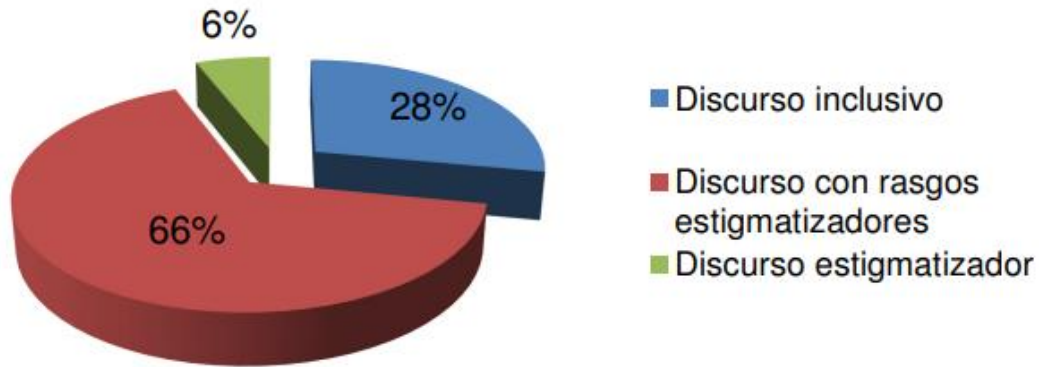
Ejemplos discursos estigmatizadores	No, porque podría resultar peligroso para sus compañeros
	Sí, porque tiene derecho a introducirse en el ámbito laboral, pero yo personalmente no le cogería en mi empresa por los problemas que podría causar, de cara a la imagen a los clientes porque al fin y al cabo vivimos de los clientes
	No, porque para cualquier trabajo es necesario tener una condición mental adecuada
	Yo creo que no, podría ser que pueda pero siempre con supervisión de alguien para que no haga daño a alguien o destroce cosas
	No, porque se le va la cabeza en cualquier momento y puede cometer errores en la empresa donde trabaje
	No, porque se alteraría y no podría continuar su trabajo, es decir, para mí esa persona sería inestable
	No, porque si tiene algún problema y le da un brote podría reñir a alguien o a él mismo

Fuente: Vaquero, C., Escudero, M. A., Cebollero, M., Ureña, E., & Saiz, J. (2014). Enfermedad mental y estigma en jóvenes. Un estudio cualitativo. Rehab. Psicosocial, 11, 1-8.

Otros tipos de discursos que se identificaron en las respuestas de los estudiantes fueron los discursos con rasgos estigmatizadores y por último los discursos inclusivos, en los que quedan atrás las características de peligrosidad o impredecibilidad que se muestran en los discursos estigmatizadores.

De la muestra total de los alumnos participantes en el estudio, desglosados en porcentajes se encontraron los siguientes discursos:

Figura 5: Porcentajes de la muestra por tipo de discurso



Fuente: Vaquero, C., Escudero, M. A., Cebollero, M., Ureña, E., & Saiz, J. (2014). Enfermedad mental y estigma en jóvenes. Un estudio cualitativo. Rehab. Psicosocial, 11, 1-8.

Estos datos evidencian la percepción y estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental alimentada por los medios de comunicación, instituciones y la propia sociedad y sus prejuicios.

Todos estos factores de riesgo pueden incidir de forma negativa en la salud mental como componente de la salud de los jóvenes.

Una muestra de la incidencia de los factores de riesgo en el bienestar y la salud mental de la juventud son los datos que se conocen en torno a enfermedades mentales como la ansiedad crónica y la depresión.

En el siguiente gráfico podemos observar la incidencia de problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta, en los periodos de entre los 15 a los 24 años y en la gráfica posterior en adultos de 25 años en adelante.

Figura 7: Incidencia de problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta, en los periodos de entre los 15 a los 24 años

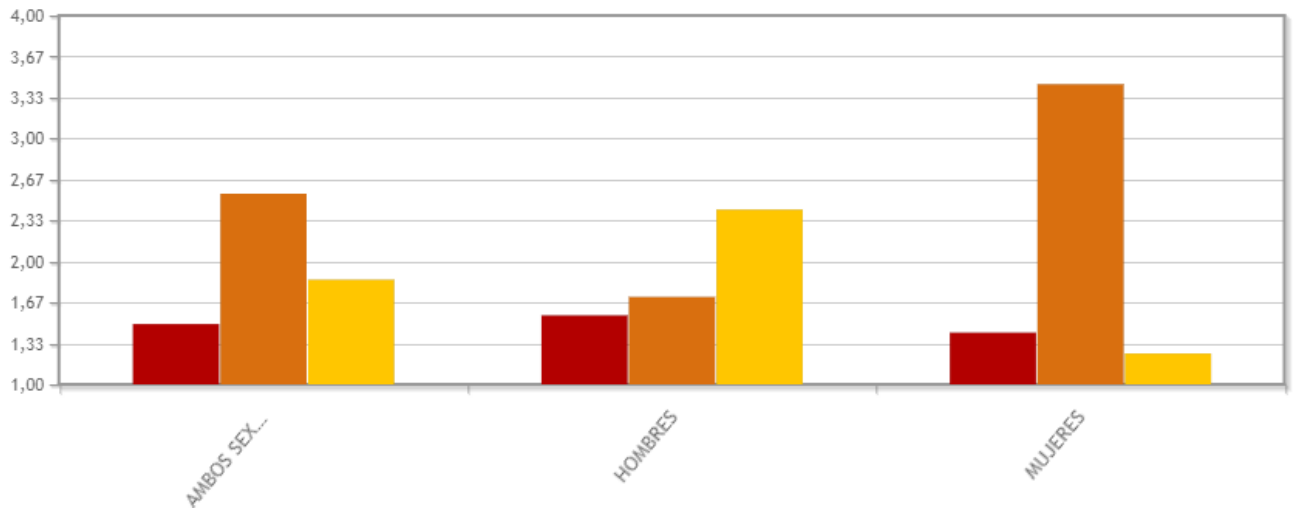
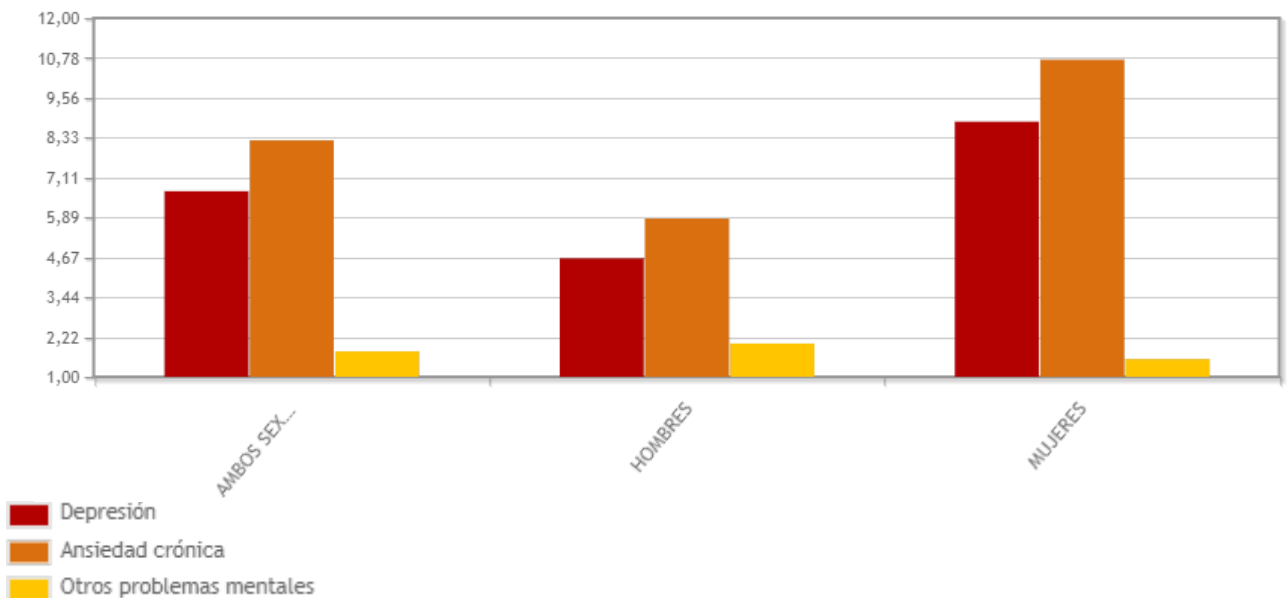


Figura 6: Incidencia de problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta entre 25 y 65 años



Fuente: MSCBS e INE (2022)

Como podemos observar, el sexo también es un factor social que afecta a la salud mental tanto en la juventud como en la edad adulta.

En ambos sexos la enfermedad mental más predominante es la ansiedad crónica.

Es interesante observar que en la población entre 15 y 24 años además de la ansiedad y la depresión existe una gran cantidad de diagnósticos de enfermedad mental distintos a estas dos afecciones, mientras que en la población adulta mayor de 25 años la ansiedad crónica y la depresión parecen ser las únicas enfermedades mentales que afectan de forma significativa a la salud mental de los ciudadanos.

La salud mental, como hemos visto, es un componente esencial del bienestar y la calidad de vida, así como del desarrollo personal, comunitario y social, por lo tanto sus efectos, tanto los positivos como los negativos, también repercuten en todos los estratos de la sociedad. (Restrepo, Jaramillo, 2012)

4. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

No existe una respuesta única ante la promoción de la salud mental y la prevención de problemas derivados de ella puesto que tampoco existe una conceptualización única o aceptada de forma universal. Lo que sí es común es la preocupación y la necesidad de atención desde los organismos y servicios públicos.

En España existen entidades tanto de índole pública como privada que intervienen con el colectivo de personas jóvenes con algún tipo de malestar psíquico o con alguna enfermedad mental.

Desde los Servicios Públicos de Salud también se ofrece atención e intervención a la juventud, pero debemos plantearnos si se interviene desde el ámbito de la salud más biológico, si los recursos destinados son suficientes a la par que eficaces, si los profesionales están preparados para dar atención ante esta realidad con escasas certezas, y sobre todo conocer la forma de intervención actual en nuestro país. De qué manera se actúa, saber si es compartida...

4.1. Conceptualización: la forma de entender las necesidades

La atención a las necesidades sociales ha ido cambiando y modernizándose a la vez que cambiaba la concepción teórica de lo que significa cubrir las necesidades básicas de la población.

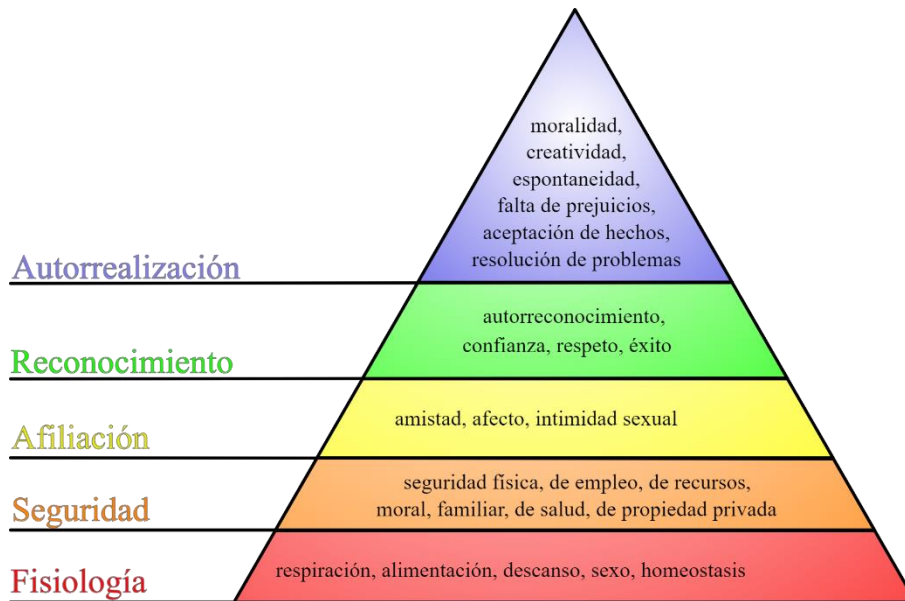
Los Servicios Sociales siempre han tenido como objetivo esa cobertura de las demandas en cuanto a necesidades de los ciudadanos. El factor clave que ha cambiado la forma de intervenir ha sido la definición de las necesidades.

Tradicionalmente la jerarquización de las necesidades, y por tanto, el establecimiento de las necesidades básicas, fisiológicas, sociales, etc., ha sido determinado por la Pirámide de Maslow, defendida en su teoría psicológica en relación a la motivación humana.

Esta teoría defiende que las personas se plantean nuevas necesidades cuando van cubriendo de forma satisfactoria las más básicas, llegando ~~como~~ a las necesidades de autorrealización como fin último.

Se jerarquizan de este modo las necesidades clasificadas en las siguientes categorías:

Figura 8: Pirámide de Maslow



Fuente: Teoría de Maslow (1943)

En este modelo teórico las necesidades básicas o fisiológicas se identifican con aquellas necesidades imprescindibles para garantizar unos niveles básicos de salud, es decir, la respiración, hidratación, una nutrición suficiente y adecuada, el descanso, etc.

Abraham Maslow consideraba las necesidades fisiológicas como básicas porque justificaba que eran las únicas que nacían con el individuo de forma natural y que el resto de las necesidades (de seguridad y protección, las sociales, las de reconocimiento, autorrealización...) iban surgiendo a medida que las personas iban desarrollándose y creciendo.

Esta teoría de la motivación humana implica la concepción de que las necesidades superiores en la pirámide no aparecen hasta que no están cubiertas las de los niveles inferiores.

No podemos olvidar el hecho de que esta jerarquización de las necesidades está realizada en 1943. La realidad sociocultural y política está en cambio continuo y la respuesta a las necesidades debe adaptarse a estos cambios, es necesario revisar las teorías tradicionales

buscando en ellas un conocimiento teórico básico, pero no podemos asumirlas como ciertas en su totalidad y basar toda nuestra actuación en ellas.

Como hemos indicado anteriormente, la Pirámide de Maslow ha sido una referencia para el diseño de la intervención de los Servicios Sociales, pero actualmente la satisfacción de necesidades significa un abanico mucho más amplio que la satisfacción del nivel fisiológico o básico.

Las sociedades actuales centran el foco en el bienestar integral, entendiéndolo como un conjunto de factores interrelacionados que se influyen de forma recíproca, por tanto las necesidades y demandas rompen el molde vertical propuesto en la pirámide, convirtiéndola en otra forma de organización con una perspectiva transversal. (Alarcón, Aragonès, Carrasco, et al., 2018)

Es importante tener en cuenta que los factores sociales son determinantes y no deben clasificarse como más o menos importantes que los personales, sino como una interacción que afecta a la calidad de vida y el bienestar de las personas individuales y las comunidades.

El punto en común que puede observarse entre las dos concepciones de la importancia de la satisfacción de las necesidades es la autorrealización como objetivo último, tanto desde la perspectiva personal como desde el punto de vista social.

4. 2. Bienestar y Servicios Sociales en la actualidad

El INE (Instituto Nacional de Estadística) manifiesta que para poder conocer el nivel de desarrollo de las sociedades, del bienestar y progreso de los ciudadanos de una población hay que acudir a los indicadores de progreso y desarrollo económico tradicionales como el PIB.

En las últimas décadas han existido iniciativas orientadas a medir el progreso económico y social, por ejemplo, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las Naciones Unidas.

Uno de los trabajos más relevantes y que más atención ha recibido es el Informe Stiglitz-Sen-Fitoussi, publicado en el mes de septiembre del año 2009, al que no referiremos como SSF.

Este estudio propone la perspectiva multidimensional para poder medir la calidad de vida y el desarrollo de las sociedades a la que se añaden una serie de recomendaciones para alcanzar la meta del bienestar y la calidad de vida.

Para esta medición se proponen una serie de indicadores que puedan orientarnos y concretar un poco este concepto tan amplio e intangible.

4.2.1 INDICADORES DE LA CALIDAD DE VIDA

Los indicadores de la calidad de vida se encuadran en uno de los apartados resultantes de las conclusiones de los grupos de trabajo que se crearon para dar forma al SSF, concretamente en el apartado de “Medición Multidimensional de la Calidad de Vida”

Estos indicadores se encuentran publicados el 20 de Octubre del año 2021 y son los siguientes:

- **Condiciones materiales de vida:** se define en tres subapartados relacionados con las condiciones materiales, económicas y la seguridad económica.
- **Trabajo:** se considera como indicador de la calidad de vida el trabajo remunerado que ocupa una gran parte del tiempo diario, mensual y anual de los trabajadores, además de influir directamente en la calidad de vida.

La población estudiada en este indicador es aquella que tiene trabajo y también aquella que quiere tenerlo. El trabajo significa una posibilidad de relación e interacción social y una oportunidad de, mediante la remuneración, adquirir buenas condiciones materiales.

El trabajo puede suponer además una fuente de aprendizaje y formación para la persona, aspecto que fomenta el desarrollo personal, relacionado directamente con la autorrealización.

Este indicador incluye dos aspectos: la cantidad y la calidad del trabajo.

La cantidad nos informa mediante indicadores tradicionales del nivel de paro, de población activa, etc.

Por otra parte, la medida de la calidad busca contraponerse a estos indicadores tradicionales y numéricos.

Es importante tener en cuenta la dificultad que supone medir la percepción de los trabajadores sobre la seguridad, satisfacción, flexibilidad...

Lo innovador y pertinente de este método es que se empieza a tener en cuenta y a poner en valor la situación psicológica del trabajador en relación con la inseguridad ante los salarios, los horarios que hacen imposible la conciliación familiar y laboral y los factores de riesgo para la salud mental de las personas en el ámbito del trabajo.

- **Salud:** la salud es uno de los indicadores más importantes en la medición de la calidad de vida pues se considera uno de los aspectos más valorados en la vida de las personas.

Con el objetivo de concretar los resultados obtenidos de ese indicador se proponen una serie de subapartados:

- o Resultados: se encuentran incluidos aquellos factores que miden la salud de forma objetiva, un ejemplo es la esperanza de vida.
Pueden incluir también algunos aspectos subjetivos de los trabajadores como su propio estado de salud y los impedimentos que puede suponer en su actividad laboral.
- o Acceso a los cuidados sanitarios: se recoge información relacionada con el número de personas que no han accedido a la atención o cuidados sanitarios necesítándolo así como información relacionada con el motivo de no haber recibido este tipo de cuidados en caso de necesidad.
- o Hábitos de vida determinantes para la salud: la vida sedentaria, los hábitos de consumo de sustancias nocivas o adictivas, la atención a la propia salud mental y los hábitos relacionados con ella influyen de forma directamente proporcional en la calidad de vida percibida.

- **Educación:** mediante la educación, las personas pueden obtener mayores beneficios al estar formados y tener conocimientos a medida que van alcanzando distintos niveles de educación.

La educación permite a las personas desarrollar la capacidad de elegir. Si se conocen las opciones a las que un individuo puede acceder, y además se conocen las implicaciones o consecuencias de esa elección, la persona podrá decidir de forma autónoma, garantizándose así distintos niveles de libertad.

Dentro de la educación coexisten distintos aspectos. Uno de ellos es el desarrollo de habilidades y competencias.

La población joven, grupo demográfico en el que ponemos la atención, son destinatarios de una serie de políticas en materia de educación orientadas a su formación no solo en las etapas formativas obligatorias debido a lo que supone para su desarrollo social, psicológico e incluso físico.

Es importante recordar la importancia que tiene la etapa de la juventud en el desarrollo personal y la transición a la vida adulta.

Los niveles altos de educación y formación suelen estar relacionados con un buen nivel de renta y empleo, además de altos niveles de salud y podemos concluir que todo esto se traduce en una calidad de vida satisfactoria.

Es una etapa del crecimiento determinante para la calidad de vida, nivel de salud mental y socialización, por ello la formación continua y completa es un aspecto importante que puede ser beneficioso y considerarse como un factor protector para la autorrealización.

Otro factor relacionado con el anterior y con el nivel de educación como indicador de calidad de vida es la formación continua.

Ya sea por motivos profesionales, personales o inquietud, la formación contribuye a la capacitación de los individuos y las sociedades.

- **Relaciones sociales y ocupación del tiempo de ocio:** el tiempo de ocio se define como el tiempo que tienen a su alcance los individuos una vez han acabado su actividad obligatoria, ya sea educativa, laboral...

Este periodo de tiempo es el que las personas usan para socializar, realizar actividades motivadoras y deseadas.

Es uno de los indicadores que influye de forma más directa en la sensación de felicidad, satisfacción y bienestar subjetivo de las personas.

Se enmarcan en este aspecto todas las actividades relacionadas con la asistencia a eventos de interés cultural, deportivos, musicales, etc.

Este tiempo debe ser suficiente para cubrir las necesidades e intereses de las personas por mantener relaciones sociales y hacerlo de una forma satisfactoria, debe ser suficiente también para la conciliación social, familiar y laboral y el fortalecimiento de las redes de apoyo informales como la familia, los amigos, etc.

El ritmo de vida acelerado basado en la necesidad constante de producción en el que vivimos actualmente reduce este tiempo de ocio considerándolo tiempo perdido a lo largo del día, pero es crucial para mantener unos niveles de calidad de vida adecuados y satisfactorios.

- **Seguridad:** hace referencia a la seguridad personal y física de los individuos. Los delitos hacia la integridad física o personal de las personas son parte del contexto en el que se desarrollan y pueden significar factores de protección o por el contrario ser considerados factores de riesgo.

Como se ha indicado anteriormente, el contexto sociocultural influye de forma directa en todas las dimensiones de su salud y especialmente en su salud mental.

La seguridad es igual de importante que sentirse seguro. Si una persona se siente segura en su lugar de residencia, de trabajo o de ocio, se desarrollará de forma más positiva que si se siente en constante amenaza.

La inseguridad en cuanto al contexto en el que vive una persona deriva en problemas de salud mental como puede ser la ansiedad, muy común en la juventud.

- **Servicios Públicos:** las políticas y la legislación social afectan a todos los ciudadanos de una población.

Regulan su acceso a los servicios públicos como la educación, la sanidad, el transporte y los servicios sociales.

La acción de los Servicios Públicos debe orientarse en primer lugar hacia la igualdad en cuanto al acceso, a la atención y a la individualización.

También debe buscar como objetivo último la construcción de una sociedad igualitaria en la que los individuos puedan participar activamente en la comunidad.

- **Entorno:** Incluye en medio ambiente y el entorno en el que desarrolla su vida una persona orientado a las zonas verdes, los aspectos relacionados con los ruidos y la posible contaminación como componentes fundamentales del desarrollo de la persona en comunidad.

La existencia de zonas de recreo verdes permite la socialización y actividades sociales en un entorno saludable.

María Dolores Galán Téllez (2018) plantea la necesidad de estudiar los factores ambientales y la forma en la que afectan a nuestra salud mental. Algunas de las conclusiones de su estudio indican que tanto las catástrofes naturales, el uso de elementos químicos perjudiciales para la salud y la excesiva urbanización pueden ocasionar situaciones de estrés que pongan en riesgo la salud mental. Además de agravar problemas de salud física que pudieran presentar los ciudadanos.

- **Bienestar subjetivo:** todos los indicadores mencionados son útiles para evaluar la experiencia de la vida en general de las personas.

Este indicador contiene tres aspectos que ayudan a su medición

- o La satisfacción con la vida: La satisfacción es un elemento altamente subjetivo ya que depende de las expectativas, metas y aspiraciones de la persona. Es la manera en la que el individuo percibe que sus objetivos se cumplen debido a su esfuerzo e implicación
- o Las emociones y los sentimientos: las emociones y el estado de ánimo determinan nuestro nivel de bienestar, tanto de forma positiva como de forma negativa.
- o El propósito de la vida: la meta u objetivos que la persona se plantea para su vida. Puede variar de una etapa del desarrollo a otra ya que las capacidades e intereses de cada persona también cambian.

Estos aspectos que engloban todos los indicadores de la medición de la Calidad de Vida están íntimamente relacionados con la atención desde el Trabajo Social y la atención social desde los Servicios Sociales a la salud mental de la juventud.

La autorrealización se identifica con el sentido de la vida y la satisfacción general, este es el objetivo de los proyectos de vida, buscar los objetivos vitales de las personas en el momento en el que se realizan y acompañar a la propia persona en la forma de conseguirlo.

La salud mental sigue sin considerarse un indicador que de una idea sobre el bienestar de las personas, se engloba en la salud pero no se le dedica un estudio particular ni una medición propia.

La búsqueda del Bienestar como objetivo social y compartido y las actuaciones para su consecución se recogen en el concepto del Estado del Bienestar.

4.2.2 ESTADO DEL BIENESTAR

Vicent Navarro (2004) lo define como las actuaciones de los poderes públicos y el Estado a todos los niveles, ya sea autonómico, central o local dirigidas a la calidad de vida, autorrealización y logro del bienestar. Se incluyen todas las actuaciones que tengan estas metas, tanto en el ámbito económico, el social, el laboral, etc.

El bienestar es un concepto multidimensional, es por ello que la salud mental afecta de forma directa a este aspecto, siendo un componente protector cuando se cuenta con una salud mental óptima, o como un factor de riesgo cuando existen factores personales, familiares o sociales que influyen en ella de forma negativa.

Dentro de las actuaciones del Estado en las múltiples dimensiones de la calidad de vida, podemos destacar como acciones más directas las siguientes:

- *Los servicios públicos:* incluidos la educación, sanidad, escuelas infantiles y de servicios de apoyo a la familia, atención a la dependencia, discapacidad, tercera edad, etc.
- *Las transferencias sociales:* hacen referencia al traspaso de fondos públicos entre grupos sociales. Los fondos públicos de los trabajadores que cotizan en el sistema

de Seguridad Social de nuestro país se distribuyen en la provisión de prestaciones y servicios como pueden ser las pensiones de viudedad, de orfandad.

De la misma forma, el Estado también destina parte de sus fondos públicos a la destinación de prestaciones y pensiones no contributivas para garantizar unos mínimos de subsistencia en cuanto a medios económicos a la población ciudadana.

- *Intervenciones normativas*, significan la protección del trabajador por parte del Estado mediante una serie de intervenciones tales como el establecimiento de normas en lugar de ofrecer servicios.

Las actuaciones a nivel normativo del Estado en la protección de las personas trabajadoras pueden estar relacionadas con los siguientes aspectos:

- o Salud e higiene laboral
 - o Protección del consumidor
 - o Salud ambiental
- *Las intervenciones públicas* centradas en la calidad laboral y la creación de puestos de trabajo dignos. Se trata de mantener una colaboración y coordinación con el sector privado, para que éste disponga de puestos de trabajo óptimos y de calidad y cuando sean insuficientes, se incentive la creación de estos en el sector público.

Navarro (2003) indica que una forma de medir el desarrollo del Estado del Bienestar es el total de fondos públicos que destinan los poderes públicos a la provisión de servicios sociales y otros mecanismos de atención social, medida como porcentaje del PIB (Producto Interior Bruto).

Las sociedades cuentan con una serie de recursos sociales que Heras y Cortajarena (1978) definen como “los medios humanos, materiales, técnicos, financieros, institucionales, etc., de que se dota a sí misma una sociedad, para dar respuesta a las necesidades de sus individuos, grupos y comunidades”

Se denominan sociales porque cumplen una finalidad común y suponen un compromiso con la sociedad y su calidad de vida que debe ser compartida para que sea verdadera y efectiva.

Este cambio en la concepción de las necesidades, su jerarquización, división y clasificación, es el responsable de que en la actualidad los sistemas de prestación de servicios, como el Sistema de Servicios Sociales, se centren en la búsqueda del bienestar como meta de su actuación mediante la prestación de servicios técnicos, profesionales, humanos, materiales y prestaciones económicas.

La sociedad utiliza estos recursos sociales para garantizar los objetivos expuestos anteriormente, pero su regulación debe ser controlada por los poderes públicos para hacer efectiva la actuación y utilización de estos.

La forma que tienen las administraciones públicas de proveer estas herramientas y servicios en España es la creación del Sistema de Servicios Sociales.

La Ley 16/2010, de 20 de Diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León define este sistema como el conjunto de prestaciones y servicios que se proveen con la finalidad de lograr la autorrealización de los ciudadanos, la búsqueda del bienestar y la calidad de vida común. Debido a esta finalidad y a su carácter público resultado de ser competencia de las Comunidades Autónomas, se considera un elemento fundamental del Estado del Bienestar.

Las actuaciones relacionadas con este sistema y los recursos derivados de él deben ser suficientes para cubrir las necesidades básicas de la población.

Debido a los numerosos cambios y transformaciones sociales de las últimas décadas, a la nueva concepción de la atención a las necesidades y a la construcción del Estado del Bienestar como meta, a este sistema se le exige que garantice la cobertura de las necesidades básicas de toda la población asegurando su calidad y accesibilidad.

Las consecuencias del estado de salud mental de cada individuo afectan de forma directa a su bienestar y a su calidad de vida. No solo a nivel individual son importantes los cuidados en este aspecto de la salud, también afecta de forma comunitaria a las poblaciones y sus ciudadanos.

Asimismo, conociendo la multidimensionalidad del bienestar y de la salud, es fácil comprender que la salud mental se ve influida por factores sociales además de biológicos o meramente sanitarios. La promoción de un buen nivel de salud mental corresponde tanto

a los servicios sanitarios como a los sociales, las políticas y normativas al respecto, la distribución de los recursos económicos, el acceso al mercado de trabajo y las condiciones laborales...

Por este motivo, parece evidente que el Sistema de Servicios Sociales como proveedor de servicios orientados a la calidad de vida y al desarrollo personal, ponga en práctica esta prevención de los problemas de salud mental y la protección a la misma.

La concepción de la atención desde los sistemas de protección social no excluye la responsabilidad de los Sistemas de Salud Pública que también realizan una intervención con el colectivo de salud mental.

La actuación no debe ser independiente sino que debe ser coordinada y coherente con la búsqueda de autorrealización, bienestar y calidad de vida como objetivos últimos.

4.2.3. EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES

Durante décadas el concepto de salud mental y sus implicaciones se han reducido a un modelo o enfoque biologicista pertinente con el momento sociocultural existente. Se consideraba una concepción biomédica en base a dos características principalmente:

- *Reducción de todo lo relacionado con lo mental a procesos simplemente biológicos.*
Esta afirmación implica que, en consecuencia, la propia personalidad, la forma de comportarnos, los intereses, los sentimientos, las emociones y los ideales son consecuencia de causas físicas, dejando de lado la dimensión social y sus implicaciones en la salud mental.

- *Determinación de que la normalidad es llanamente la falta de enfermedad.*
Un nivel adecuado y satisfactorio de salud mental no significa únicamente no tener una enfermedad mental o malestar psíquico que se identifica como los problemas o desórdenes en una serie de procesos relacionados con el cerebro responsables del funcionamiento mental y psicológico.

El debate que ha existido durante años en torno a la salud mental, sus características, factores que influyen en ella y la perspectiva biologicista y médica son las razones que han logrado que la salud mental haya ocupado un puesto relevante en la vida de las personas, en la atención desde los servicios públicos y desde la Agenda Política. (Restrepo, Jaramillo, 2012)

Es tan pertinente la preocupación general sobre el estado de salud mental de los individuos, que el Sistema Nacional de Salud plantea una estrategia impulsada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y aprobada el 11 de Diciembre del año 2006.

En esta Estrategia se encuentran aspectos relacionados con iniciativas dirigidas a la promoción de la salud y la eliminación del estigma hacia las personas con problemas de salud mental, la coordinación institucional, la formación del personal sanitario específico en salud mental, la investigación, etc.

Este documento es una aproximación general a la atención desde los servicios de salud a la salud mental, pero no se nombra ni se especifica ninguna acción, actuación o clasificación sobre la juventud como grupo generacional.

Los Centros de Salud, dependiendo de los ratios y la distribución territorial, cuentan con un Equipo de Salud Mental. Algunos de estos equipos dedican su intervención a la juventud y a la infancia.

Concretamos en el Equipo Infanto-juvenil del Área Este de Salud en Valladolid. Este equipo es de carácter multidisciplinar y lo componen cuatro profesionales de la psiquiatría, una trabajadora social, dos enfermero y un psicólogo clínico.

Este equipo atiende a los problemas de salud mental de personas menores de 18 años, lo que en números se traduce en casi 40.000 personas.

El Norte de Castilla en el año 2019 analizó la actividad de estos profesionales sumando un total de 987 pacientes nuevos, 3.423 consultas y aproximadamente 1.855 intervenciones y estudios.

Estas cifras reflejan la alta cantidad de trabajo a la que se enfrentan estos equipos dirigidos al colectivo de salud mental. Es necesario un refuerzo tanto en el Área Social como en el

Área Sanitaria para poder cubrir las necesidades de la población y cumplir el objetivo del Bienestar común.

4.2.4. LA RESPUESTA A LA SALUD MENTAL EN EL CATÁLOGO DE SERVICIOS SOCIALES

Todos estos recursos, actuaciones, prestaciones y opciones del sistema de Servicios Sociales se recogen, se ordenan y se explican en el Catálogo de Servicios Sociales.

Este Catálogo es el lugar en el que se definen, de recogen y se identifican los recursos mencionados anteriormente. Se encuentra al alcance de la población general, así como los requisitos y las condiciones necesarias para el acceso o reconocimiento.

La competencia en Servicios Sociales la poseen las Comunidades Autónomas, como resultado de este reparto competencial, el Catálogo y la atención pueden sufrir modificaciones a nivel conceptual y normativo entre los distintos territorios.

En este apartado se alude a la Comunidad de Castilla y León y su regulación normativa y conceptual.

Hemos determinado anteriormente que las situaciones de vulnerabilidad, riesgo de exclusión social y falta o impedimento en cuanto a la participación social activa e igualitaria, son situaciones que requieren la intervención de los Servicios Sociales al tratarse de factores sociales que afectan a la calidad de vida de las personas que sufren este malestar psíquico.

Por tanto, la respuesta desde el Sistema de Servicios Sociales se debe encontrar en este Catálogo.

La estructura del Catálogo de Servicios Sociales divide las prestaciones de servicios en ocho grandes grupos:

1. Acceso: Información, Valoración y Seguimiento
2. Prevención
3. Apoyo a la Familia
4. Apoyo a la Autonomía Personal
5. Atención Social en Contexto Comunitario
6. Atención Integral en Centro Residencial
7. Protección Jurídica y Tutela
8. Apoyo para Necesidades Básicas

Estos grupos a su vez se dividen en una serie de prestaciones englobadas en ellos, que contienen de igual manera las modalidades de esa prestación expresadas de forma más operativa y específica.

Analizando los recursos del Catálogo, se observa que solo existen dos servicios orientados a la atención al colectivo de salud mental de un total de 128 recursos.

Estos servicios se encuentran situados en los grupos de Atención integral en Centro Residencial y Apoyo a la Autonomía Personal:

Figura 9: Servicios de Apoyo a la Autonomía Personal

APOYO A LA AUTONOMÍA PERSONAL	Promoción de la autonomía personal	Servicio de apoyo para la activación del proyecto de vida
		Servicio de habilitación y terapia ocupacional
		Servicio de habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual
		Servicio de estimulación cognitiva
		Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional
	Atención temprana	Atención temprana
	Teleasistencia	Teleasistencia
	Ayuda a domicilio	Ayuda a domicilio
	Apoyo para la accesibilidad y la comunicación	Prestación económica para productos de apoyo y la eliminación de barreras en el domicilio para la accesibilidad
		Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte
	Apoyo en la comunicación para mejorar la accesibilidad	Servicio de traducción e interpretación para mujeres víctimas de violencia de género que no conozcan la lengua oficial
		Servicio de intérprete de lengua de signos para el acceso al Sistema Público de Servicios Sociales
	Prestación económica para la asistencia personal a personas en situación de dependencia	Prestación económica para la asistencia personal a personas en situación de dependencia
Prestación económica para los cuidados en el entorno familiar de personas en situación de dependencia	Prestación económica para los cuidados en el entorno familiar de personas en situación de dependencia	

Fuente: Catálogo de Servicios Sociales (2019)

Figura 10: Servicios de Apoyo a la Atención Integral en Centro Residencial recogidos en el Catálogo de Servicios Sociales

ATENCIÓN INTEGRAL EN CENTRO RESIDENCIAL	Atención en centros residenciales	Servicio de atención residencial para menores desprotegidos
		Servicio de atención residencial para la transición de menores de edad a la vida adulta
		Servicio de atención residencial para menores infractores
		Servicio de atención en centros de emergencia, casas de acogida y viviendas para víctimas de violencia de género
		Servicio de atención integral a mujeres víctimas de violencia de género con discapacidad por enfermedad mental grave
		Servicio de atención integral a mujeres drogodependientes en situación de violencia de género
		Servicio de atención especializada a mujeres y niñas víctimas de trata con fines de explotación sexual
		Servicio de atención residencial o en vivienda para personas con discapacidad
		Servicio de atención residencial con cuidados sociales y sanitarios para personas en situación de convalecencia
		Servicio de alojamiento para personas sin hogar
		Servicio de asistencia residencial en comunidades terapéuticas para personas con drogodependencia
		Servicio de asistencia residencial para personas con problemas de alcoholismo
		Servicio de atención residencial para personas mayores en situación de dependencia

Fuente: Catálogo de Servicios Sociales (2019)

1. SERVICIO DE HABILITACIÓN PSICOSOCIAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

En primer lugar encontramos el Servicio de Habilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual.

Se define como la puesta en práctica de una serie de acciones enfocadas en la prestación de apoyos permanentes o transitorios, dependiendo de la situación, que tienen como objetivo la mejora de las probabilidades de la persona beneficiaria de poder estar en el entorno social y familiar en buenas condiciones de normalización e independencia.

Algunas de estas actuaciones son el desarrollo de habilidades personales y sociales, la creación y fortalecimiento de redes de apoyo, estrategias y acciones socioeducativas y apoyo a la hora de entrar al mercado laboral.

Los requisitos asociados a la prestación de este servicio incluyen:

- Reconocimiento de la situación de dependencia o discapacidad
- Un Programa Individual de Atención que incluya este servicio
- Residir y estar empadronado en algún municipio de Castilla y León.

2. SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Englobado dentro de la atención integral en centro residencial, se enfoca en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género con discapacidad a causa de una enfermedad mental grave y a las personas dependientes, hijos e hijas que pueda tener a su cargo.

Se desarrolla mediante la atención desde un punto de vista integral teniendo en cuenta su situación de vulnerabilidad a través de un recurso residencial que ofrece la atención necesaria para cubrir sus necesidades y lograr un nivel de independencia y autonomía adecuado.

Se considera una prestación esencial, es decir, es considerada como un derecho subjetivo.

Una vez conocidos los servicios destinados a la atención del colectivo de salud mental por parte del Sistema de Servicios Sociales como representante de la atención desde el punto de vista social, podemos determinar que no son suficientes ni efectivos para atender las necesidades de los jóvenes con problemas de salud mental.

Para acceder a los dos recursos disponibles, la persona interesada debe tener reconocida la situación de dependencia o discapacidad. Esto conlleva un proceso previo, una solicitud y unos trámites burocráticos que no son accesibles ni conocidos por todos los ciudadanos.

Para ser reconocido como persona en situación de dependencia o discapacidad es necesario superar una valoración realizada por un profesional que valora la autonomía personal para realizar una serie de actividades básicas de la vida diaria.

El reconocimiento de la situación de dependencia se rige por lo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

En el caso del reconocimiento de la situación de dependencia se utiliza el índice de Barthel que mide la realización de tareas como cocinar de forma autónoma, vestirse, la capacidad de caminar una serie de metros sin necesidad de apoyo...

Con una visión general y objetiva, este es un sistema justo que permite valorar la situación en la que se encuentra la persona en relación a su nivel de autonomía.

El problema existe cuando se trata de llevar a cabo esta valoración en el colectivo de personas con problemas de salud mental.

En primer lugar, existen situaciones o casos concretos en los que la persona no tiene consciencia o no quiere aceptar que padece una enfermedad mental y no cree que sea una persona dependiente que no puede realizar las actividades básicas de la vida diaria sin apoyo de terceras personas.

En segundo lugar, el baremo está orientado principalmente a las personas que se encuentran en situación de dependencia física evidente, y por tanto las preguntas y los ítems que forman el baremo están orientadas a esas situaciones.

Un ejemplo es el ítem de la alimentación. El índice de Barthel aborda el momento de la alimentación de la siguiente forma:

Figura 11: Sección de Índice de Barthel.

Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0

Fuente: índice de Barthel.

En este apartado se mide la capacidad física de alimentarse. Una persona con problemas de salud mental puede ser completamente capaz y autónomo a la hora de cocinar y preparar su comida, pero si su enfermedad mental hace que cada día se alimente con la misma comida de forma repetitiva y obsesiva, no podemos determinar que sea totalmente independiente o autónomo a la hora de alimentarse, y en este momento sí es necesario un apoyo de una tercera persona.

Esta es la primera dificultad ante la que se encuentra una persona con problemas de salud mental a la hora de acceder a los recursos englobados en el Catálogo de Servicios Sociales.

Esta desventaja se ve más incrementada en los jóvenes, que de forma general suelen tener mejores aptitudes físicas y pueden desenvolverse en su entorno con mayor dificultad, lo que conlleva que la valoración no sea fiel a la realidad de la persona.

La sociedad avanza y busca ser más igualitaria y ofrecer a sus ciudadanos unos servicios individualizados y efectivos, por lo tanto la forma de acceder a ellos debe contemplar todos los escenarios posibles en los que se pueden encontrar las personas que solicitan una valoración de dependencia.

Otra dificultad ante la que se encuentran los jóvenes a la hora de buscar la intervención de los Servicios Sociales reside en que no existe, de forma regulada dentro del Catálogo de Servicios Sociales, un recurso destinado a la información, valoración, diagnóstico y asesoramiento específico para los jóvenes con problemas de salud mental como sí existe en otros colectivos como las víctimas de violencia de género o las personas con discapacidad.

Además, es evidente que los recursos dedicados al colectivo de Salud Mental no son suficientes para atender las necesidades de este colectivo.

Los jóvenes pertenecientes a él no pueden superar su vulnerabilidad social ni riesgo de exclusión y falta de participación social mediante estos recursos que son muy restrictivos en cuanto a los beneficiarios.

Esta situación tiene como consecuencia que los jóvenes que no se encuentran dentro de las características tan específicas y restrictivas que regulan los recursos no lleguen al sistema de protección social y se agrave su situación. No solo para las personas como individuos sino de forma social, pues se contribuye a que siga presente el estigma social que rodea a la ayuda en materia de salud mental y dificulta la normalización y sensibilización colectiva ante el colectivo de jóvenes afectado por problemas de salud mental.

La individualización parece complicada si nos paramos a pensar que todos y todas las jóvenes que no sean víctimas de violencia de género tienen una única opción para acudir a la atención social.

Debemos replantearnos si esta planificación y reparto de los recursos es la óptima o es suficiente, sin dejar de recordar que el bienestar es el objetivo final al que el Sistema de Servicios Sociales debe enfocar su intervención.

La multidimensionalidad de la atención e intervención en Salud Mental obliga a los Servicios Públicos a proporcionar a los ciudadanos una atención coordinada, compartida y comprometida con el Sistema de Salud Pública.

Restrepo y Jaramillo (2012) proponen una intervención desde la perspectiva social de la salud mental centrándose en los propios modos de vida y en las calidad de vida.

Esta propuesta de intervención busca la transversalidad a través de la promoción de la salud en vez de ante la prevención y paliación de la enfermedad mediante la creación de contextos y entornos saludables que permitan a los individuos elegir sus propias condiciones de vida, llevando a cabo el derecho a la autodeterminación y autorrealización.

5. PROPUESTAS DE MEJORA:

Debido a la necesidad de refuerzo en la atención social de la salud mental a nivel general, y siendo consciente de la falta de atención integral hacia la juventud en este aspecto, se ofrece una serie de propuestas de mejora con el fin de promover la relación interprofesional y la atención centrada en la persona.

Las propuestas de mejora deben ir encaminadas a cubrir las debilidades encontradas en la atención social a la juventud.

Estas propuestas se pueden agrupar en dos divisiones: una de ellas es la exposición de una serie de mejoras que se proponen derivadas de la insuficiencia de recursos sociales por parte del Estado y el Sistema de Servicios Sociales como proveedor de herramientas que ayuden y acompañen a las personas en su camino hacia la inclusión social.

Entre estas propuestas se incluyen las siguientes:

- **Creación y formalización de un servicio específico de información, orientación, valoración y diagnóstico para las personas con problemas de salud mental.**

También se propone una atención más amplia en cuanto a servicios del Catálogo de Servicios Sociales, aumentar los recursos y la respuesta social.

- **Prevención y concienciación del cuidado de la salud mental en los niveles educativos primarios** (Educación Primaria, Educación Secundaria y Estudios Universitarios u otro tipo de Formación Profesional dedicada a la juventud). La educación es una gran herramienta para la concienciación y es el primer paso para lograr la normalización y sensibilización sobre el cuidado de la salud mental.

Si los niños, niñas, adolescentes y jóvenes tienen la concepción de que la salud mental es un componente más de la salud que debe cuidarse y tenerse en cuenta, la estigmatización social relacionada con acudir a citas con el psicólogo, psiquiatra o trabajadores sociales sanitarios se verá reducido a nivel comunitario.

- **Promoción y difusión de las opciones de atención social a la juventud:** los jóvenes en la actualidad tienen unos códigos de comunicación muy particulares.

Las redes sociales, los sistemas de mensajería instantánea, el alejamiento de los medios tradicionales como la prensa y la radio son factores que intervienen en la

forma en la que los jóvenes conocen los servicios existentes para tratar los problemas de salud mental.

Deben explorarse nuevas estrategias de comunicación y difusión de la información creativas para que lleguen al público objetivo, en este caso los y las jóvenes.

- **Refuerzo de los Servicios Públicos de atención a la salud mental:** para poder garantizar la cobertura total y la intervención efectiva y adecuada desde el modelo de Atención Centrada en la Persona es necesario que haya suficientes recursos, profesionales, recursos económicos y recursos materiales para su provisión.

Es por tanto necesario un refuerzo que parta de los poderes públicos y el Estado mediante el establecimiento de políticas sociales y económicas que refuercen esa atención.

La competencia en materia de servicios sociales pertenece a las Comunidades Autónomas, que deberán ser quienes distribuyan esos recursos de forma igualitaria para fomentar el principio de Justicia Social y el bienestar y calidad de vida de sus ciudadanos.

- **Formación continua de profesionales:** la atención integral se materializa en la actuación de los profesionales de servicios sociales y de los centros de salud. Parte del éxito de la intervención recae en la formación y la capacitación de los profesionales que prestan los servicios.

Los Trabajadores Sociales deben conocer la materia de la atención en salud mental y al colectivo y sus vulnerabilidades para ayudar y acompañar en el proceso de inclusión social.

- **Adaptación del Baremo de Valoración de Dependencia al colectivo:** como hemos visto anteriormente, el BVD y la forma de medirlo no es adecuado ni se ajusta a las necesidades de las personas con enfermedad mental.

El reconocimiento de la situación de dependencia es imprescindible para acceder a los recursos del Catálogo, por lo que la valoración debe ser fiel a la situación de la persona y dejar que la persona se exprese libremente para que el valorador conozca la realidad del individuo de forma fiel y realista.

Otra forma de poner en práctica una propuesta de mejora es mediante un proyecto de intervención dedicado a los profesionales que están involucrados en la búsqueda de la

calidad de vida y bienestar de los jóvenes con problemas de salud mental en el ámbito social y en el ámbito sanitario.

5.1. Programa de Intervención: Creación de espacios de coordinación interdisciplinar.

1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

La coordinación interdisciplinar entre los Servicios Sociales y los Sistemas de Salud ponen de manifiesto la necesidad de espacios que permitan la comunicación, el intercambio de ideas y herramientas y la creación de métodos y mecanismos para la intervención coordinada.

Los jóvenes son seres humanos que se desarrollan en un entorno concreto y se ven afectados por todo lo que ocurre en él de forma directa o indirecta.

El joven se compone de una serie de elementos biológicos, psicológicos, sociales, emocionales, etc. que no pueden catalogarse de forma individual sino que hay que comprenderlos como un todo integrado.

En consecuencia la intervención debe ser integral, acercándose a las dimensiones de la vida del joven, que no son universales sino individuales y propias. (Alonso, Escorcia, 2003)

2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El Objetivo General de este programa es coherente con la necesidad de la atención integral:

- Mejorar la colaboración sociosanitaria para lograr una intervención integral y eficaz en materia de salud mental de la Juventud

Para hacer operativo este objetivo general y que pueda materializarse de forma más concreta planteo los siguientes Objetivos Específicos:

- Crear espacios de diálogo y debate interprofesional.
- Diseñar y poner en práctica herramientas documentales de atención integral.

- Promover una valoración de caso inicial global en la que se incluyan factores sociales y médicos o biológicos.
- Abrir cauces de comunicación entre profesionales y establecer protocolos de coordinación consensuados.
- Cubrir las necesidades del joven con problemas de salud mental en todas sus dimensiones de vida.

3. DESTINATARIOS

Profesionales del Trabajo Social que correspondan a los CEAS de cada Zona de Acción Social, trabajadores sociales sanitarios y trabajadores sociales de los Centros de Salud Mental correspondientes a esa zona territorial, además de profesionales de otras disciplinas relacionadas de forma directa con la atención a la Salud Mental (Psicólogos, Psiquiatras, Terapeutas Ocupacionales...).

Además se contempla la opción de que intervengan en este programa trabajadores sociales y otros profesionales de entidades, organizaciones e instituciones a las que puedan pertenecer algunos jóvenes. (Instituciones académicas, organizaciones de ocio, asociaciones y clubes deportivos o artísticos, etc.)

El lugar de realización será el CEAS de Delicias – Argales localizado en la Calle C. Monseñor Oscar A. Romero, 3, 47013.

4. CONTENIDO DEL PROYECTO

El objetivo del proyecto se lleva a cabo a través de una serie de sesiones que permiten a los trabajadores de las distintas disciplinas alcanzar un punto en común de coordinación, seguimiento y colaboración para prestar su actuación profesional de acuerdo a los Códigos Deontológicos de cada profesión y al modelo de Atención Centrada en la Persona.

Se proponen en este proyecto una serie de sesiones encaminadas a la mejora de la atención de los problemas de salud mental en todas las dimensiones de la vida del joven.

Estas sesiones están diseñadas para organizar y distribuir el trabajo referido a la coordinación sociosanitaria de forma ordenada y eficaz, pero es importante recordar que su actuación y su implicación no acaban según finaliza la sesión, sino que su utilidad trasciende a las próximas intervenciones con los jóvenes.

- *SESIÓN 1. FORMACIÓN TEÓRICA*

Para esta actividad se proponen una serie de charlas y talleres formativos teóricos para conocer las realidades de la atención sociosanitaria que se presta actualmente.

- Taller informativo “La Juventud de 2022”: en esta charla-taller se busca, con la ayuda de psicólogos y sociólogos, conocer las preocupaciones y características de la juventud para, posteriormente, aplicarlo en el establecimiento del proyecto de vida y la intervención directa.
- Charla informativa sobre coordinación sociosanitaria: con el objetivo de conocer los cauces de comunicación y coordinación, los Trabajadores Sociales Sanitarios realizarán una ponencia sobre la forma de coordinarse y la respuesta que se ofrece desde los Centros de Salud Mental a las demandas de los jóvenes con algún tipo de malestar psíquico. Se realizará finalmente un turno de preguntas con posibilidad de debate sobre la intervención sociosanitaria.

Cada taller formativo se realizará en una sesión de 1h30. Se llevarán a cabo en el mes de Octubre para dar comienzo al programa y se nombrará un coordinador del ámbito del Trabajo Social Sanitario que actuará como mediador y controlará el turno de palabra en los debates.

- *SESIÓN 2. Valoración inicial interdisciplinar.*

Su objetivo es el diseño en común de un documento de recogida de datos, necesidades y valoración inicial común para el Área Sanitaria y para la atención social desde los CEAS.

Con esta unificación se pretende que la primera valoración en un recurso social o en el centro de salud sea integral y contemple tanto dolencias y sintomatología física como necesidades sociales y factores sociales de riesgo que propicien una situación de riesgo de

exclusión social, así como factores protectores que ayuden a paliar esa situación de vulnerabilidad social.

Se propone la iniciativa de realizar una valoración inicial y diagnóstico conjunto y compartido tanto entre los profesionales de la salud dedicados al estudio de la salud mental, como los psicólogos y psiquiatras y los Trabajadores Sociales sanitarios, con el fin de realizar un plan de atención o un Itinerario Individualizado de Atención integral en conjunto.

- *SESIÓN 3. Proyecto de vida*

El Proyecto de Vida es un instrumento que sirve para determinar los objetivos, metas de autorrealización, vías y métodos para su logro. El Proyecto de Vida se elabora en consonancia con las características de la propia persona, sus preferencias y sus aspiraciones. También es necesario conocer las oportunidades y medios de la persona para adecuar de manera óptima su Proyecto de Vida a sus individualidades y aprovechar su potencial como sujeto principal de su desarrollo y bienestar.

Derivado y en consecuencia de la valoración y diagnóstico interdisciplinar, se propone la creación de un índice que sirva de guía para la elaboración del Proyecto de Vida conjunto en el que se incluyan aspectos relacionados con factores sociales (como su motivación, sus redes de apoyo, sus factores de riesgo, etc.) y factores sanitarios o médicos que deban ser tenidos en cuenta.

- *SESIÓN 4. Mesas redondas de debate e intercambio de ideas.*

El conocimiento compartido se multiplica, los distintos puntos de vista y experiencias enriquecen los modos de intervención.

Weber (1997) ofrece una descripción de la metodología de Mesa Redonda como un tipo de trabajo socializado que utiliza tácticas de demostración y expositivas que fomentan las habilidades y capacidades comunicativas, recogida de información, toma de decisiones, etc.

Esta metodología facilita compartir puntos de vista diferentes sobre la intervención con los jóvenes.

Las mesas de debate se forman por profesionales de las distintas disciplinas a las que se dirige el objetivo del proyecto.

Las reuniones y momentos de debate están programados para durar dos horas, siguiendo la siguiente distribución:

- La primera media hora servirá de bienvenida, explicación de los temas a tratar y cuestiones pendientes derivadas de las anteriores reuniones si las hubiera.
- La siguiente hora se destinará al debate y propuestas de ellos temas acordados para la sesión.

Se establecerán turnos de palabra equitativos y se utilizarán técnicas de aporte de ideas como el conocido “Brainstorming” o lluvia de ideas.

- La última media hora será el cierre de la sesión y se utilizará para sacar conclusiones y organizar próximas actuaciones derivadas de las ideas obtenidas del debate y la puesta en común. Se enviará a los asistentes un documento resumen con todos los acuerdos tomados y todas las conclusiones resultantes del diálogo común.

Las reuniones serán dirigidas por un profesional de Trabajo Social que tomará el rol de moderador y convocará a todos los profesionales a las siguientes reuniones.

Entre una sesión y la siguiente no pasarán más de 3 meses.

- *SESIÓN 5. Sistema de recogida informática de datos accesible y coordinada.*

La informatización de los datos y la información personal de los usuarios es la tendencia de los últimos años.

Teniendo las herramientas necesarias, se plantea la creación de un sistema informático común en el que tanto los profesionales sanitarios puedan acceder a la Historia Social de sus pacientes como los Trabajadores Sociales de CEAS y entidades sociales puedan acceder al historial médico para adecuar la atención.

- *SESIÓN 6. Creación de cauces de comunicación entre áreas sociosanitarias y dimensiones de la vida de los jóvenes.*

El ser humano es una totalidad y su bienestar, salud o malestar se ve influido por los aspectos y dimensiones que intervienen en su vida y su día a día. (Alonso, Escorcía, 2003)

La vida de los jóvenes se ve influida por una serie de dimensiones y aspectos protectores o de riesgo.

La coordinación y comunicación también debe producirse entre los agentes sociales que forman parte de estas dimensiones.

Para conocer de forma global las dimensiones más importantes o más relevantes para los jóvenes se realizó un breve cuestionario en el que 20 jóvenes de entre 20 y 24 años de ambos sexos en la ciudad de Valladolid responden a cuáles son los aspectos que más influyen en su bienestar y por tanto en su salud mental, mediante la siguiente pregunta:

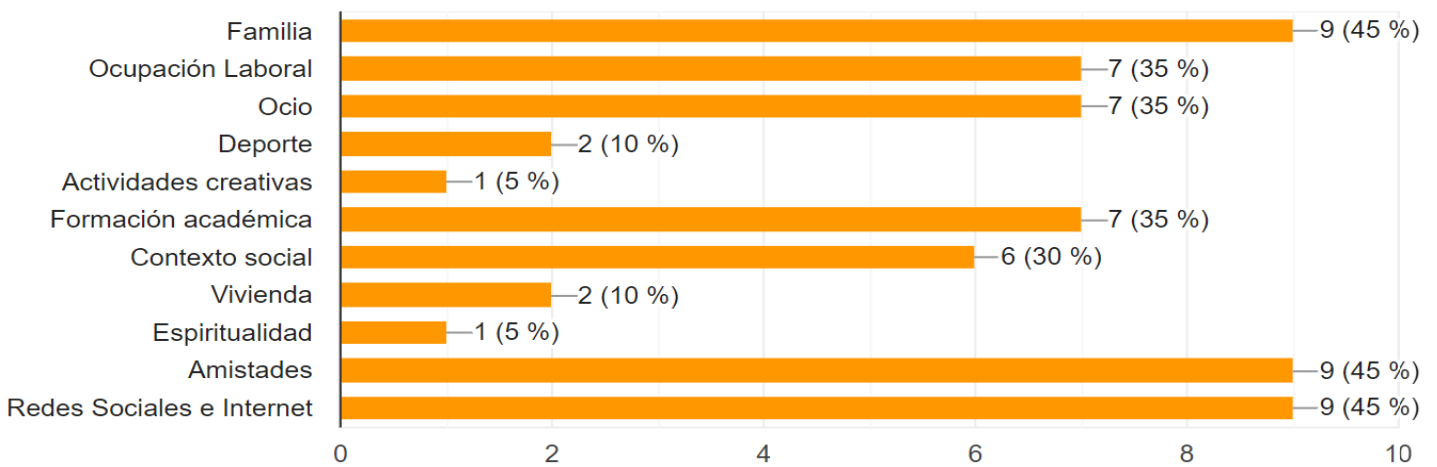
Indica entre estos elementos, los 3 aspectos que consideras que más influyen en tu salud mental y tu bienestar.

Opciones:

- Familia
- Ocupación Laboral
- Ocio
- Deporte
- Actividades creativas
- Formación académica
- Contexto social
- Vivienda
- Espiritualidad
- Amistades
- Redes Sociales e Internet

Los resultados fueron los siguientes:

Figura 12: Encuesta sobre dimensiones de la vida de los jóvenes más influyentes en su salud mental y bienestar



Fuente: Elaboración propia.

Este cuestionario se elaboró con el objetivo de conocer las áreas en las que es más importante intervenir, las que más afectan al bienestar de los jóvenes y por tanto las áreas que necesitan mayor coordinación, seguimiento y supervisión.

Por lo tanto, a partir del resultado de las respuestas de los jóvenes encuestados, podemos deducir que los aspectos más influyentes en la vida de los jóvenes actualmente entre las opciones del estudio realizado son las siguientes:

Figura 13: Dimensiones de la vida de los jóvenes más influyentes en su salud mental



Fuente: Elaboración propia

Estos resultados nos orientan en cuanto a las entidades o instituciones con las que debemos coordinarnos o tener en cuenta para lograr nuestro objetivo.

Las relaciones informales como las amistades o la familia suelen ser agentes protectores y redes de apoyo con las que tenemos que contar en caso de ser posible.

Las asociaciones de tiempo libre o entidades sociales a las que los jóvenes acuden pueden ser también una vía de protección e intervención.

La universidad, los institutos, los centros de formación laboral o educativa a las que está adscrito el joven pueden proporcionarnos información y seguimiento de la situación de la persona, por lo que son un entorno de atención.

Las Redes Sociales son un elemento esencial de socialización y relación entre los jóvenes hoy en día y es preciso cuantificar su importancia en su día a día y en su salud mental. Las campañas publicitarias que se distribuyen en Internet establecen unos cánones y estándares imposibles de alcanzar que pueden llegar a frustrar la autoestima de los jóvenes y traer consecuencias negativas para su salud mental.

Por estas razones, se plantea como objetivo de la sesión la creación de medios de comunicación con estos agentes formales e informales para reforzar la intervención comunitaria y la participación del joven en sociedad.

- *SESIÓN 7. PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE RECURSOS*

Esta sesión tiene como objetivo el diseño de una estrategia de difusión y promoción de las opciones en cuanto a atención social que existen actualmente.

Debido a que este proyecto se desarrolla en primer lugar en el CEAS Delicias-Argales, se planteará una estrategia de difusión de las actuaciones que realizan los profesionales de este CEAS para atender integralmente las necesidades de las personas con problemas de salud mental.

Es necesario recordar que los jóvenes son nuestra población diana como protagonistas finales de nuestras actuaciones profesionales por lo que la forma de exteriorizar e informar a la comunidad de las acciones de los trabajadores sociales deben ser acordes a los cauces de comunicación que utilizan los y las jóvenes como pueden ser las redes sociales, talleres formativos en las universidades e institutos, etc.

5. TEMPORALIZACIÓN

El programa busca ser innovador y eficaz en las actuaciones conjuntas futuras. Se prevé inicialmente una duración de 9 meses para comenzar a trabajar los objetivos y que empiecen a observarse resultados derivados de ellos.

La duración del programa puede ser prorrogable en caso de que no se alcancen los objetivos planteados en el tiempo estimado.

En caso de que los resultados obtenidos de la evaluación sean satisfactorios, este programa significará la implantación de una metodología continua y permanente de actuación interprofesional en el resto de CEAS y Centros de Salud de la ciudad.

Con el fin de organizar el tiempo de realización se dividen las actuaciones del proyecto en tres grandes bloques correspondientes a los objetivos y las actuaciones específicas del proyecto de intervención. Cada bloque se divide en 3 meses desde los meses de Octubre hasta Junio reflejado en el siguiente cronograma:

BLOQUE 1:

Acercamiento a la Salud Mental y al colectivo de la Juventud.

ACTIVIDADES	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	<i>Semanas</i>				<i>Semanas</i>				<i>Semanas</i>			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Formación teórica												
Mesas redondas de debate												

BLOQUE 2:

Diseño de estrategias de coordinación sociosanitaria

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO			
	Semanas				Semanas				Semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Valoración inicial compartida	■		■	■								
Revisión del proyecto de vida						■		■				
Sistema informático común de datos										■	■	

BLOQUE 3:

Coordinación sociosanitaria con las dimensiones de vida de los jóvenes. Cierre del programa.

ACTIVIDADES	ABRIL				MAYO				JUNIO			
	Semanas				Semanas				Semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dimensiones de vida de los jóvenes	■		■				■					
Promoción y difusión									■	■	■	■
Evaluación final												■

Figura 14: Cronograma.

Fuente: Elaboración propia

6. EVALUACIÓN

Para determinar los **momentos** de la evaluación es imprescindible recordar que la naturaleza de este proyecto implica que las sesiones no se temporalizan para un momento concreto y pueden volver a repetirse.

La metodología de Atención Centrada en la Persona exige que las actuaciones de coordinación, comunicación y seguimiento se lleven a cabo en los momentos de la intervención en los que sea necesario, fomentando la flexibilidad en los procesos y la adaptabilidad de los profesionales a las situaciones individuales.

Por este motivo la evaluación de este proyecto será periódica y continua, registrando los resultados y cambios de mejora que se vayan produciendo a nivel general y a nivel específico en cada caso.

Tras cada sesión se celebrará una reunión evaluativa con representantes de las áreas de intervención implicados para registrar los avances y la pertinencia de las sesiones.

De la misma forma, una vez al trimestre se realizará una sesión de evaluación conjunta con todos los profesionales participantes del proyecto.

El **objetivo** de la evaluación periódica es seguir mejorando la práctica y corrigiendo errores o debilidades que queden expuestas al aplicar las herramientas ofrecidas en las distintas sesiones.

En cuanto a la **metodología** de la evaluación podemos señalar varios modelos que ayudan a dar valor a los resultados obtenidos de la aplicación del proyecto:

- **MODELO PRAGMÁTICO:** este modelo centra su atención en conocer qué aspectos del proyecto son beneficiosos y útiles, la forma en la que afectan a la intervención con la juventud y qué aspectos o elementos no son útiles y podrían ser prescindibles.
- **MODELO CRÍTICO:** hace referencia a la forma en la que el proyecto influye en la construcción de una sociedad más justa, integradora, igualitaria y participativa, que sea un entorno y contexto social de protección para las personas pertenecientes a colectivos vulnerables. No se pueden determinar los resultados en un corto plazo puesto que será necesario mucho tiempo y más proyectos enfocados a la intervención en Salud Mental para poder determinar si su aplicación es beneficiosa a nivel social y comunitario.

6. CONCLUSIONES

La respuesta de la sociedad ante las necesidades ha cambiado a medida que han ido evolucionando las comunidades y los individuos.

Se ha pasado de un modelo en el que las necesidades se mostraban jerarquizadas y debían ser cubiertas las básicas para descubrir las siguientes, a un modelo en el que destaca la transversalidad en la atención a las necesidades de la población y la autorrealización y el desarrollo personal como fines últimos, esto se traduce en la búsqueda del bienestar social y calidad de vida de los ciudadanos.

Uno de los elementos esenciales para lograr estos objetivos es el cuidado de la salud mental desde una perspectiva integral que tenga en cuenta el carácter multidimensional de este concepto.

La salud mental y su atención tienen un gran componente social ya que el contexto sociocultural en el que vivimos y nos desarrollamos incide de forma positiva o negativa en nuestro nivel de salud mental y bienestar. Estos factores sociales afectan en especial a la juventud debido a que es un periodo de transición desde la infancia a la edad adulta que supone una complejidad en términos de integración social y del propio desarrollo psicosocial de los jóvenes.

Existen numerosos factores que ponen en riesgo la salud mental de los jóvenes actualmente como pueden ser la precariedad, la incertidumbre ante el futuro inminente, las situaciones de estrés y ansiedad generadas por los continuos cambios sociales, etc.

Uno de los más importantes e influyentes a la hora de pedir ayuda y atención es el estigma social que rodea la intervención sociosanitaria en materia de salud mental.

Para lograr este Estado del Bienestar, las actuaciones del Estado y los poderes públicos deben orientarse hacia la cobertura de necesidades sociales, la construcción de una sociedad igualitaria, inclusiva y que procure garantizar el cuidado de la salud mental de forma integral, sin olvidar que no solo la atención médica o biologicista es suficiente, debe ir coordinada con la actuación del Sistema de Servicios Sociales.

Después de analizar las posibilidades de actuación a nivel social desde el Trabajo Social y el Sistema de Servicios Sociales podemos afirmar que las respuestas de intervención que

ofrece el Catálogo de Servicios Sociales no son suficientes para cubrir las necesidades de los jóvenes con algún tipo de problema de salud mental, sus requisitos de acceso son muy restrictivos y los servicios están destinados a casos muy específicos, lo que deja fuera de la cobertura de los servicios sociales a la gran mayoría de jóvenes con problemas de salud mental.

Un factor clave para abordar la problemática derivada de la salud mental en la población y en especial en los jóvenes es la coordinación sociosanitaria entre el Sistema de Salud Pública y el Sistema de Servicios Sociales.

Esta coordinación garantiza la atención integral y el abordamiento de los factores sociales que influyen en la salud mental de los jóvenes además de una interrelación entre profesionales de distintas disciplinas que fomenta la mejora profesional y la creación de nuevos métodos de intervención.

7. BIBLIOGRAFÍA

- González, B., & Rego, E. (2006). *Problemas emergentes en la salud mental de la juventud*. Recuperado de:
http://www.injuve.es/sites/default/files/salud_mental_de_la_juventud.pdf
- Tenorio, R., & Nanut Hernández, M. (2005). *Panorama de la investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental (1970-2000)*. *Salud mental*, 28(4), 18-32.
- Paula, I. (2016). *Problemas de salud mental en la adolescencia: Vulnerabilidad, riesgo y oportunidad*. Recuperado de
https://www.researchgate.net/publication/255978892_Problemas_de_salud_mental_en_la_adolescencia_Vulnerabilidad_riesgo_y_oportunidad.
- Gil, I. P. (2000). *Jóvenes desempleados/as y salud mental*. *Norte de Salud Mental*, 3(10), 23-28.
- Rendón, R. C., Pérez, M. V., Romero, H. H., & Parra, J. A. (2017). *Modelos multidimensionales del bienestar en contextos de enseñanza-aprendizaje: Una revisión sistemática*. *Ecos de la Academia*, 3(06), 13-28.
- Cobo-Rendón, R. C., Pérez-Villalobos, M. V., Díaz-Mujica, A. E., & García-Álvarez, D. J. (2020). *Revisión sistemática sobre modelos multidimensionales del bienestar y su medición en estudiantes universitarios*. *Formación universitaria*, 13(2), 103-118.
- Subdirección General de Información Sanitaria. *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021.
- Bertolote, J. M. (2008). *Raíces del concepto de salud mental*. *World Psychiatry*, 6(2), 113-6.
- Restrepo O, D. A., & Jaramillo E, J. C. (2012). *Conceptions about mental health in the field of public health*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.
- Margulis, M., & Urresti, M. (1998). *La construcción social de la condición de juventud*. *Viviendo a toda*. Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades, 3-21.
- Fustier i García, N. (2018). *¿Qué formación para qué competencias? Reflexiones sobre la formación de las trabajadoras sociales*. *Revista A Fondo*, 11-158.
- Maslow, A. (1943). *La Pirámide de Maslow, o jerarquía de las necesidades humanas*.
- Roldán, P. L. (1996). *La construcción de tipologías: metodología de análisis*. *Papers: revista de sociología*, 9-29.
- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades Gerencia de Servicios Sociales. (2011). *Recopilación de legislación autonómica en materia de servicios sociales*. Junta de Castilla y León.

- Farge Collazos, C. (2007). *El Estado de bienestar*. Enfoques (La Plata), (1-2), 45-54.
- Navarro, V. (2004). *El estado de bienestar en España* (pp. 15-32). Madrid: Tecnos.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.
- Junta de Castilla y León. (2022). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Recuperado de: [Salud Mental | Profesionales \(saludcastillayleon.es\)](http://saludmental.profesionales.saludcastillayleon.es)
- de Vásquez, I. E., & Palacio, L. M. A. (2003). *El ser humano como una totalidad*. Salud Uninorte, (17), 3-8.
- Vaquero, C., Escudero, M. A., Cebollero, M., Ureña, E., & Saiz, J. (2014). *Enfermedad mental y estigma en jóvenes. Un estudio cualitativo*. Rehab. Psicosocial, 11, 1-8.
- Rosado, I. S. M., Párraga, M. J. C., & García, M. C. E. (2018). *Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental*. Revista Caribeña de Ciencias Sociales.
- De Roda, A. B. L., & Moreno, E. S. (2001). *Estructura social, apoyo social y salud mental*. Psicothema, 17-23.
- Maitta, IS., Cedeño, M.J. y Escobar, M.C. (2018): *Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental*, Revista Caribeña de Ciencias Sociales (marzo 2018). En línea: www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html
- Weber, E. (1997). *Roundtable learning: Building understanding through enhanced MI strategies*. Tucson, AZ: Zephyr Press. 155 pp.
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León. *Boletín Oficial del Estado*, 7, de 8 de enero de 2011. <https://www.boe.es/eli/es-cl/l/2010/12/20/16>
- Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia establecida en la Ley 39/2006. *Boletín Oficial del Estado*, 313, de 31 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2013/12/27/1051>
- Orden FAM/6/2018 de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a la personas cuidadoras no profesionales. *BOCyL*, de 15 de enero de 2018.
- DECRETO 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León. *BOCyL*, 239, 12 de diciembre de 2014.