

Problemas emergentes en la salud mental de la juventud



→ estudios

Benjamín González
Eduardo Rego

Problemas emergentes en la salud mental de la juventud

Benjamín González Rodríguez
Eduardo Rego Rodríguez

Diseño Gráfico

Pep Carrió/ Sonia Sánchez

Antonio Fernández

Edición

© Instituto de la Juventud

Redacción

Consejería Técnica de Planificación
y Evaluación - Servicio de

Documentación y Estudios

C/ Marqués de Riscal, 16

28010 Madrid

Tel.: 91 363 78 09

E-mail: estudios-injuve@mtas.es

Catálogo General de publicaciones
oficiales

<http://publicaciones.administracion.es>



NIPO: 208-06-012-9

Las opiniones publicadas en éste número
corresponden a sus autores.
El Instituto de la Juventud no comparte
necesariamente el contenido de las mismas.

ÍNDICE

1. Teoría clásica y moderna de la salud y la enfermedad mental	5
2. La preocupación de la Unión Europea por los problemas de salud mental en general y de los jóvenes en particular	9
3. Incremento creciente de los problemas de salud mental en la juventud actual	13
4. La temática general de la salud mental	15
5. Problemas emergentes	23
5.1. Trastornos alimentarios	23
5.2. Violencia escolar	25
5.3. Suicidio infantil y juvenil	27
5.4. Las cifras del suicidio de menores	29
5.5. Aislamiento social y depresión	29
6. Revisión de la producción bibliográfica a nivel nacional	31
7. Revisión de la producción bibliográfica a nivel internacional.....	37
8. Sistemas de información y sistemas de indicadores existentes	39
9. Instrumentos de medición de la salud mental	45
10. Criterios y técnicas de construcción de indicadores	47
11. Criterios a tener en cuenta en la construcción de indicadores	49
A. CRITERIOS TECNICOS	50
B. CRITERIOS DE VIABILIDAD OPERATIVA	51
C. CRITERIOS DE UTILIDAD	52
I. Criterios generales	52
II. Criterios específicos	55
12. El enfoque multicriterio de los indicadores	57
13. Resumen del proceso de elaboración de un sistema de indicadores	59
14. Conclusión	61

Teoría clásica y moderna de la salud y la enfermedad mental

A partir de los estudios seminales de Faris y Dunham (1939) en el área de Chicago, los de Hollingshead y Redlich (1958) en New Haven, y el Midtown Manhattan Study (Srole et al. 1977), se descubrió una relación sistemática inversa entre la clase o posición social y la salud mental. La teoría concuerda con la investigación: a más baja posición social mayor riesgo de padecer enfermedad mental. La relación parece clara, si bien no resulta igualmente evidente la explicación de la naturaleza de la misma. Los estudios encaminados a desentrañar la estructura de esta relación muestran resultados no concordantes, es decir, seguimos sin poder conocer cuál es realmente la dirección exacta de la relación entre estas dos variables (clase social y enfermedad mental). ¿Son las malas condiciones socioeconómicas previas las que predisponen al individuo o le hacen más susceptible a la enfermedad mental o es más bien que enfermedades mentales biológicas preexistentes hacen que el individuo inicie una carrera descendente en la estructura social? Actualmente la mayoría de los investigadores de esta área se inclinan a pensar que se da una relación interactiva y no lineal que implica múltiples condiciones y determinados tipos de enfermedades mentales. Estos supuestos de interacción de la clase social y la enfermedad mental, condicionada a otra serie de variables mediadoras (desempleo, redes de apoyo familiar y social en general, falta de autonomía personal, etc.) no han permitido todavía contrastar las hipótesis relevantes, ni siquiera con los datos longitudinales disponibles.

Desde un punto de vista práctico hay que reseñar cómo los cortes presupuestarios en el ámbito de los programas de salud mental han repercutido en la disminución de la investigación en este ámbito, unido al hecho de que los avances de la psiquiatría biológica en los últimos años han conducido conjuntamente al descenso del interés por este tipo de investigaciones. De uno u otro modo, el énfasis en lo biológico viene conduciendo a un descenso de la importancia atribuida a los factores sociales en todas estas cuestiones, si bien algunos autores destacan también el hecho de que un mejor conocimiento e identificación de las predisposiciones genéticas constituyen una oportunidad de oro para comprender mejor el papel de las condiciones medioambientales como detonantes o agravantes del ciclo vital de la propia enfermedad mental.

En cualquier caso, durante medio siglo, la relación inversa entre factores sociales y enfermedad mental viene constituyendo un hallazgo de investigación constante, por más que se hayan utilizado distintos indicadores para cada una de estas variables/índices de posición social y de salud mental, si bien la naturaleza exacta de la relación en cuanto a la dirección de la causalidad sigue estando sin clarificar, lo que parece apoyar la idea de que se da una interacción entre la

posición social y la enfermedad mental, es decir, pueden estarse dando tanto procesos de causación social como de selección social, tal como se demuestra con el tipo de resultados que se vienen obteniendo.

Posiblemente, el hecho de que se hayan utilizado muestras muy diversas, diseños diferentes y medidas de las variables tan distintas, ha llevado a unos resultados que, en unos estudios apoyan la hipótesis de la causación social, mientras que, en otros, el apoyo sea para la selección social. No obstante, debido a la disponibilidad de muestras muy amplias y sistemáticas va haciendo cada vez más viable el verificar simultáneamente estos modelos en contraste. Esto es lo que ha intentado Hudson (2005) en su estudio *Socioeconomic status and mental illness: Tests of the social causation and social selection hypotheses*¹.

Sus cinco hipótesis fueron las siguientes (1) Estrés económico: la correlación inversa entre posición socioeconómica y salud mental es un resultado específico de condiciones económicas estresantes, tales como la pobreza, el desempleo o la inasequibilidad de la vivienda; (2) Fragmentación familiar: la correlación inversa entre posición socioeconómica y salud mental está en función de la fragmentación de la estructura familiar y de la ausencia de apoyo familiar; (3) Deriva geográfica: la correlación inversa entre posición socioeconómica y salud mental proviene del desplazamiento de zonas de residencia de alto nivel social a otras de menor nivel social que tiene lugar tras la hospitalización inicial; (4) Deriva socioeconómica: la correlación inversa entre posición socioeconómica y salud mental se origina a partir del deterioro del empleo subsiguiente a la hospitalización inicial; y (5) Deriva intergeneracional: la correlación inversa entre posición socioeconómica y salud mental está en función de la caída de los niveles de posición social de los adolescentes que tiene lugar entre su primera hospitalización y su hospitalización más reciente tras haber cumplido los 18 años.

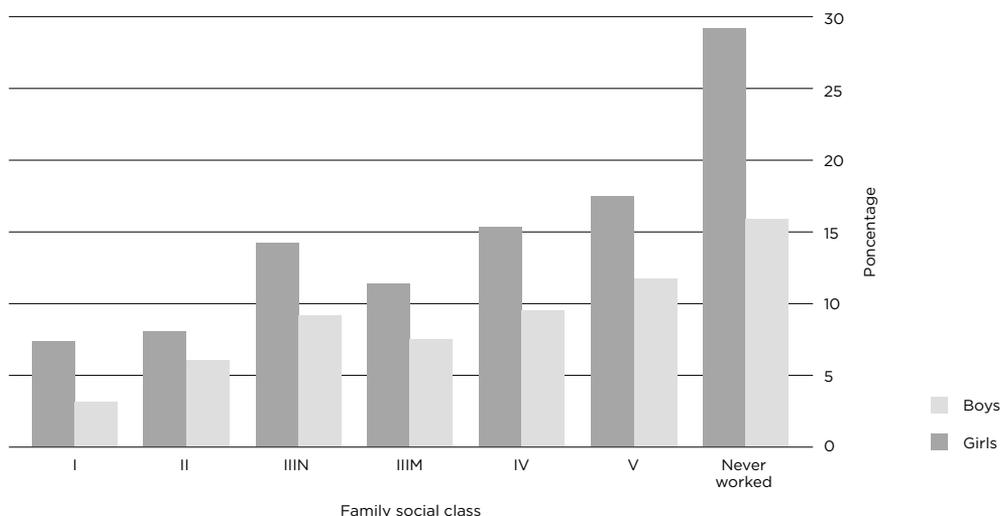
Las dos primeras hipótesis tratan de contrastar la hipótesis de la causación social, mientras que las tres últimas ponen a prueba la hipótesis de la selección social. Tras sucesivos y numerosos contrastes el autor concluye que la hipótesis de la causación social sigue recibiendo el apoyo más importante. Señala este autor que *este estudio pone de manifiesto la necesidad de un desarrollo continuado de estrategias preventivas y de intervención temprana en el caso de las enfermedades mentales más importantes que presten atención a los efectos devastadores del desempleo, el desplazamiento económico, malas condiciones de la vivienda y personas sin techo.*

La pregunta que podría plantearse en este momento se refiere al supuesto de qué tienen que ver estos estudios de población general con los niños, jóvenes y adolescentes. ¿Cuál sería la situación de la investigación que relaciona factores de posición social con la enfermedad mental? No es difícil encontrar estudios que encuentran una relación similar a la de la población general para el caso de los niños, adolescentes y jóvenes. Así, un estudio alemán que utilizó un diseño transversal (citado por Hudson, 2005) señala que no sólo una posición socioeconómica baja sino también las familias monoparentales iban estrechamente relacionadas con el grado en que los niños padecían trastornos psicológicos como la angustia o ansiedad. Otro estudio ha descubierto, por ejemplo, que los niños de familias pertenecientes a la clase social cinco (ocupaciones no cualificadas) tienen una probabilidad tres veces mayor de padecer problemas de salud mental que los niños de familias pertenecientes a la clase social uno (empresarios y gerentes)². Por tanto, también en el caso de los jóvenes en general sigue siendo persistente la relación entre clase social y enfermedad mental, hasta el punto de que descender un escalón en la escala de posición social comporta un descenso en la escala del nivel de salud mental. Sigue siendo un misterio el hecho de que incluso en personas de clase media, los niveles de salud mental son más bajos que en las personas pertenecientes a la clase social alta. Esta relación sistemática y persistente está siendo estudiada en función de factores como el acceso a los servicios sanitarios, las

1 Hudson, Ch. G. Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses, *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, N° 4 (2005).

2 http://www.youngminds.org.uk/press/01_12_05.php.

prácticas y estilos de vida saludables, el estrés y las condiciones medio ambientales, experiencias familiares tempranas, calidad de la relación de pareja de los padres, redes de amistad y apoyo social, conflicto entre las relaciones familiares y laborales, entre otros factores mediadores³. El gráfico siguiente muestra como, tanto para los niños como para las niñas se da una pauta creciente de la prevalencia de trastornos psiquiátricos a medida que disminuye la posición social, medida en términos de la ocupación, tanto para las niñas como para los niños, alcanzando la prevalencia los niveles más altos en el caso de quienes nunca han trabajado⁴.



Resultaría interminable enumerar la cantidad inmensa de investigación en este ámbito, si bien los resultados parecen concluyentes, por más que en la práctica no se le conceda la importancia que se merece de cara a la planificación, programación y evaluación de las actividades y servicios destinados a prevenir y tratar los diferentes trastornos de salud mental de los jóvenes. Posiblemente, la inversión de la tendencia creciente de los problemas de salud mental podría lograrse más fácilmente (más eficazmente) incidiendo en los factores sociales que en los factores psicológicos y biológicos exclusivamente.

³ Encuesta Nacional del desarrollo de los cuarenta en Estados Unidos (NATIONAL SURVEY OF MIDLIFE DEVELOPMENT IN THE UNITED STATES —MIDUS): <http://midmac.med.harvard.edu/research.html>. Patrones similares pueden apreciarse en Fichter, M. M., Narrow, W., Roper, M. et al. *Sociodemographic Factors and Prevalence Rates of Mental Illness in Germany and the United States*, *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185 (4):276,277, April 1997.

⁴ Fuente: *Mental Health of children and adolescents in Great Britain, 1999 ONS Survey*, Cap. 12, pág. 9. del Informe *The Health of Children and Young People*, Office for National Statistics, Marzo 2004.

2

La preocupación de la Unión Europea por los problemas de salud mental en general y de los jóvenes en particular

Ante la falta de información imperante sobre el alcance de los problema de salud mental, la Unión Europea viene acometiendo e impulsando en los últimos años una serie de iniciativas tendentes a estudiar los problemas de salud mental, tal como aparece en el cuadro siguiente:

Resumen y selección de eventos de la UE relacionados con la salud mental entre 1999 y 2005

Año	Tipo de evento	Nivel	Resoluciones/conclusiones del Consejo
04/1999	Equilibrio entre la promoción y la prestación de servicios de salud mental	Reunión Conjunta UE/OMS	
10/1999	Conferencia Europea sobre la promoción de la salud mental y la inclusión social	Presidencia de la UE	Resolución del consejo sobre la promoción de la salud mental
03/2000	Determinantes de la salud en la UE	Presidencia de la UE	Resolución del Consejo sobre actuación sobre los determinantes de la salud
06/2000	Violencia y promoción de la salud mental de los niños y jóvenes	Presidencia de la UE	
09/2000	Prevención del suicidio de los niños	Presidencia de la UE	
01/2001	Jóvenes y alcohol	Conferencia de Ministros OMS/ Presidencia de la UE	Conclusiones del Consejo sobre una estrategia comunitaria para reducir los peligros relacionados con el alcohol
09/2001	Retos futuros de la salud mental en Europa: Impacto de otras políticas sobre la salud mental	Reunión Conjunta UE/OMS	
19/2001	Afrontar los problemas relacionados con el estrés y la depresión en Europa	Reunión Conjunta Presidencia de la UE/OMS	Conclusiones del Consejo para combatir los problemas relacionados con el estrés y la depresión
12/2002	Retos futuros de la salud mental en Europa: Fortalecimiento de la cooperación entre la UE y la OMS	Seminario UE/OMS	
03/2003	Salud mental y estigma en Europa: Afrontando los retos de la inclusión social y de la equidad	Reunión Conjunta de la Presidencia de la UE, OMS y Consejo de Europa	Conclusiones del Consejo sobre la lucha contra el estigma y la discriminación en relación con la salud mental

Resumen y selección de eventos de la UE relacionados con la salud mental entre 1999 y 2005 (cont.)

Año	Tipo de evento	Nivel	Resoluciones/conclusiones del Consejo
10/2003	Salud mental en Europa: nuevos retos, nuevas oportunidades	Conferencia financiada por la UE/copatrocinada por la OMS	
09/2004	La salud mental de los niños y de los adolescentes	Organizada conjuntamente por la Comisión/OMS/Luxemburgo	
01/2005	Conferencia ministerial sobre salud mental, OMS	La Comisión como coorganizadora	

Este Anexo recoge 13 eventos relevantes, de los cuales 2 van referidos a la salud en general, 8 a la salud mental en general y 3 de ellos específicamente dirigidos a la salud mental de los niños, adolescentes y jóvenes. Esta distribución refleja, en cierto sentido, la atención y preocupación por la salud mental de los jóvenes. Si bien la salud mental ha sido la cenicienta del sector salud, la salud mental de los niños y jóvenes ha sido la cenicienta del ámbito de la salud mental. En todo caso, parece esperanzador el hecho de que la propia UE haya empezado a ocuparse de ella, tanto a nivel de conocer la situación real, como de propiciar, a partir de ese conocimiento, actividades de promoción, en conjunto con otros organismos como la OMS, iniciando así el camino de la tan pregonada, pero raramente practicada, cooperación intersectorial en el contexto de las políticas públicas. En este sentido la UE, ha declarado lo siguiente:

La necesidad de información sobre la salud mental de Europa ha quedado de manifiesto en *Public Health Policy, Health Monitoring Programme y Public Health Programme (2003-2008)* de la Comisión Europea. Los problemas relativos a la salud mental constituyen una prioridad de la salud pública: los costes económicos y sociales de la depresión, por ejemplo, son de vital importancia, dado que la depresión va a ser, en unos pocos años, el grupo de enfermedades con la segunda carga mayor de víctimas globalmente hablando. Además, no existe buena salud sin buena salud mental. La salud mental es, de este modo, crucial para el bienestar de los individuos y las sociedades⁵.

La finalidad del “Libro verde” es promover la salud mental dentro de la UE y establecer los mecanismos necesarios para hacerle frente partiendo de la consideración del bienestar psíquico como un elemento fundamental de la salud que permite que los individuos puedan desarrollar su potencial intelectual y emocional.

Aunque no existe información sistemática sobre las enfermedades y trastornos mentales en la UE, algunos estudios —según se señala en dicho documento— indican que hasta un 27% sufren algún trastorno psíquico alguna vez en su vida y que un 4.5% de la población general se ve afectada por problemas de ansiedad y depresión previéndose que en el año 2020 constituya una de las principales causas de discapacidad.

En relación a uno de los indicadores más fiables “mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas”, las cifras indican que el número de fallecidos en la UE (58.000 al año) supera las muertes por accidente de tráfico (50.700) y se relaciona en el 90% de los casos de suicidio con la presencia de antecedentes de depresión.

Los problemas relacionados con la salud mental, además, se sitúan entre las tres primeras causas de absentismo laboral así como de jubilación anticipada e incapacidad permanente, calculando que su coste económico representa entre el 3-4% del producto interior bruto (PIB). En

⁵ The State of Mental Health in the European Union, Dirección General de Salud y Protección del Consumidor, Comisión Europea, 2004.

este aspecto coincide con algunos análisis de situación sobre las dificultades de salud mental en el puesto de trabajo, realizado por la OIT, que se llevó a cabo en algunos países como Finlandia, Alemania, Polonia, Reino Unido y los Estados Unidos, en el que se examinan tanto el marco normativo, como los costes económicos de la enfermedad mental y el papel del gobierno y los agentes sociales en la promoción de la salud.

No obstante, se llama la atención sobre los datos disponibles, que son incompletos y, también, sobre la diversidad existente entre los países miembros de la UE, que impiden sacar conclusiones, a la vez que establece como prioridad básica la armonización de indicadores a nivel nacional e internacional sobre salud mental, que permita comparar unos países con otros, y completar y ampliar la información sobre factores sociales, demográficos y económicos.

3

Incremento creciente de los problemas de salud mental en la juventud actual

Esta preocupación de la UE por los problemas de salud mental de la población en general y de los jóvenes, en particular, puede ser que esté relacionada con el incremento de los problemas de salud mental de este grupo de edad, tanto a nivel mundial como a nivel de la propia UE.

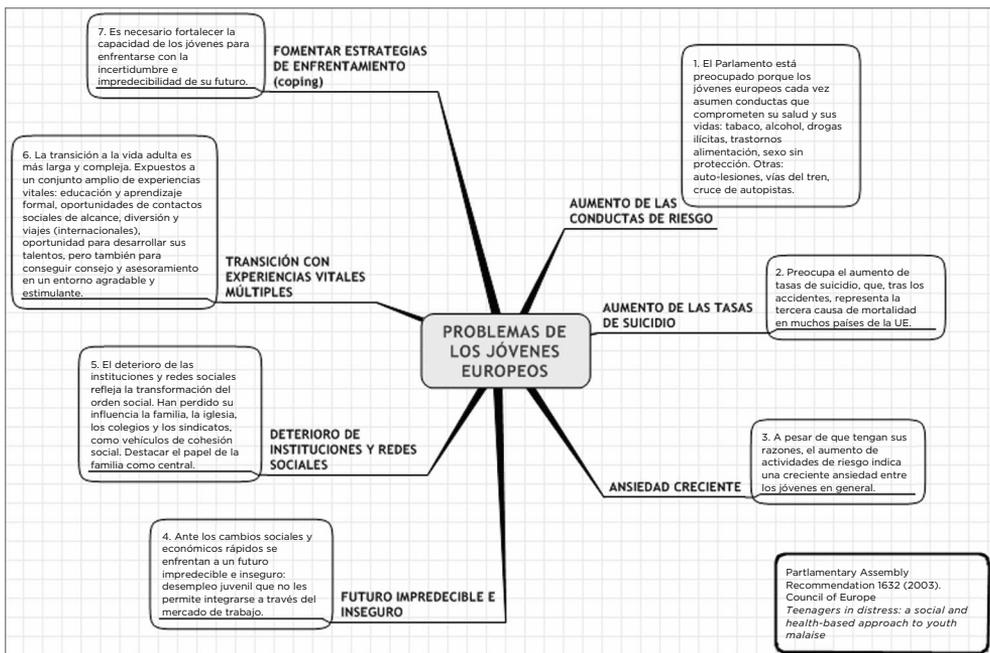
Un estudio realizado en 2004⁶ ha analizado precisamente las tendencias de la salud mental de los adolescentes a lo largo de 25 años en el Reino Unido. A pesar de posibles problemas de prácticas diagnósticas distintas y de cambios en el modo de registrar las patologías, la conclusión clara de los autores de este estudio es que se ha producido un aumento substancial de los problemas de conducta de los adolescentes, tanto en varones como en mujeres y en todas las clases sociales y en los diferentes tipos de familias. Asimismo ha habido un aumento, si bien no tan claro como en el caso anterior, de los trastornos emocionales.

⁶ Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R. y Pickles, A. *Time trends in adolescent mental health* Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 45, (8), 2004, pp. 1350-1362.

4

La temática general de la salud mental

El diagnóstico de los problemas de la salud de los jóvenes europeos queda perfectamente reflejado en el cuadro siguiente, elaborado a partir de la *Recomendación 1632 (2003)* del Consejo de Europa, recogida en el Informe **Teenagers in distress: a social and health-based approach to youth malaise**. Leyendo el cuadro en el sentido de las agujas del reloj, los siete problemas centrales tendrían que ver con (1) el fuerte incremento de las conductas de riesgo de diversos tipos, (2) aumento de las tasas de suicidio, hasta llegar a constituir la tercera causa de mortalidad en varios países, (3) Aumento de la ansiedad en los jóvenes, (4) perspectivas de un futuro imprede-



cible e inseguro derivado de los cambios sociales rápidos, (5) deterioro de las instituciones y redes sociales tradicionales, (6) alargamiento y mayor complejidad de la transición a la vida adulta, conjuntamente con un abanico extenso de experiencias vitales que necesitan de un fuerte asesoramiento y apoyo, y (7) necesidad de desplegar estrategias adecuadas para afrontar la incertidumbre e impredecibilidad del futuro.

Ciertamente, este cuadro contiene, de un modo adecuado y sintético, tanto las claves diagnósticas, como el germen de unas estrategias preventivas y de intervención sobre los problemas emergentes de los jóvenes europeos en la actualidad. Se desprenden del mismo claves analíticas a la hora de diseñar sistemas de indicadores de input, de output y de resultados que permitan evaluar el progreso hacia unos niveles adecuados de salud mental de los jóvenes.

Estas estrategias encaminadas a afrontar las complicaciones de salud mental de niños, jóvenes y adolescentes ocupan, tal como se acaba de describir, una gama muy extensa de problemas que interfieren con las pautas de conducta consideradas sanas y razonables y podríamos clasificarlos en un cuadro amplio de factores de riesgo agrupados en torno a cuatro categorías generales, tal como hace la **Encuesta sobre salud mental de niños y adolescentes**, realizada en Gran Bretaña en 1999 (Ver Cuadro siguiente). Hemos preferido utilizar aquí esta clasificación porque, aunque, posiblemente, existan otras mejores, ésta ofrece la ventaja de que esa amplia gama de trastornos queda reflejada en una encuesta concreta, permitiendo así evaluar la extensión de los distintos problemas en la población y construir baterías de indicadores al respecto.

Trastornos infanto-juveniles evaluados en la Encuesta inglesa

1. Trastornos emocionales	2. Trastornos del comportamiento
• Trastornos de la ansiedad	• Trastorno de oposición desafiante
• Ansiedad de separación	• Trastorno de conducta (en el contexto familiar)
• Fobia específica	• Trastorno de conducta no socializada
• Fobia social	• Trastorno de conducta socializada
• Pánico	• Otros trastornos de conducta
• Agorafobia	3. Trastorno de hiperactividad
• Estrés post traumático	• Hiperactividad
• Trastorno obsesivo compulsivo	• Otros trastornos de hiperactividad
• Trastorno de ansiedad generalizada	4. Trastornos menos frecuentes
• Otros tipos de ansiedad	• Trastorno generalizado del desarrollo
• Depresión	• Trastorno psicótico
• Episodios depresivos	• Tics
• Otros episodios depresivos	• Trastornos alimentarios
	• Otros trastornos psiquiátricos

Abordar estos problemas con eficacia supone considerar los factores determinantes de los mismos, sabiendo que son de naturaleza y etiología múltiple, no obedecen a un único factor sino a una interacción acumulativa de muchos, sin olvidar, según ya se ha señalado, que los factores sociales y culturales son trascendentales tal como lo ha empezado a destacar con énfasis la propia Unión Europea, que en su Libro Verde sobre la salud mental, los ha resumido así:

Determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud mental

Factores de riesgo	Factores de protección
Acceso a drogas y alcohol	Control y auto-control (<i>Empowerment</i>)
Desplazados	Integración de las minorías étnicas
Aislamiento y alienación	Interacciones interpersonales positivas
Falta de educación, transporte y vivienda	Participación social
Desorganización social a nivel de barrio	Responsabilidad y tolerancia social
Rechazo por parte de los compañeros	Apoyo social y redes comunitarias
Servicios sociales	
Circunstancias o entorno social pobre	
Mala nutrición	
Pobreza	
Injusticia y discriminación social	
Socialmente desfavorecidos	
Urbanización	
Violencia y delincuencia	
Guerra	
Estrés laboral	
Desempleo	

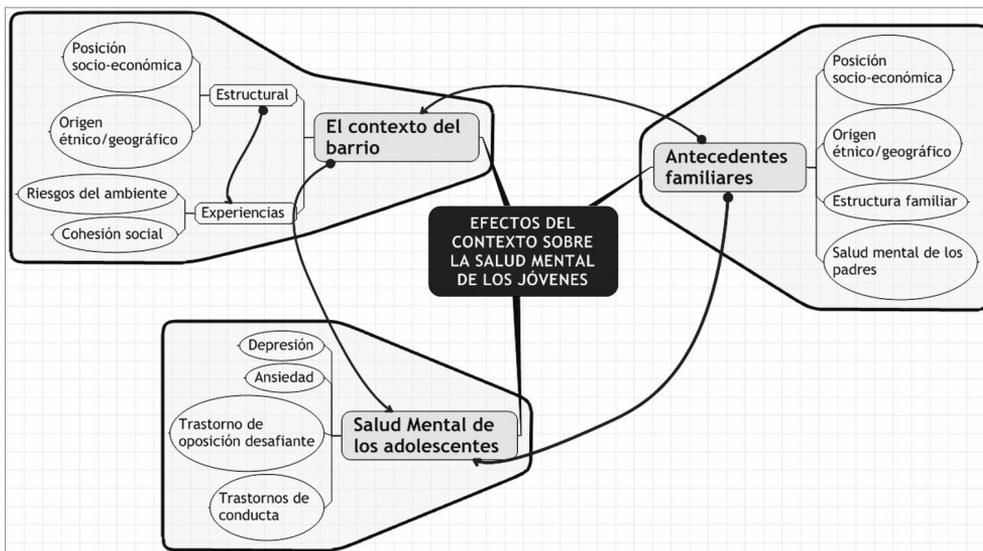
Fuente: WHO: Prevention of Mental Disorders. Tomado de Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental, Bruselas, 14.10.2005.

Son tan numerosos los factores que intervienen que resulta imprescindible construir algún tipo de modelo teórico en el que poder encajar las múltiples interacciones de los distintos factores. Ciertamente, parece claro que la salud mental de los jóvenes está en función del contexto en el que se han desarrollado o se desarrollan sus procesos vitales. A título de ejemplo sencillamente, proponemos, en el gráfico siguiente, un modelo desarrollado por Aneshensel, CS y Sucoff, CA (1996: 295)⁷ en el que se destaca la red de relaciones entre los factores del contexto del barrio y de los antecedentes familiares sobre la salud mental de los jóvenes. Modelos de este tipo pueden contribuir a la clarificación de los modelos empíricos, tras haber servido de guías a la hora de diseñar los indicadores pertinentes.

Por su parte, la OMS ha definido la salud mental como *un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*. Durante mucho tiempo estas carencias se han atribuido a problemas genéticos, trastornos cerebrales, causas de índole biológica. Sin embargo, a finales del siglo pasado se ha producido un cambio de paradigma a partir de la idea de que los genes⁸ pueden ser moldeados por

⁷ Aneshensel, CS y Sucoff, CA, *The neighborhood context of adolescent mental health* Journal of Health and Social Behavior, Vol. 37, N° 4 (1996): 293-310.

⁸ <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>.



las experiencias sociales. Este planteamiento ha variado el enfoque vigente hasta hace poco sobre la importancia de los determinantes biológicos de las enfermedades y trastornos mentales para considerar la trascendencia de otros factores no sólo en relación con este tipo de enfermedades sino en general con los problemas relacionados con la salud. Se considera que están determinados por muchos factores: biológicos, psicológicos y de interacción social, y que obedecen, además de a al funcionamiento del cerebro, a factores ambientales, a la historia de cada individuo, a sus experiencias concretas y a las interacciones con los demás, de forma que interactúan “los problemas mentales, sociales y de conducta”.

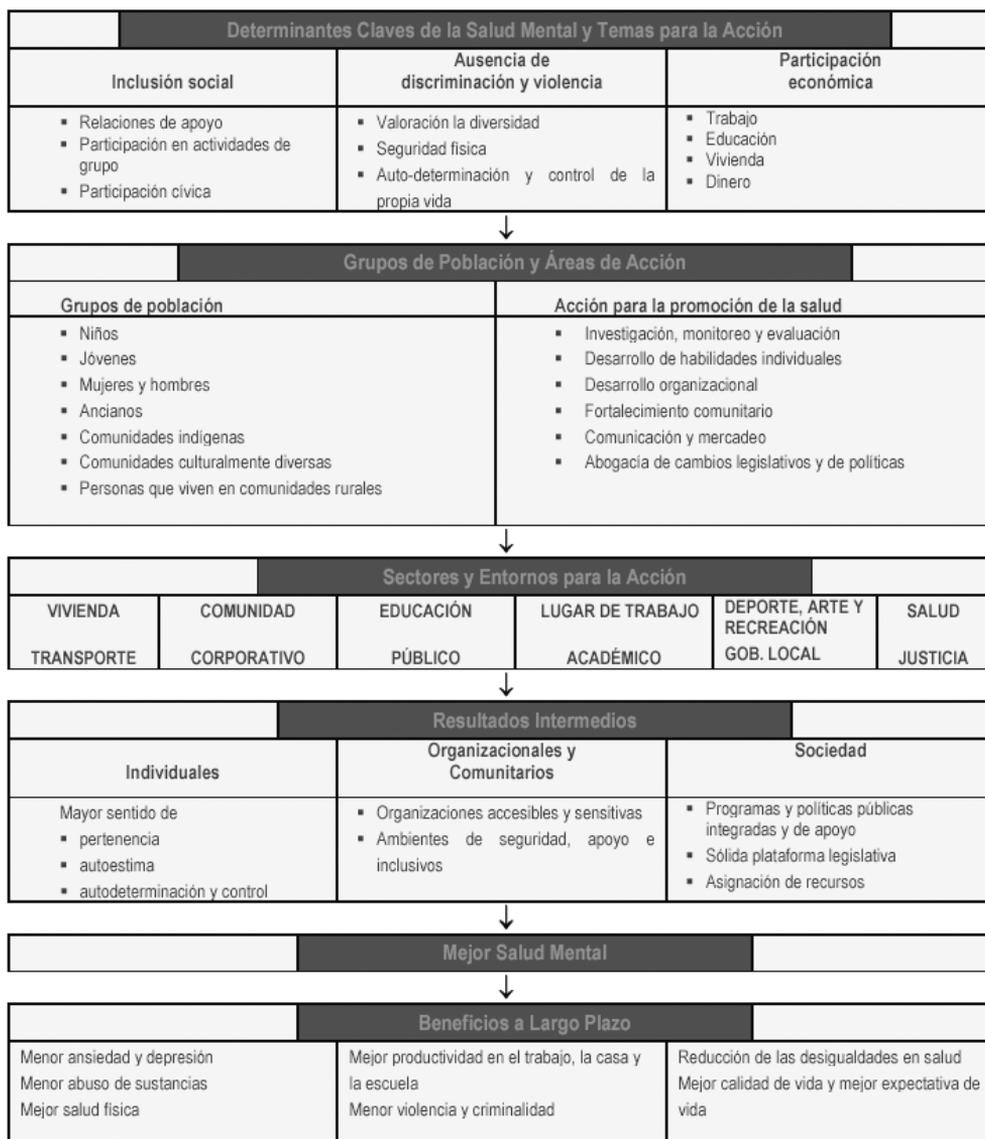
Esta forma de entender las enfermedades y trastornos mentales ha llevado a un cambio de planteamiento en relación con el tratamiento, prevención y promoción de la salud mental. Si el riesgo de estas enfermedades se asocia tanto en el mundo desarrollado como en vías de desarrollo —como así se afirma en el informe de la OMS “Promoción de la salud mental”⁹, a indicadores de pobreza, bajos niveles de educación, condiciones habitacionales y bajos ingresos, entre otros, la promoción de la salud ha de tener en cuenta estos factores ambientales tanto como los individuales (Ver figura 1).

Basándose en las aportaciones de diversos estudios (Korkeila, 2000, Lahtien y otros, 1999)¹⁰ establece diversos nivel de factores determinantes que supondrán el diseño de medidas correspondientes a cada nivel: Un nivel macro que hace referencia a los procesos culturales, sociales, políticos y económicos; un segundo nivel, que hace referencia a la organización social y la conducta (escuelas, vecindarios locales y lugares de trabajo); y un tercer nivel, que hace referencia a las circunstancias demográficas, materiales y sociales y a las conductas de los compañeros y de la familia. Los determinantes demográficos (edad, sexo, nivel educativo, ingresos, empleo, etc.) son esenciales para caracterizar a la población. Estos datos serían básicos no sólo para conocer

⁹ http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf. Organización Mundial de la Salud, Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica (Un Informe de la OMS, Depto. de Salud Mental y Abuso de Substancias en colaboración con la Fundación *Victorian* para la Promoción de la Salud, y la Universidad de Melbourne), Ginebra, 2004.

¹⁰ Korkeila, JJ, Midiendo los aspectos de salud mental (Helsinki: Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y la Salud –STAKES, 2000). Lahtinen, et al. Marco para la promoción de la salud mental en Europa, (Hamina: Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud. Ministerio de Asuntos Sociales y Salud, 1999).

Figura 1: Marco de VicHealth para la promoción de la salud mental y el bienestar

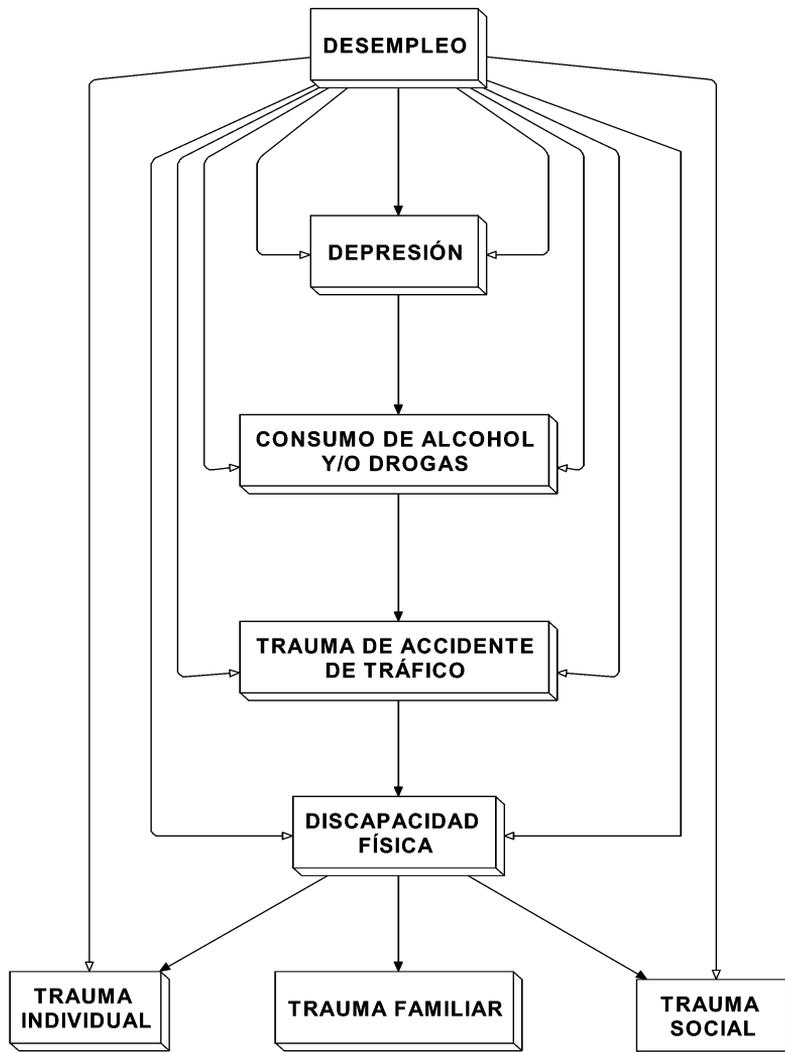


Fuente: VicHealth 1999.

la estructura de las enfermedades y trastornos mentales del conjunto de la población (sea a nivel nacional, europeo, local) sino para el diseño e implementación de políticas destinadas a mejorar la salud mental de grupos específicos de población.

El siguiente ejemplo, extraído de dicho informe, puede servirnos de ilustración de carácter multicausal, de la interacción acumulativa y compleja entre conducta y salud mental. La cascada de acontecimientos podría representarse, más o menos, tal como aparece en el Gráfico siguiente (pág. 18). Los que hemos denominado efectos en cascada del desempleo, podrían conceptua-

EFFECTOS EN CASCADA SOBRE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL



lizarse más atinadamente en términos del concepto de interacción estadística, o efectos dinamizadores o multiplicadores de los factores sociales. Así, si hubiéramos de explicar los traumas (individuales, familiares y sociales) producidos por los accidentes de tráfico (variable dependiente), habríamos de tener en cuenta las variables independientes o explicativas, con sus efectos aditivos, además de los multiplicativos o interactivos). El proceso de interacción de variables quiere decir que no basta con controlar los impactos que se suman entre dichas variables explicativas, sino también su impacto multiplicativo o dinamizador, que es lo que hemos denominado efecto en cascada. De un modo formalizado, podría expresarse así:

Traumas derivados de los accidentes de tráfico = desempleo + depresión + alcohol + drogas + (desempleo x depresión) + (desempleo x drogas) + (desempleo x alcohol) + (depresión x drogas) + (depresión x alcohol) + (desempleo x depresión x drogas) + (desempleo x depresión x alcohol) + (desempleo x depresión x alcohol x drogas).

Esta formalización llevaría a un modelo explicativo de los impactos del desempleo combinados con los del consumo de alcohol y drogas sobre las consecuencias (múltiples) de los accidentes de tráfico en el caso de los jóvenes, permitiendo priorizar los factores determinantes, o agentes causales, de modo que, desde el punto de vista de los programas encaminados a disminuir los accidentes de tráfico en los jóvenes, se pudiera incidir desde el punto de vista de la prevención, precisamente en aquellos factores que empíricamente hubieran resultado ser los determinantes más importantes de los accidentes de tráfico en el caso de los jóvenes. Ello requeriría, por supuesto, contar con la información adecuada (variables e indicadores) para poder desarrollar dicho modelo. Este ejemplo pone de manifiesto, una vez más, la importancia y la necesidad de diseñar sistemas de información adecuados para tal fin, ya que, por lo general, en España no se cuenta con dichos sistemas de información, que, por otra parte, son difíciles de diseñar y, sobre todo, de implantar, debido a la carencia de los datos básicos recogidos de un modo sistemático.

5

Problemas emergentes

Tal como se ha destacado anteriormente, el campo de los trastornos de salud mental en los jóvenes es tan amplio que resulta inabordable en su totalidad. Por otra parte, en el diseño inicial de este proyecto, se decidió incidir sobre algunos ejemplos de problemas relativamente nuevos o que están sufriendo unos incrementos socialmente preocupantes. A título de ejemplo, se pensó en tomar en cuenta los siguientes:

1. Trastornos alimentarios
2. Violencia escolar
3. Suicidio infantil y juvenil
4. Aislamiento social y depresión
5. Internet: aislamiento social, conductas delictivas

5.1. Trastornos alimentarios

Los trastornos de la alimentación constituyen un problema acuciante en expansión, hasta el punto de que los medios de comunicación se han hecho eco de ello a través de titulares tan llamativos como el siguiente: *TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION. La nueva epidemia de los adolescentes. Los especialistas españoles advierten del aumento preocupante de la anorexia y la bulimia en nuestro país*¹¹. Se trata de un tipo de trastornos con una evolución cambiante en cuanto al tipo de personas afectadas, ya que inicialmente *atacaba* a personas provenientes de clases sociales acomodadas, de forma que parecería que se trataba de una patología de las élites. Posteriormente estos trastornos han ido adquiriendo un carácter más transversal afectando también a otros grupos sociales. Nagel y Jones, lo dejaban muy claro ya en 1992 al destacar que:

A lo largo de los últimos veinte años, la anorexia y la bulimia nerviosa han alcanzado proporciones epidémicas dentro de la población de adolescentes y jóvenes adultos. Este aumento dramático está directamente relacionado con el fuerte énfasis que la sociedad actual pone en el aspecto exterior, espe-

11 Suplemento de Salud del Diario El Mundo, Jueves, 25 de Septiembre de 1997, número 262.

cialmente en el aspecto corporal. En años anteriores se consideraba a estos trastornos como propios de las élites, que afectaban casi exclusivamente a las hijas de familias con buen nivel educativo y económicamente exitosas (Bruch, 1978). Sin embargo, con la aceleración del número de personas que desarrollan trastornos alimentarios, se ha producido un aumento de la diversificación del número de personas afectadas. En concreto, investigaciones recientes destacan la incidencia creciente de trastornos alimentarios en poblaciones minoritarias y de chicos (Lachenmeyer & Muni-Brander, 1988)¹².

El aumento dramático del número de estudios referidos a los trastornos alimentarios, especialmente la anorexia y la bulimia, pone de manifiesto que se trata de un problema de gran envergadura en cuanto a su impacto sobre la población. Médicos y psicólogos lo han detectado y se han volcado en su diagnóstico y tratamiento, si bien parece claro que toda esa actividad ha estado sometida al propio sesgo profesional de unos y de otros, en el sentido de que estos problemas se han medicalizado y psicologizado, por más que su trascendencia mayor tenga tanto o más que ver con los determinantes socioculturales, y, en consecuencia, el afrontar con eficacia estos trastornos a medio y largo plazo posiblemente tenga más que ver con esos factores determinantes de tipo sociocultural, como, la clase social, el papel de los medios de comunicación social, los roles y *destinos* del sexo, el género, y la dinámica familiar (hogares rotos), adherencia mayor o menor a las normas de la cultura occidental, que con otras características individuales o incluso biológicas de los jóvenes. Una pequeña publicación del Ministerio de Sanidad y Consumo¹³ refleja adecuadamente los condicionantes socioculturales que están de tras de la aparición de este tipo de trastornos:

La moda, los medios de comunicación, la publicidad y muchos otros factores socioculturales, contribuyen a que la delgadez corporal se asocie a prestigio social, autoestima alta, belleza, elegancia, aceptación social, estar en forma, búsqueda de perfección, y juventud. Esta sistemática asociación es lo que ha hecho que la delgadez se convierta en un fin en sí misma, en un valor. Esta presión por adelgazar incide mayoritariamente sobre las mujeres a través de una serie de mecanismos como:

- Los medios de comunicación social.
- La moda del vestir.
- Los intereses económicos (laboratorios e industrias, con sus productos adelgazantes y *light*).
- La transmisión oral de dietas a través de: familia, amigos, y compañeros.
- Exigencia de determinado tipo de *presencia*, requerida para determinados puestos de trabajo.
- Presión social por *estar en forma*.
- La practica de la danza y de determinadas actividades.

En dos líneas destaca este trabajo como *todos estos factores se influyen y se potencian mutuamente y están actuando permanentemente*. Dicho en lenguaje vulgar, el bombardeo masivo sobre personas que se encuentran en una etapa de configuración de personalidad, hace que difícilmente puedan protegerse frente estas operaciones sistemáticas y pertinaces de acoso, por lo que los intentos de abordar el problema desde las meras variables individuales o psicológicas posiblemente estarán condenados al fracaso si no se hace una intervención a nivel estructural atacando las raíces del problema. Se trata de aislar las variables sistémicas que permitan atacar desde los mecanismos del lenguaje hasta la trama de intereses económicos subyacentes. En este caso, el diseño de indicadores tiene más que ver con variables de campos aparentemente tan distintos como la semántica, el análisis del lenguaje y símbolos publicitarios y las derivadas económicas correspondientes.

12 Nagel, K.L.; Jones, K.H. *Sociological factors in the development of eating disorders* Adolescence, 1992, Vol. 27, N° 105. Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Lachenmeyer, J. R., y Muni-Brander, P. (1988). *Eating disorders in a nonclinical adolescent population: Implications for treatment*. Adolescence, 23(90), 303-312.

13 *La alimentación y el desarrollo emocional: prevención de los trastornos de la alimentación*, en La protección de la salud en la infancia (Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública, 2003).

La pregunta que habría de plantearse, dado que estamos hablando de una especie de epidemia, sería la de saber cuántas personas están afectadas por este trastorno. La realidad es decepcionante en todos los países: no se conocen unas cifras fiables, sino que las estimaciones varían inmensamente. Un ejemplo: En Estados Unidos, El Centro de Información y Referencia sobre Desórdenes de la Alimentación estima que cerca de 10 millones de Norteamericanos padecen desórdenes alimentarios -90 % de ellos son mujeres y 10 % son hombres, mientras que el Centro de Trastornos Alimentarios de la Facultad de Medicina de Harvard calcula que el total de afectados es de aproximadamente 5 millones¹⁴. Por otra parte, se trata de trastornos que muy bien pudieran estar infradiagnosticados, lo que parece ser especialmente cierto en el caso de los varones¹⁵. El baile de cifras de incidencia y prevalencia es constante en casi todos los países, si bien la mayoría de las estimaciones habla de cifras muy abultadas. Así, en EEUU, se dice que la prevalencia puede estar entre 0,1% y 0,7%, para la anorexia y el 0,9-13%, para la bulimia en el caso de las chicas adolescentes¹⁶. Parece interesante destacar el perfil que realiza la *Community Action Network*¹⁷ para EEUU:

- La edad media de surgimiento de la anorexia está en torno a los 14 años (Kagan, 1998, p. 45).
- La anorexia afecta a 1 de cada 100-200 chicas adolescentes y a un número mucho menor de chicos (Center for Mental Health Services, 1998).
- La bulimia afecta a 1-3 de cada 100 personas jóvenes, 1998a).
- En torno al 90-95% de los casos de anorexia y bulimia se dan entre las chicas (DRKOOP, 1998).
- La Anorexia normalmente se desarrolla en la adolescencia, entre los 14-18 años (Drkoop, 1998).
- La Anorexia nervosa es la que tiene unas consecuencias más severas, con una tasa de mortalidad del 56% cada año (USDHHS, 1999, p. 167).
- La tasa de mortalidad por anorexia es 12 veces más alta que para otras jóvenes de la población. (USDHHS, 1999, p. 167).

5.2. Violencia escolar

La violencia en los jóvenes ha ido creciendo también y ha dejado sentir su peso en la sociedad española de una manera, en muchos casos, espectacular. Los relatos resultan estremecedores. Basta analizar la prensa para darse cuenta de ello. Así, por ejemplo, La Voz de Galicia del día 7 de Diciembre de 2005, contenía hasta tres noticias relativas al fenómeno de la violencia: 1. Detenidos en Valencia cuatro escolares por filmar las palizas que le daban a un compañero, (2) Ya son once los muertos en un puente negro en las carreteras gallegas. La mayoría de los siniestros se relacionan con la movida nocturna (3) dos menores de 13 y 16 años, entre los heridos en un coche con cinco personas que se estrelló en Cospito a las 5.30 horas, y (4) cinco jóvenes muertos en las carreteras gallegas desde el inicio del puente. Aquí nos centraremos únicamente en el tema de la denominada *violencia escolar*.

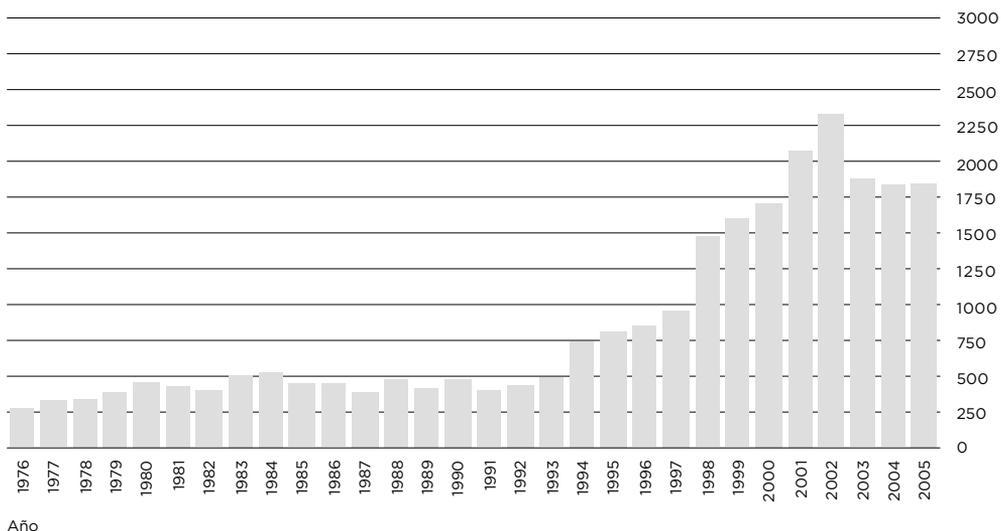
14 <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html>. Véase también Murray, T. *Wait Not, Want Not: Factors Contributing to the Development of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa* The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, Vol. 11, No. 3, (2003):276-280.

15 Andersen, A E y Mickalide, AD. 1983. *Anorexia nervosa in the male: an underdiagnosed disorder* Psychosomatics 24 (12): 1066-1075.

16 Citado en Killian, KD, *Fearing fat: A literature review of family systems understandings and treatments of anorexia and bulimia* Family Relations, Vol. 43, Nº 3 (1994): 311-318.

17 <http://caction.org/IssueAreas/Wellness/PrescriptionForWellness/MentalHealth/Child/Indicators.htm>

Aparición de “acoso escolar” (1976-2005)



Si recurrimos a la base de datos de el Diario El País y tecleamos “violencia escolar” nos encontramos con que desde que apareció en 1976, figuran 210 noticias o artículos relativos a la misma; en los últimos cinco años 140, en el último año, aparecen 73 referencias; en los últimos seis meses, 43, y en los últimos 30 días, 8 referencias. Estas cifras reflejan la importancia social creciente que va teniendo la violencia escolar en España. Asimismo, se trata de un fenómeno de un dramatismo no exento de sadismo, como el caso de aquellas adolescentes que asesinaron brutalmente a una compañera para ver qué se sentía¹⁸.

Las manifestaciones de la violencia escolar son múltiples y de direcciones múltiples también, tal como puede verse, por ejemplo, en estas esclarecedoras palabras de Palomero Pescador y Fernández Domínguez (2001:8)¹⁹:

Los profesores y profesoras sufren las agresiones de sus alumnos, de sus compañeros y de sus superiores; los alumnos, a su vez, están expuestos a las agresiones de sus compañeros y de los profesores; y todos ellos sufren, aunque de distinta forma, las coacciones de la institución escolar y la presión de la violencia estructural. Frecuentemente se centra la atención en los problemas que generan las agresiones de los estudiantes entre sí o hacia los profesores, pero lo cierto es que la violencia estructural que ejercen la sociedad, la escuela y los profesores, es un condicionante de la agresividad de los estudiantes, que a veces puede actuar en ellos como un mecanismo de defensa y protesta. De esta forma la violencia funciona como una espiral que genera más violencia.

Por más que se den diferentes y no concordantes estimaciones de la violencia escolar, lo cierto es que se necesita una información sistemática y fiable que permita abordar políticas de prevención y sitúe este problema en una dimensión real, hasta ahora, muy condicionada su percepción social por la divulgación y tratamiento que muchas noticias relacionadas con este problema

¹⁸ En la lavozdegalicia.es (28/04/2005) apareció la siguiente noticia: *Con la disponibilidad de los teléfonos móviles con capacidad de grabar video ha surgido una nueva tendencia entre los jóvenes ingleses llamada “Happy Slap” la cual consiste en acercarse a un desconocido y golpearlo casi espontáneamente mientras alguno de sus amigos graba el evento con su teléfono.*

¹⁹ Palomero Pescador, JE y Fernández Domínguez, MR, *La violencia escolar: Un punto de vista global* Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, nº 41, (2001): 19-38.

aparecen en los medios de comunicación, noticias en las que, a menudo, el problema puntual de violencia escolar que se informa, sirve para discutir el modelo de escuela pertinente, según los intereses diversos en la defensa o crítica de unos modelos frente a otros. Aportaciones de interés en nuestro país sobre este fenómeno, aunque desde una perspectiva psicológica, es el estudio realizado para el INJUVE por la catedrática de psicología evolutiva de la UCM, M^a José Díaz Aguado,(2004), con el título “Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia” y que es continuación de una serie de trabajos sobre este tema que se han venido realizando desde 1994 dentro de los “Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes”, en los que, entre muchas otras cuestiones, pone de relieve el papel de la educación en la prevención de la violencia.

5.3. Suicidio infantil y juvenil

Para comenzar este apartado, habría de plantearse cuál es la extensión del fenómeno, complejo donde los haya. La tabla siguiente contiene los datos últimos disponibles, tomados del INE, para los grupos de edad 13-19 y 20-29 años, ordenados por frecuencia provincial total. Siguiendo el patrón de otros países, el número de varones supera significativamente al de mujeres, en ambos tramos de edades. Por otra parte, se ve que la distribución geográfica del suicidio de los jóvenes no sigue una distribución aleatoria, sino más bien concentrada en mayor medida en unas provincias que en otras.

Defunciones en España por suicidio o lesiones autoinfligidas, por grupos de edad

	13-19 años		20-29 años		TOTAL
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	
BARCELONA	6	0	14	12	32
VALENCIA/VALÈNCIA	3	2	19	8	32
MALAGA	2	0	9	6	17
MURCIA	0	0	14	3	17
SEVILLA	2	0	12	3	17
CORUÑA (A)	2	1	10	2	15
MADRID	2	2	6	3	13
TARRAGONA	1	1	8	3	13
JAEN	2	0	8	2	12
CIUDAD REAL	1	0	6	2	9
GRANADA	0	1	4	2	7
LLEIDA	0	0	7	0	7
LEON	0	1	4	1	6
ALBACETE	0	0	5	0	5
ASTURIAS	2	0	3	0	5
BADAJOS	0	0	4	1	5
CORDOBA	1	0	4	0	5
OURENSE	1	0	4	0	5

Defunciones en España por suicidio o lesiones autoinfligidas, por grupos de edad (cont.)

	13-19 años		20-29 años		TOTAL
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	
TOLEDO	2	0	3	0	5
VIZCAYA	0	0	3	2	5
ALICANTE/ALACANT	1	0	3	0	4
CACERES	0	1	1	2	4
CADIZ	0	0	4	0	4
CUENCA	1	0	3	0	4
GUADALAJARA	0	0	3	1	4
GUIPUZCOA	0	1	2	1	4
HUELVA	1	0	3	0	4
LUGO	2	0	1	1	4
VALLADOLID	0	0	4	0	4
BALEARS (ILLES)	0	1	2	0	3
GIRONA	1	0	1	1	3
S.C.DE TENERIFE	1	0	2	0	3
ALAVA	1	0	1	0	2
BURGOS	1	0	1	0	2
HUESCA	0	1	1	0	2
NAVARRA	0	0	0	2	2
PONTEVEDRA	0	1	0	1	2
SORIA	0	0	1	1	2
AVILA	0	0	1	0	1
CANTABRIA	0	0	3	1	1
PALMAS (LAS)	0	0	1	0	1
ZAMORA	0	0	1	0	1
ZARAGOZA	0	0	1	0	1
RIOJA(LA)	0	0	0	0	0
SALAMANCA	0	0	0	0	0
SEGOVIA	0	0	0	0	0
TERUEL	0	0	0	0	0
CEUTA	0	0	0	0	0
MELILLA	0	0	0	0	0
ALMERIA	0	0	0	0	0
CASTELLÓN/CASTELLÓ	0	0	0	0	0
PALENCIA	0	0	0	0	0
Total	36	13	187	61	297

Fuente: INE

Se presenta, a continuación, un breve perfil inicial del suicidio de menores.

Las cifras del suicidio de menores²⁰:

Ideación y tentativa de suicidio entre escolares **norteamericanos** (1989):

- el 12% de los escolares de 6 a 12 años han relatado algún tipo de conducta suicida.
- el 35% de los escolares de 12 a 15 años han relatado algún tipo de conducta suicida.
- el 65% de los escolares de 15 a 24 años han relatado algún tipo de conducta suicida.
- el 3% de los escolares menores de 14 años han hecho intentos reales de suicidio.
- entre un 11% y un 18% de los jóvenes entre 15 y 24 años han hecho intentos reales de suicidio.

Ideación y tentativa de suicidio entre escolares **franceses** (1985):

- un 30% de los escolares han pensado en el suicidio (22% de los varones y 38% de las mujeres).
- un 3% de los varones y un 9% de las mujeres con ideaciones suicidas las ponen en práctica.

El caso de los escolares **españoles**

- no existen datos similares relativos a los escolares españoles, pero se sabe que el suicidio es la segunda causa de mortalidad, después de los accidentes, entre la población de 15 a 24 años.
- un 8% de los escolares de entre 11 y 15 años dice sentirse infeliz (MSC, 1990).
- un 14% de las chicas escolares de 15 años y un 9% de los chicos afirman haber tenido sentimientos de soledad con mucha o bastante asiduidad (MSC, 1990).
- algo más del 50% de la población juvenil presenta cuadros depresivos, y las depresiones no tratadas conducen al suicidio en un 15% de los casos.
- en el 70% de los suicidios aparece el fracaso escolar como desencadenante.

Este perfil da una idea de la importancia del fenómeno a nivel general. Si bien suelen presentarse las tasas de suicidio como un indicador de salud mental, lo cierto es que constituyen más bien un indicador indirecto de salud mental. Por otra parte, si se analizan los datos del **Report on the state of young people's health in the European Union** (Gráficos 12 y 13) se aprecia *una fuerte e inexplicada variación internacional tanto en la conducta suicida como en las tasas de suicidio*. Asimismo, *ha habido recientemente un incremento de las tasas de intentos de suicidio en los varones jóvenes en varios países miembros* (Pág. 27), y, por otra parte, persiste la correlación entre intentos de suicidio y tasas de suicidio²¹. El suicidio infanto-juvenil suele ir asociado, tal como destaca la mayoría de los investigadores en esta área, a una gama amplia de factores tales como enfermedad mental, aislamiento social, intentos previos de suicidio, enfermedad física, consumo de drogas, y violencia familiar y escolar²².

5.4. Aislamiento social y depresión

Ambos conceptos son, en toda la investigación científica, absolutamente relevantes a la hora de conceptualizar, analizar e interpretar los niveles diferenciales de salud mental, presentando, por

²⁰ Rodríguez, P. Qué hacemos mal con nuestros hijos (Barcelona: Ediciones B., 1993) Capítulo 28, pp. 357-369.

²¹ European Commission, Directorate General Health and Consumer Protection, Report on the state of young people's health in the European Union (Luxemburgo, 2000).

²² OMS, For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), July 2004, pág 6.

otra parte, una dimensión transversal con otros aspectos tales como las conductas suicidas, el acoso y violencia escolar, y los mismos trastornos alimentarios. Por otra parte, *en el ámbito de la salud y la acción social llama la atención el que el 54% de las personas jóvenes considere que los problemas psicológicos están extendidos entre la juventud. En efecto, se ha constatado que un trastorno emocional como la depresión constituye la tercera causa de muerte entre las personas jóvenes de entre 15 y 24 años. Asimismo, se estima que aproximadamente 1 de cada 20 niños/as y adolescentes tendrá un proceso depresivo antes de cumplir los 19 años*²³. En Estados Unidos se calcula que uno de cada tres niños y uno de cada ocho adolescentes pueden padecer depresión (CMHS, 1998).

En los años 90, tanto la Organización Mundial de la Salud como un informe del Banco Mundial, llamaron la atención sobre el hecho de que tanto el suicidio como la depresión iban a ser los problemas de salud más importantes a abordar en el Siglo XXI. Con respecto a la depresión pronosticaban que iba a constituir el segundo problema más importante de este siglo.

²³ http://www.euskara.euskadi.net/r59-714/es/contenidos/informacion/gazteplana/es_1320/adjuntos/113.html (II Plan Joven CAV).

6

Revisión de la producción bibliográfica a nivel nacional

Los problemas de “salud mental” no constituyen, hasta ahora, un capítulo relevante en los estudios sobre la juventud, que se han venido realizando por distintos organismos en nuestro país, casi siempre, como un epígrafe dentro del análisis de la percepción de la salud por parte de los jóvenes y a menudo ni siquiera se incluye. Esta circunstancia no es exclusiva de los estudios sobre juventud, sino que participa de una tendencia que también se refleja en estudios de carácter general sobre el conjunto de la población e incluso, apenas presente en los estudios generales sobre salud.

La imagen social sobre la salud de los jóvenes participa del tópico de que gozan de una buena salud y de que sus problemas y riesgos se identifican con las drogas, el alcohol y los accidentes de tráfico. En el último estudio sobre la juventud, del año 2004, realizado por el Injuve, los autores llaman la atención sobre este aspecto (p. 154 y ss.), a partir del análisis de las Encuestas Nacionales de Salud y de diversos estudios sobre la salud de los jóvenes, señalan que por lo general “se presenta una mera enumeración sobre temas como las drogas, accidentes de tráfico, alimentación relacionada con la imagen corporal, el rendimiento escolar y la sexualidad (que incluye el SIDA)”, para afirmar que “esos no son todos y no tienen la misma importancia” y concluyendo que existen graves problemas de salud entre los jóvenes diferentes a los que tradicionalmente se describen y “al que podemos considerar un problema oculto, invisible a los investigadores y a la propia sociedad.”

La dificultad en particular, para disponer de datos sobre salud mental es notoria en la actualidad. Como ejemplo de ello puede servir de ilustración la “Cuarta evaluación para España del programa regional europeo Salud para todos- 2004”²⁴, en el apartado “Reducir los trastornos mentales” el único indicador que se utiliza al efecto es “Suicidio y lesiones autoinfligidas. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes, según sexo, edad y comunidad autónoma, 1986-1995”. En nuestro país se ha iniciado a mediados de los años ochenta utilizando indicadores de la Organización Mundial de la Salud y es el único que se utiliza de salud mental. No obstante, pone de relieve la importancia que va adquiriendo desde el punto de vista de la mortalidad este indicador pues en el periodo de 1975 a 1995 la tasa de suicidio (por 100.000 habitantes) en el colectivo de jóvenes (de 15-24 años) casi se triplica, pasa del 1,7 al 5,5; de forma similar al conjunto de la población que se incrementa considerablemente.

²⁴ http://www.msc.es/Diseno/sns/sistemas_información.htm.

Este estudio analiza la situación sanitaria de la población española y tiene por objeto hacer un seguimiento periódico a partir de la utilización de una serie de indicadores propuestos por la OMS que permita establecer prioridades con el objeto de mejorar la salud. Los datos que se obtiene provienen de muy diversas fuentes con información sanitaria, de registros administrativos, encuestas de salud, etc., dispersos en muchos casos.

Otro estudio reciente analiza la salud de los adolescentes y fue financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y realizado por el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla, como parte del HBSC- 2002 (Health Behavior in School-Aged Children)²⁵. En él se analizan los “estilos de vida”, “el contexto familiar y escolar” y otras cuestiones relacionadas con la autoestima, la sexualidad, la violencia escolar. El informe consta de 636 Pág. y se realiza con una muestra de más de 13.000 entrevistas a niños y niñas de 11 a 17 años. Se tratan indirectamente algunas cuestiones relacionadas con la salud mental, con su desarrollo personal, psicológico y social. Las conductas de riesgo aumentan con la edad y van asociadas a la iniciación en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas no legales (hachís y coca). Incide en la necesidad de adoptar políticas preventivas de las conductas de riesgo a esta edad, que van en aumento, en relación a los datos de 1998. Muchas de las conductas a estas edades tiene que ver con los procesos de maduración pero otras (iniciación al consumo de drogas, violencia escolar, malestar psicológico, fracaso escolar...) pueden indicar el inicio de conductas que limiten su autonomía funcional y su capacidad de adaptación eficaz y de respuesta competente a las demandas de su entorno.

La mayoría de los escasos estudios de carácter general sobre la salud mental en nuestro país apenas aportan información y datos sobre el colectivo de jóvenes y no mucho mejor es la situación en relación al conjunto de la población. Una gran parte de los documentos en este tema abordan cuestiones relativas a la prevención y promoción de la salud mental. Los datos que utilizan, en general, proviene de estadísticas aportados por la OMS, en otros casos ni siquiera, simplemente se dan por sentado la existencia de colectivos afectados por enfermedades y trastornos mentales. No obstante, parecen indicar una preocupación cada vez mayor por estos problemas y se incluyen en las agendas y diseños de políticas públicas, medidas de intervención de diverso orden que afectan a los sistemas de salud principalmente en el ámbito autonómico, a pesar de la limitación de los indicadores. Así, por ejemplo, la Comunidad Autónoma de Aragón, elabora un ambicioso “Plan de salud mental 2002-210”, que incorpora “Unidades de Salud Mental infanto-juveniles” “Unidades de Hospitalización Breve infanto-juvenil”, “Centros de Rehabilitación psicosocial”. Para su elaboración parte de datos de la OMS, en relación a la población afectada por trastornos mentales y algunos datos obtenidos del Centro de Salud Mental y Atención Primaria (nº de personas que se aquejan de ansiedad y estrés, nº de personas afectadas por depresión, etc.). La carencia de indicadores ha llevado al gobierno de dicha comunidad a la creación de un subsistema de indicadores de información de salud mental dentro del sistema de información de salud (Decreto 164/2000). Como habíamos señalado con anterioridad la propia UE en su Libro Verde llama la atención sobre esta dificultad y centra su estrategia para los próximos años, además de la promoción de la salud mental, de su prevención y de la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas, en el desarrollo de un sistema de información, investigación y conocimiento para toda la UE. Pero, esta situación es general no sólo en España sino también en otros países de nuestro entorno que se trata desde aquella instancia modificar.

El “Informe de situación de la Salud Mental”, realizado en octubre de 2002, del Observatorio del Sistema Nacional de Salud realiza un análisis de las prestaciones y coberturas en relación a la Red Pública de Salud Mental, por comunidades autónomas e incluye los medios privados concertados. En él se señala la ausencia todavía, en algunas comunidades autónomas, de la ausencia de centros de salud mental o unidades de día con instrumento específico y la inexistencia, a

²⁵ [http:// www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_prevenion.htm](http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_prevenion.htm).

excepción de algunas comunidades autónomas (Canarias, Madrid, Navarra), de relación estrecha entre los servicios de salud mental y los servicios sociales.

En el caso del estudio realizado por el Consejo de la Juventud de España, titulado “Juventud y Salud” (2001)²⁶, realizado con técnicas cualitativas (entrevistas y grupos de discusión) y cuantitativas (una muestra de 1688), se centra como la mayoría de los estudios citados en el estado de salud en general, aunque en esta caso sí realizado a los jóvenes, pero centrado en cuestiones de cómo la perciben, la frecuencia de enfermedades crónicas, la sexualidad, la alimentación, la utilización de los servicios sanitarios, seguridad vial, etc. Sin embargo, en esta ocasión ha introducido algunas cuestiones en relación a la salud mental —lo que le diferencia de muchos otros realizados sobre los jóvenes— aplicando la escala GHQ (**General Health Questionnaire**) que proporciona algunos datos de interés obteniendo puntuaciones variables en función de la edad, el sexo y el ámbito. La probabilidad de padecer algún tipo de problemas relacionados con las enfermedades y trastornos mentales aumenta con la edad, y hasta los dieciocho años ésta es mayor en las chicas que en los chicos y sigue siéndolo a medida que incrementa la edad en el caso de chicas urbanas. Declaran estar a tratamiento psicológico el 1,6%. El mayor porcentaje (32%) lo está por problemas de ansiedad, le siguen (24%) los que padecen depresión, otro grupo (12%) por cuadros psicóticos, y un 8%, por problemas de estudios y problemas de drogas otro 8%. También han indagado, en los jóvenes mayores de 18 años, la existencia de pensamientos suicidas (presentes en un 3,1%) e intentos de suicidio (el 0,8% manifiesta haber intentado en alguna ocasión quitarse la vida).

Centrado también en el colectivo juvenil en el año 2002 se presenta el documento “Ganar Salud con la Juventud”²⁷ elaborado por las Direcciones Generales de Salud Pública y revisado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que analiza la salud y calidad de vida de los jóvenes entre 15 y 29 años y define estrategias encaminadas a mejorar la salud. Es un estudio epidemiológico que utiliza datos cualitativos y cuantitativos. Dedicar un apartado específico a los problemas de salud mental. En la misma tónica de estudios anteriores a los que se ha hecho referencia, los datos que utiliza provienen de la OMS, de fuentes europeas y estadounidenses, en particular, del Centro para los Servicios de Salud Mental de los Estados Unidos para niños y adolescentes.

De interés, aunque limitado al colectivo de personas con enfermedad mental crónica, dentro del conjunto de la población, es el “Estudio con enfermedad mental grave y prolongada”, del “Observatorio de las discapacidades” (IMSERSO)²⁸, que analiza la situación de personas cuyo sintomatología patológica afecta a su funcionamiento psicosocial y a su participación en la comunidad

Algunos otros estudios, a pesar de la expectativa que pueda crear su título, en relación a la aportación de datos sobre la población, y sus características demográficas, que padece enfermedades y trastornos mentales, están enfocados al análisis de la implicación de la sociedad frente a este problema. Caso del “Estudio sociológico de enfermedades mentales”²⁹, realizado en septiembre de 2005, en Madrid, por ACH Asociados (Consultora de Comunicación y relaciones Públicas) para la FEAFES (Federación Española de Agrupaciones de familiares y Personas con Enfermedad Mental). El objetivo del estudio es conocer el grado de implicación de la sociedad española frente a las enfermedades mentales a través de una encuesta telefónica realizada con 3215 entrevistas. En el mismo queda reflejado que el 39,9% de los entrevistados conocen a alguna persona con enfermedad o trastorno mental y que el grado de vinculación es, por este orden amigo/conocido, (43,1%), familiar (32,1), vecino (14,1%).

²⁶ <http://cje.org/publicaciones>.

²⁷ <http://asoc-aen.es/web/docs/salujuventud.pdf>.

²⁸ Informe “Población con enfermedad mental grave y prolongada”. Serie Estudios nº9, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003.

²⁹ http://www.feafes.com/list_documentos

En resumen, nos encontramos con una carencia de informes y estudios sobre la salud mental de los jóvenes en nuestro país. Por lo que se refiere al conjunto de la población, la situación no es muy diferente, aunque existan algunos, los datos que proporcionan son escasos y a menudo no se pueden comparar, carecen de sistematización y no se ha desarrollado un sistema de indicadores amplio. Lo cual no quiere decir que carezcan de utilidad sino que ésta está limitada a objetivos muy concretos, pero de difícil uso para el diseño e implementación de políticas públicas. En la misma página web del Ministerio de Sanidad y Consumo, como hemos indicado ocurre en otras publicaciones al referirse a la situación de salud mental de los jóvenes, se utilizan datos para expresar tendencias, de otros organismo de carácter supranacional y en ocasiones datos de otros países que se entiende pioneros en estas cuestiones, como sucede con los datos del Centro para los servicios de Salud Mental de los Estados Unidos para niños y adolescentes, que se incluyen en dicha página web. Así, desórdenes de la alimentación: anorexia (1 de cada 100 ó 200) bulimia (1 a 3 de 100), desórdenes de la conducta 4 a 10 por cada cien, etc.

Sin embargo, a pesar de la ausencia de sistemas de información sobre salud mental, y en particular, de los jóvenes, existen instrumentos que pueden ser aprovechados mediante una explotación de datos específica y exhaustiva, como puede ser la Encuesta Nacional de Salud, Defunciones según la causa de muerte, Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, etc. Junto con ello, existe una amplia bibliografía científica que aborda aspectos puntuales y específicos relacionados con diversos problemas de salud mental. Junto con otra, también amplísima, que podemos denominar de “divulgación y autoayuda”, pueden servir de indicador de la importancia que adquieren los problemas relacionados con la salud mental desde el punto de vista de la comunidad científica y profesional que, hasta ahora, ha venido dedicando más atención a estos problemas (psiquiatras y psicólogos, principalmente, aunque cada vez más educadores sociales y trabajadores sociales), como de la dimensión de la percepción social (como consumidores del mercado editorial sobre esos temas).

Temas relacionados con los trastornos alimenticios, la ansiedad y depresión, la violencia juvenil, están presentes en las revistas de psiquiatría y de psicología. Alguno de ellos como los trastornos alimentarios es considerado como el problema de salud mental más frecuente en la adolescencia (<http://www.paidopsiquiatria.com>). El énfasis en el análisis de estos problemas se ha ido trasladando hacia los factores sociales y culturales frente a los componentes neurocerebrales, a la vez que se resalta la intervención comunitaria como un factor clave para la mejora del paciente. Dentro de los factores sociales tratan de demostrar y explicar la influencia de las condiciones socioeconómicas en el origen de los trastornos. Por ejemplo, Molina Abril, J.A., García, I., Lera Díaz, A, en un artículo titulado “Desempleo y salud mental en España” publicado en Cuadernos Aragoneses de Economía³⁰, a partir de la explotación de la Encuesta Nacional de Salud, tratan de cuantificar los efectos que una situación de desempleo tienen sobre la situación mental del individuo o también “Desigualdades en la salud mental de la población ocupada”, de C. Borrel, en Gaceta Sanitaria³¹. Otros ponen el acento en el papel del educador social : “Intervención del educador y la educación social en el ámbito de la salud mental”, de Frances Reverter³², o “La educación social en la salud mental: la identidad social de los jóvenes”, de Manuel Capdevila³³, también, “Algunas reflexiones sobre Salud Mental y Educación”, de Susana Brignovi³⁴. En muchas de las aportaciones al tratamiento de salud mental se resalta la necesidad de la interdisciplinariedad, a partir del análisis de casos concretos de intervención en este campo y se presen-

30 Molina Abril, J.A., García, I, Lera Díaz, A.: “Desempleo y salud mental en España, Cuadernos Aragoneses de Economía, Vol. 12, nº 2, 2002.

31 Boreel, C y otros: “Desigualdades en la salud mental de la población ocupada”, Gaceta sanitaria, Vol. 18, nº 2, 2004

32 Reverter F.: “Intervención del educador y la educación social en el ámbito de la Salud Mental”, Revista de Educación Social, nº 3, 2005.

33 Capdevila Capdevila, M: “La educación social en la salud mental: la identidad social de los jóvenes”, Educación Social: Revista de Intervención socioeducativa, nº 26, 2004.

34 Brignovi, S.: “Algunas reflexiones sobre Salud Mental Y Educación”, Revista de Educación Social, nº 3, 2005.

tan modelos explicativos de salud mental diferentes a los tradicionales resaltando la importancia de factores relacionados con el entorno que tiene su impacto en el deterioro psicológico del individuo. Relacionado con estos modelos y enfoques, en concordancia, la prevención y sobretodo la intervención en la población que padece algún tipo de enfermedad o trastorno mental se tiende a llamar la atención sobre la relevancia de los apoyos sociales, de la implicación de la comunidad en la mejora: “La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana”, de C. Borrel y otros³⁵, o, “Apoyo social, integración social y salud mental”, de Esteban Sánchez³⁶.

La importancia del conocimiento de las variables sociodemográficas para el pronóstico de las enfermedades y la planificación de los servicios también se destaca: Moreno, B y Godoy, J.F “Características sociodemográficas de una cohorte de pacientes esquizofrénicos del Área de Salud Mental de Granada”³⁷: O la elaboración de modelos psicosociológicos : José Luis Álvaro y otros: “ Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental”³⁸, en el que tratan de desarrollar un modelo explicativo de la salud mental, analizando factores como la autoestima, el apoyo social percibido, sucesos vitales estresantes y su relación la salud mental.

Por último, que entre la amplia bibliografía de carácter divulgativo, mucha de ella agrupada en las secciones de autoayuda, los temas predominantes tienen que ver con la ansiedad, depresión, autoestima, destinados a la población general. De todo la amplia gama con que nos podemos encontrar una pequeña parte que trata problemas de la adolescencia pero dirigida a padres, tutores y educadores. Dentro de este tipo de obras, las más tienen que ver con los trastornos alimenticios.

³⁵ Borrel, C y otros: “La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana”, Gaceta sanitaria, Vol. 18, nº 2, 2004

³⁶ Sánchez, Esteban: “Apoyo social, integración social y salud mental”, Revista de psicología social, Vol I, nº 3, 1998.

³⁷ Moreno, B, Godoy, J.F. : “Características sociodemográficas de una cohorte de pacientes esquizofrénicos del Área de Salud Mental de Granada”. Psiquis: Revista de Psiquiatría, psicología médica y psicosomática” Vol. 24, nº 4, 2003.

³⁸ Álvaro, J.L., Sánchez, E, Garrido, A.: “Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental”, Revista de Psicología Social, Vol, 18, nº 1.

Revisión de la producción bibliográfica a nivel internacional

Al ir analizando, a lo largo de este informe, los distintos aspectos relacionados con la salud, la salud mental general y la salud mental de los jóvenes nos hemos ido dando cuenta de que casi siempre carecemos de aquella información que más necesitamos. Dentro de la salud, pueden observarse procesos de desigualdad o estratificación interna, es decir, tomando como referencia la disponibilidad de información sistemáticamente recogida, fiable, válida, comparable a través de las distintas unidades de análisis, apreciamos que el área que sale peor parada es la de la salud mental, y dentro de esta la de la salud mental de los niños, adolescentes y jóvenes, figurando éstos como pequeños capítulos o apéndices dentro de los diferentes informes.

Los temas de salud mental en Europa comenzaron a convertirse en prioritarios para la UE en los años noventa, al darse cuenta de que la salud mental debería ser una preocupación prioritaria, debido a que se estimaba que en torno a una quinta o una cuarta parte de la población tenía algún tipo de trastorno mental en algún momento dado. Asimismo, una cuarta parte de toda la morbilidad era atribuible a las enfermedades mentales³⁹. Es en este contexto donde se percibe y surge la necesidad de cuantificar y cualificar tanto los temas de salud general como los de salud mental. Se trataba de definir claramente los conceptos clave y de buscar o generar la información y datos necesarios en el ámbito de la salud mental. A tal fin se consideró *que el desarrollo de indicadores de salud mental constituía una de las áreas prioritarias de acción en el campo de la promoción de la salud mental en Europa*. A pesar de las buenas intenciones persistía el problema de la medición en numerosas dimensiones relativas a la salud mental de adolescentes y jóvenes, debido a la escasa investigación en este ámbito. Laura Lippman, al comentar una conferencia celebrada sobre estos temas, deja al descubierto las carencias manifiestas, de cuya cobertura depende que podamos contar con indicadores adecuados de salud mental en adolescentes y jóvenes:

Por más que las motivaciones conducentes a utilizar indicadores infantiles y juveniles estaban claras y han venido siendo crecientes, las herramientas mismas (los indicadores) resultaban en muchos aspectos inadecuados para la tarea. Muchas dimensiones importantes del bienestar, tales como la salud men-

³⁹ Establishment of a set of mental health indicators for European Union (Final Report), based on the Agreement No SOC 98 201412 05F03 (98CVVF3-509-0) between the Commission of the European Communities and the National Research and Development Centre for Welfare and Health STAKES.

tal infantil, carecían de cualquier tipo de medidas adecuadas para encuestas a gran escala; las bases de investigación sobre las que muchas medidas o indicadores estaban basadas eran a menudo endebles; e incluso los datos para medidas fuertes no estaban con frecuencia disponibles, salvo a nivel nacional (Hauser, Brown, & Prosser, 1997). Las personas de este área estaban preocupadas por el hecho de que el resurgir de la misma podría tambalearse si estas herramientas no se actualizan a corto plazo (pág. 7). La Conferencia estimuló la demanda de medidas positivas en encuestas a gran escala, así como más investigación en nuevos ámbitos tales como la salud mental, y el interés por crear puntos de corte para estos indicadores positivos (pág.11)⁴⁰.

Lo más curioso es que este pesimismo se produce en países que históricamente han desarrollado más este tipo de actividades de investigación, tales como Estados Unidos, Canadá o Inglaterra. Una simple búsqueda en la Red nos da una idea de esta situación:

Frecuencia de las expresiones buscadas en INTERNET

Expresión	n
Mental health in the United States	898
Mental health in The US	620
Child* Mental health in the United States.	757
Child* Mental health in the European Union	81
Mental health in the European Union	655
Mental health in Europe	995
Mental health in Spain	60
Mental health in Finland	141
Mental health in Portugal	3
Mental health in France	134

La aparición de España se limita a 60 referencias, frente a las casi 1000 de EEUU o las 141 de Finlandia.

Otra de las limitaciones en el área de la salud mental de niños, adolescentes y jóvenes reside en que la prevalencia anual de la enfermedad mental está peor documentada y, por tanto, es menos fiable que en el caso de los adultos⁴¹. Asimismo, carecemos de medidas tipificadas para conocer el alcance de las cifras de niños y adolescentes necesitados de tratamiento, aun cuando estas medidas constituyen el núcleo central del enfoque de la salud pública respecto a la salud mental. Dado que no contamos con buenas medidas de la necesidad, las estimaciones se quedarían en meras aproximaciones de la necesidad de tratamiento⁴². Contar con estas medidas supondría, asimismo, disponer de indicios de alerta temprana con el fin de identificar a los niños, adolescentes y jóvenes necesitados de ayuda⁴³.

⁴⁰ Lippman, L. *Indicators and Indices of Child Well-being: A Brief History*, A KIDS COUNT Working Paper, Agosto 2005 (The Annie E. Casey Foundation, Baltimore, Maryland).

⁴¹ Ch. 2 *The fundamentals of mental health and mental illness*, pág. 46)

⁴² *Social Indicators Research* 40: 189-216, 1997.

⁴³ <http://www.kidsmentalhealth.org/documents/warningsignsphaseI.pdf>

Sistemas de información y sistemas de indicadores existentes

Se ha insistido a lo largo del presente informe en la necesidad de contar con medidas/indicadores adecuados para evaluar distintos aspectos de la salud mental tanto general como específica de niños, adolescentes y jóvenes. La breve revisión bibliográfica realizada tanto para España, como Europa, Canadá y Estados Unidos, refleja ese clamor generalizado que insiste en la necesidad de poner en marcha todos los mecanismos posibles que permitan contar con información pertinente y relevante. Existen ciertamente algunos sistemas de información, pero son pocos y están muy dispersos. Al final uno se pregunta ¿de qué medidas objetivas, fiables, y válidas disponemos para la identificación de necesidades, para la planificación, programación y evaluación en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil? La sorpresa es grande al comprobar que el indicador objetivo recurrente es sencillamente la tasa de suicidios o lesiones autoinfligidas. Como es ya tradicional en salud pública, persiste la tendencia a definir las cosas por sus negativos: salud es la ausencia de enfermedad.

La situación en España es aún más deprimente que en otros países. En el informe sobre un proyecto europeo encaminado a recoger un conjunto mínimo de indicadores para todos los países, se puede leer lo siguiente: *Trece de los 16 países participantes devolvieron el cuestionario relleno. No se recibió respuesta de España, Portugal e Irlanda. Se habían remitido cartas de recuerdo tres veces*, a pesar de que, tal como se asegura en dicho informe:

Un conjunto de indicadores de salud mental servirá tanto a la Comisión Europea como a los Estados Miembros de la UE para facilitar el seguimiento satisfactorio de la salud mental de las poblaciones. Un conjunto común de indicadores facilita el planteamiento de esfuerzos conjuntos en el ámbito de la salud mental, la comparación de las políticas y actuaciones de los distintos Estados Miembros, así como la evaluación y difusión de buenas prácticas. Los resultados de los indicadores de salud mental pueden utilizarse en el esfuerzo conjunto encaminado a potenciar la visibilidad de los problemas de salud mental en el contexto europeo. Estos indicadores pueden utilizarse para definir un conjunto mínimo de datos necesarios para el seguimiento de la salud mental comunitaria (pág. 12)⁴⁴.

⁴⁴ Establishment of a set of mental health indicators for European Union (Final Report), based on the Agreement No SOC 98 201412 05F03 (98CVVF3-509-0) between the Commission of the European Communities and the National Research and Development Centre for Welfare and Health STAKES.

Existen numerosos proyectos que están tratando de diseñar y poner en marcha sistemas de indicadores de salud mental tanto a nivel general como a nivel de los jóvenes. Seguidamente se presenta un mecanismo utilizado por el Centro para el Avance de la Salud Mental de los Niños (**Developing mental health indicators for U.S. children and adolescents**)⁴⁵ que planteó el siguiente procedimiento:

1. Necesidad de *indicios de alerta temprana*
2. Identificación y desarrollo de indicadores
 - a. Revisión de la bibliografía científica y de otro tipo e identificación de las bases de datos más importantes
 - b. Características de estas bases de datos
3. Indicadores potenciales
4. Coordinación y métodos iniciales de análisis de datos
5. Puntos de atención especial:
 - a. Edad y género
 - b. Compromiso de los implicados (*stakeholders*)
 - c. Grupos focalizados
 - d. Centrarse en fenómenos clínicos significativos
 - e. Centrarse en problemas actuales (pasar de las señales de alerta al desarrollo de *indicadores de salud mental*)
 - f. Centrarse en las necesidades no cubiertas
 - g. Incidir en la persistencia y severidad
 - h. Quedarse con los indicadores más robustos
 - i. Tener en cuenta los factores socio culturales, étnicos y del lenguaje
 - j. Factores contextuales

Una vez desarrolladas las actividades precedentes se llegó a un conjunto de indicadores iniciales, siguiendo el procedimiento que se relaciona a continuación:

- I. Revisar la bibliografía científica y cualquier otra relevante e identificar las bases de datos mejores
- II. Desarrollar un marco conceptual para indicadores/signos de alerta temprana (a partir de I)
- III. A partir de II, indicadores potenciales
 - a. Basados en informes de los jóvenes
 - i. Nervioso e incómodo en el grupo
 - ii. Con frecuencia se siente nervioso al estar frente a otras personas
 - iii. Se pone muy enfermo o molesto cuando no está con sus padres o con otras personas cercanas
 - iv. Miedo a la oscuridad
 - v. En algún momento ha tenido un ataque de pánico
 - vi. Le preocupa salir de casa por temor a un ataque de pánico
 - vii. Tenso, no se relaja fácilmente
 - viii. Se moja durante el día a partir de los 5 años
 - ix. Ha pensado seriamente en quitarse la vida
 - x. Dificultad para concentrarse
 - xi. Robo
 - xii. Miente para conseguir dinero
 - xiii. Asalto a una casa, edificio o coche

⁴⁵ Center for the Advancement of Children's Mental Health, Universidad de Columbia, Developing mental health indicators for U.S. children and adolescents.

- xiv. Expulsado del colegio
- xv. Disputas con la familia/amigos debido a la bebida
- xvi. Utilizó marihuana 6 veces o más
- xvii. Consumió cocaína/crack el año pasado
- xviii. Consumió opiáceos el año pasado
- b. Basados en informes de los padres
 - i. Se pone muy enfermo o molesto cuando no está con sus padres o con otras personas cercanas
 - ii. Le dan miedo los puentes, túneles o salir solo de casa (9-17 años)
 - iii. En algún momento ha tenido un ataque de pánico
 - iv. Ha pensado seriamente en quitarse la vida
 - v. Cree que tiene *podere*s o habilidades especiales
 - vi. Le cuesta mantenerse concentrado en las cosas
 - vii. Con frecuencia no puede realizar tareas que exigen atención
 - viii. Se niega a hacer lo que los adultos le dicen que haga
 - ix. Se venga robando o molestando a la gente
 - x. Hace las cosas a medias adrede
 - xi. Mintió para conseguir dinero
 - xii. Forzó la entrada en una vivienda, edificio o coche

Este esquema refleja que el llegar a un sistema de indicadores de salud mental supone un gran esfuerzo de coordinación y colaboración entre instituciones y organismos afectados, investigadores, expertos, y los mismos padres y niños. Se exige una labor conceptual inicial muy potente, así como diseños precisos.

Otro ejemplo distinto es el desarrollado por la Community Action Network, de Austin, Texas. Basándose en datos existentes lograron reunir un conjunto de seis indicadores de salud mental infantil⁴⁶. Los indicadores fueron los siguientes:

- Indicador 1: Tasa de suicidio
- Indicador 2: Intentos de suicidio en adolescentes
- Indicador 3: Trastornos alimentarios
- Indicador 4: Atención primaria de salud
- Indicador 5: Los niños y el tratamiento
- Indicador 6: Justicia juvenil
- Indicador 7: Consumo de drogas y trastornos mentales

El ejemplo de Escocia⁴⁷ constituye una buena guía a tener en cuenta a la hora de desarrollar un sistema de indicadores de salud mental. En la nota a pie de página se recogen los documentos que detallan el proceso de trabajo para llegar al objetivo de contar con unos indicadores que permitan (1) un resumen del perfil de salud mental de todo el país; (2) evaluar el cambio producido en los niveles de salud mental a lo largo del tiempo; (3) informar a los responsables de la toma de decisiones sobre las prioridades de acción y de asignación de recursos; (4) maximizar la contribución de los datos ya recogidos; y (5) permitir, en la medida de lo posible la comparación

⁴⁶ <http://caction.org/IssueAreas/Wellness/PrescriptionForWellness/MentalHealth/Child/Indicators.htm#SuicideAttempts#SuicideAttempts>

⁴⁷ <http://www.phis.org.uk/doc.pl?file=pdf/Briefing%20sheet%20sept%202005.doc>
<http://www.phis.org.uk/doc.pl?file=pdf/Mental%20Health%20background%20paper%20revised2.doc>
<http://www.phis.org.uk/doc.pl?file=pdf/Mental%20Health%20Indicators%20Action%20Plan4.doc>
<http://www.phis.org.uk/doc.pl?file=pdf/Mental%20Health%20Indicators%20Progress%20Year%201%20web.doc>
<http://www.phis.org.uk/doc.pl?file=pdf/Option%20Appraisal%20for%20web.doc>
<http://www.phis.org.uk/info/mental.asp?p=BG>

con otros países. Por otra parte, la utilidad esperable de este sistema de indicadores se centra en cuatro objetivos: (1) concienciar a la población y promover la salud mental y el bienestar; (2) eliminar el estigma y la discriminación hacia las personas con trastornos mentales; (3) prevenir el suicidio; y (4) promover y apoyar la recuperación.

Para llegar al objetivo, plantearon una serie de cuestiones a debatir y que se resumen en los siguientes puntos:

1. ¿Cuántos indicadores debería tener el sistema?
2. ¿Cuál debería ser la frecuencia de recogida de información y de producción de informes?
3. ¿Cuál es el espacio de tiempo en el que los indicadores habrían de mostrarse robustos?
4. ¿Cómo deberían conectarse con la política de salud?
5. Si existen medidas nuevas mejores ¿deberían usarse o seguir utilizando las ya existentes?
6. ¿Cómo se podrían rellenar los vacíos de información existente
7. ¿Cuál debería ser la periodicidad de los indicadores?
8. ¿Cuál es la fórmula concreta del indicador?
9. ¿Cuáles son los factores principales de *confusión* de los indicadores?
10. ¿Qué características de la población habría que estandarizar y para qué grupos haría falta mecanismos especiales de muestreo?
11. ¿Cómo se puede gestionar mejor el presupuesto asignado al proyecto?
12. ¿Con qué frecuencia se deben actualizar los datos?
13. ¿Cómo y para qué se van a utilizar estos indicadores?
14. Acuerdo sobre las definiciones

Especial mención merecen los criterios y principios tenidos en cuenta por los expertos a la hora de diseñar el sistema de indicadores⁴⁸:

1. El sistema tiene un enfoque orientado a la población.
2. Debe estar conectado a las prioridades del propio sistema nacional de salud.
3. El conjunto básico de indicadores debe tener en cuenta las dimensiones relevantes de salud mental: positiva/negativa, individual/social, determinantes clave/resultados, distintos grupos sociales.
4. Utilizar datos disponibles a ser posible.
5. Comparables con otros países.
6. definición de los indicadores consensuada, clara y sin ambigüedad.
7. Interpretación clara del valor del indicador.
8. Sensible a los cambios temporales
9. Cubrir las características de un indicador robusto: viable, medible, aceptable, comprensivo, específico (causa/efecto), relevante, fiable, válido, replicable, realista, comparable, práctico, basado en la evidencia, y ético.
10. Calidad de los datos: disponibilidad, cobertura (geográfica, completa, grupos), tamaños muestrales, precisión, frecuencia de recogida, disponibilidad de los datos una vez recogidos.
11. Relevantes para la política de salud, sin depender de ella.
12. Sensible a la política de salud.
13. Coste/eficiente, en cuanto a la recogida, análisis, almacenamiento y recuperación de los datos.
14. Posibilidad de actualización y de mejora cuando sea necesario, manteniendo un cierto grado de consistencia a lo largo del tiempo.

⁴⁸ <http://www.phis.org.uk/doc.pl?file=pdf/Mental%20Health%20background%20paper%20revised2.doc>

Desde un punto de vista más específico referido a los criterios para construir sistemas de indicadores de salud mental en el caso de los niños, el Child Trends Research Brief propone la siguiente batería de criterios que deben reunir⁴⁹:

1. Comprensivos: deben abarcar resultados, conductas y procesos.
2. Incluir niños de todas las edades.
3. Claros y comprensibles.
4. Profundidad, extensión y duración.
5. Resultados positivos.
6. Interpretación común.
7. Consistencia a lo largo del tiempo.
8. Metodología rigurosa.
9. Perspectiva de futuro.
10. Detalle geográfico.
11. Coste/eficientes.
12. Reflejo de las metas sociales.
13. Ajustados en relación con las tendencias demográficas.

⁴⁹ *Building a Better System of Child and Family Indicators*, en Child Trends Research Brief (www.childtrends.org/Files/bettersys.pdf).

Existen diversos instrumentos utilizables para medir los niveles diferenciales de salud mental. La ventaja que representan con respecto a las medias *ad hoc*, de las encuestas, por ejemplo, reside en que se trata de instrumentos probados y estandarizados. Los instrumentos utilizados en Irlanda han sido los siguientes⁵⁰:

- EuroQoL-EQ-5D: The EuroQoL Quality of Life Scale (The EuroQoL Group 1990)
- WHOQoL BREF: World Health Organisation Quality of Life Scale (The WHOQoL Group 1993)
- CES-D: The Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (National Institute of Mental Health, USA 1972, Radloff 1977)
- GHQ-12: General Health Questionnaire (Goldberg 1978)
- Zung Scale: Zung's Self-rating Depression Scale (Zung 1965)
- GMS-AGECAT: Geriatric Mental State Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy (Copeland et al. 1986)
- SF-36: Short Form-36 Health Survey Questionnaire (Ware et al. 1993)
- SEIQoL: Quality of Life (Browne et al. 1997)
- MOS Scale: The Medical Outcomes Study Social Support Survey (Sherbourne and Stewart 1991)
- HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond and Snaith 1983)
- Rosenberg Self-Esteem Scale: (Rosenberg 1965)
- QRS-F: Questionnaire on Resources and Stress (QRS-F, Freidrich et al. 1983)
- Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale: (Lawton 1975).

Es evidente que estos u otros instrumentos requieren una adaptación adecuada para poder ser utilizados.

⁵⁰ Barry, M. y Friel, S., Dempsey, C., Avalos, G., Clarke, P. Promoting Mental Health and Social Well-being: Cross-Border Opportunities and Challenges (Galway: Centre for Health Promotion Studies, National University of Ireland, June 2002). Pág. 105.

A la hora de plantear un sistema de indicadores se requiere partir de una clarificación conceptual profunda, y una vez lograda se puede pasar al proceso de concretar u operacionalizar cada uno de ellos en una serie de indicadores que permitan medir dichos conceptos a un nivel más concreto. Para ello es preciso recordar las características metodológicas que deben reunir los indicadores para ser útiles.

¿Qué son los indicadores sociales?

Los indicadores sociales se definen según cuatro dimensiones principales. La ya clásica definición de Cazes⁵¹ (1974, pág.14] dice que un indicador social es:

1. Una medida de fenómenos sociales.
2. De carácter transeconómico.
3. Normativa (finalista).
4. Integrada en un sistema de información internamente consistente.

El proceso general básico para la construcción de un sistema de indicadores puede resumirse en cuatro pasos fundamentales:

1. Descripción inicial del fenómeno a investigar.
2. Identificación de los conceptos centrales relevantes para el fenómeno en cuestión.
3. Definición operativa de los conceptos, en términos de variables medibles.
4. Planificación de la recogida de datos y construcción de indicadores.

⁵¹ Cazes, B., «The development of social indicators: A survey», pp. 9-22 en A. Shonfield y S. Shaw Social indicators and social policy (Londres: Heinemann Educational Books 1974, e.o. 1972).

Criterios a tener en cuenta en la construcción de indicadores

Proponemos tres tipos de categorías de criterios que deben reunir los indicadores: técnicos, de viabilidad operativa, y de utilidad, tal como se refleja en el Cuadro siguiente:

Criterios para la construcción de indicadores

Criterios		
A. Técnicos	B. De viabilidad operativa	C. De utilidad
1. Fiabilidad	1. Sencillez	I. Generales
2. Sensibilidad	2. Concisión	1. Validez
3. Especificidad	3. Inteligibilidad	2. Relevancia
4. Comparabilidad	4. Economía	3. Actualidad
	5. Disponibilidad	4. Interpretabilidad
	6. Pocos en número	5. Orientación a grupos de riesgo
	7. Clarificación de términos de uso común	6. Conexión con un modelo previo
		7. Disposición en series temporales
		II. Específicos
		1. Identificación de necesidades
		2. Determinación de prioridades de acción
		3. Objetivos de acción evaluación

A. Criterios técnicos

Se han incluido en esta categoría los criterios de fiabilidad, sensibilidad, especificidad y comparabilidad. Consideremos cada uno de ellos por separado.

1. Fiabilidad

La fiabilidad se define como el grado en que un instrumento de medida arroja los mismos resultados en ensayos repetidos. Si bien se da siempre un cierto grado de error en mediciones repetidas del mismo fenómeno, sin embargo, dichas mediciones tienden a ser consistentes de una medición a otra. Así, por ejemplo, si una persona tiene una alta presión sanguínea en una primera medición, tenderá a tenerla alta también en sucesivas mediciones. Lo mismo sucederá en un grupo de personas a las que se les mide la presión sanguínea. Sus puntuaciones pueden variar de una medición a otra, pero tenderán a ser constantes. Se llama fiabilidad a esta tendencia a la estabilidad. Así, cuanto más constantes sean los resultados obtenidos en mediciones repetidas del mismo fenómeno, mayor será la fiabilidad del instrumento de medida. En síntesis, la fiabilidad puede definirse en términos de estabilidad, certeza, predecibilidad, precisión y ausencia de errores de medida de un instrumento. La fiabilidad es una condición necesaria pero no suficiente para el valor de los resultados de una investigación, así como para su interpretación.

Son pocas, si es que existe alguna, las variables que pueden ser medidas de un modo completamente fiable. Por tanto, los datos relativos a los conceptos del sistema de indicadores no pueden pretender representar con exactitud la situación real, y esto se debe a la diferencia entre sistema de salud o educativo verdadero y sistema de salud o educativo observado. La discrepancia entre ambos (verdadero/observado) se debe a que existe una serie de factores que introducen errores en la medición. Estos errores se acumulan y no es fácil determinar su cuantía. Existen, al menos, cuatro tipos de fuentes de error de medida:

1. Inconsistencia en la aplicación de una medición operativa de la variable, lo que puede deberse a distintas causas, como la utilización de una definición ambigua o incompleta, lo que lleva a interpretaciones distintas de la variable.
2. Errores debidos al procedimiento de recogida de datos.
3. Errores debidos a los instrumentos de recogida de datos.
4. Errores debidos al procesamiento de la información.

El tema de la fiabilidad de las medidas es central para el éxito de cualquier investigación.

2. Sensibilidad

Un indicador es sensible si permite captar los cambios de situación, es decir, los indicadores deben ser sensibles a los cambios del fenómeno que miden. En este sentido, se ha señalado que una de las características de gran parte de la planificación de los servicios está en qué ignoramos en qué grado muchos de los índices que se supone reflejan los efectos de una intervención, de hecho no lo hacen, sino que más bien reflejan otras circunstancias que afectan a la vida de las personas implicadas. Un ejemplo clásico de falta de sensibilidad de un indicador es la tasa de mortalidad, que, si bien se ha utilizado como indicador de salud, sin embargo, no es tan sensible a la salud, por dos razones básicas, ya que (1) la tasa de mortalidad puede estar reflejando simplemente la composición por edades de la población y no su nivel de salud; (2) la mayoría de las enfermedades no son mortales, con lo que no aparecen en las cifras de mortalidad. En nuestro caso concreto, es especialmente importante lograr este requisito de la sensibilidad, ya que lo que se está midiendo es la reestructuración social, económica y psicológica tras una catástrofe, para lo que se requiere que los indicadores construidos sean sensibles al cambio habido entre el antes y el después de la catástrofe, e incluso en los distintos estadios posteriores a la misma.

3. Especificidad

Esta característica quiere decir que el indicador debe referirse en concreto a un aspecto de la situación, es decir, debe reflejar los cambios que se producen **sólo** en esa situación concreta. Así, si lo que se quiere medir es la pérdida de confianza de la población en los gestores de la catástrofe y la crisis, debe medirse realmente eso y no la pérdida de confianza en el sistema económico, por ejemplo.

4. Comparabilidad

Esta característica tiene los dos niveles siguientes: (1) comparabilidad del indicador consigo mismo. Los valores del indicador deben ser comparables entre sí, lo que supone una escala de intervalos iguales o de razón. Ahora bien, esta característica se da pocas veces en ciencias sociales, por lo que un valor de un índice de 0'40 no es el doble de 0'20; (2) comparabilidad de un indicador con otro, es decir, que los indicadores varíen dentro de los mismos límites. Así, por ejemplo, hasta hace poco no se daba comparabilidad en los índices españoles de natalidad, ya que se consideraba «nacido vivo» sólo al que ha vivido al menos 24 horas. La comparabilidad apunta, de hecho, al problema de la normalización o estandarización de los indicadores.

B. Criterios de viabilidad operativa

1. Sencillez

Los indicadores deben ser sencillos para que puedan ser comprendidos por los distintos tipos de usuarios: estadísticos, responsables de la recogida de información, planificadores, políticos, gestores, investigadores, etc.

2. Concisión

Si los indicadores son concisos son más fácilmente inteligibles y utilizables a todos los niveles. La complejización innecesaria no hace más que ocultar las relaciones entre los fenómenos.

3. Inteligibilidad

Los indicadores serán más inteligibles para los distintos usuarios si son sencillos y concisos. Si un indicador o conjunto de indicadores no son inteligibles pierden la mayoría de su impacto.

4. Economía

Esta característica se refiere al coste de la obtención de un indicador, en los niveles siguientes: (1) **tiempo**: En planificación, gestión y evaluación del impacto de las catástrofes, el tiempo es un factor decisivo. No debe, pues, consumir mucho tiempo la fase de obtención de la información necesaria para estos fines, de ahí la importancia de establecer una planificación precisa del tiempo de recogida de información y su elaboración; (2) **recursos humanos**: Supone evitar el derroche de esfuerzo de las personas encargadas de obtener la información; (3) **recursos técnicos**: Hay que pensar que los recursos técnicos resultan caros y que su utilización debe ser la necesaria, evitándose el despilfarro; (4) **dinero**: La economía en los tres aspectos anteriores conlleva un ahorro económico que puede dedicarse a otros fines más productivos.

5. Disponibilidad

En la recogida de información, debe procurarse utilizar datos ya disponibles, suponiendo, en primer lugar, que existan, y, si existen, que cumplan los requisitos de especificidad, fiabili-

dad, validez y utilidad. Si la información disponible no cumple un nivel mínimamente aceptable en cuanto a estas características, hay que valorar su grado de necesidad de cara a los objetivos propuestos. Si dicha información no cumple los requisitos mínimos y, a la vez, resulta necesaria, hay que plantearse el método más rápido, eficaz y económico para conseguirla.

6. Número reducido

Desde el punto de vista de la funcionalidad, un sistema de indicadores debe estar formado por pocos indicadores, pero que sean esenciales y específicos. Una masa de información se convierte pronto en inútil e inmanejable. No se trata, pues, en este proyecto de hacer un acopio voluminoso de datos/información, sino más bien de buscar un sistema trabado y coherente (y reducido) que funcione como un todo.

7. Clarificación de términos de uso común

Existen algunas expresiones comúnmente utilizadas y frecuentemente mal entendidas, como «vulnerabilidad», «lesiones autoinfligidas», «tasa estandarizada», «población en riesgo», «nivel educativo de la población», «población activa» o «población ocupada», «defactores». Es conveniente ofrecer una explicación precisa de estos términos para que sean correctamente entendidos e igualmente utilizados por todos.

C. Criterios de utilidad

Los dos grupos anteriores de criterios constituyen condiciones necesarias pero en absoluto suficientes, ya que un indicador puede ser muy fiable, sensible, claro, específico, barato y sencillo y, sin embargo, resultar inútil en la práctica. Es por ello por lo que se necesita establecer una serie de criterios relativos a la utilidad de los indicadores. Hemos dividido estos criterios en dos tipos. Por una parte, estarían los criterios de utilidad **generales** (validez, relevancia, actualidad, interpretabilidad, orientación a grupos de riesgo y conexión con un modelo previo), y, por otra, habría unos criterios más específicos en función de las áreas concretas del proyecto (identificación de necesidades, determinación de prioridades, objetivos para la acción y evaluación).

I. Criterios generales

1. Validez

La validez es el criterio fundamental de utilidad de un indicador. Además de fiable, un indicador tiene que ser válido. Se dice que un indicador es válido cuando mide lo que se supone que debe medir, es decir, cuando se da una estrecha relación entre el concepto y el indicador. Un indicador será válido si representa únicamente el concepto que se pretende y no otro.

Fiabilidad y validez son dos propiedades relacionadas, ya que (1) la fiabilidad depende del grado de error aleatorio, mientras que la validez depende del error no aleatorio o sistemático; (2) un indicador fiable puede no ser válido, mientras que un indicador válido tiene que ser fiable; (3) un indicador empírico que sea fiable está sólo a mitad de camino para lograr su status «científico», por ello tiene que ser necesariamente válido; (4) la fiabilidad es una cuestión de carácter empírico, mientras que la validez es un problema de tipo más teórico, ya que plantea la pregunta «¿válido para qué?»; (5) para que un indicador sea útil para la investigación debe llevar a la obtención de resultados precisos y estables tras mediciones repetidas y debe reflejar también el concepto teórico subyacente.

Si bien la definición de validez parece muy simple, sin embargo, no lo es tanto, ya que existen diversos tipos de validez y cada tipo enfoca de manera distinta la valoración de la misma. Hay

que tener en cuenta que lo que se valida no es el instrumento de medida como tal sino el instrumento de medida en relación con el objetivo para el que se utiliza dicho instrumento.

En ciencias sociales, la validez de criterio y la validez de contenido resultan muy poco útiles, por lo que el tipo de validez que más atención ha recibido es la de constructo. Expresado brevemente, la validez de constructo nos dice en qué grado una medida se comporta de acuerdo con las expectativas teóricas.

2. Relevancia

Al construir un sistema de indicadores sociales hay que plantearse la necesidad de que cada uno de ellos sea relevante. Puede haber información muy fiable pero que no viene al caso. Es imprescindible que los indicadores sean pertinentes. Al decir que un indicador tienen que ser relevante nos referimos a que tiene que tener validez de contenido. Este criterio limita la tendencia a incorporar mucha información en el sistema, por la sencilla razón de que disponemos de ella, y no tanto porque sea relevante.

3. Actualidad

La actualidad de los datos utilizados para construir un sistema de indicadores constituye una característica crucial. Hay una serie de factores que impiden la disponibilidad de una información al día. La existencia de múltiples fuentes de información desconectadas tampoco facilita la obtención rápida de los datos actualizados.

4. Interpretabilidad

Si un indicador parte de un modelo previo, será más fácilmente interpretable, ya que dicho indicador representa una medida de un concepto. Puede haber indicadores muy rigurosos, pero que no son interpretables, ya que no hay hipótesis coherentes tras ellos. Resulta, por tanto imprescindible considerar la interpretabilidad de la salud mental juvenil en el marco de un sistema social complejo, dentro del que dichos niveles de salud mental surgen, se desarrollan, se deterioran o mejoran y se recuperan.

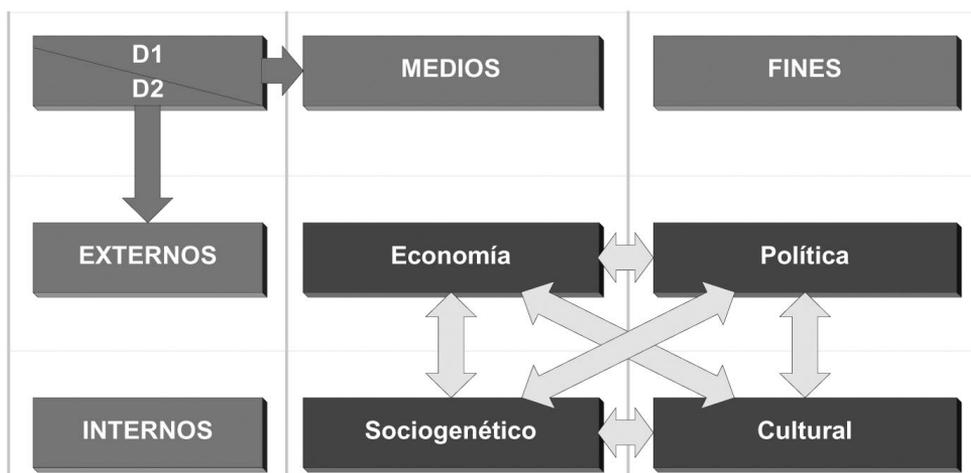
5. Conexión con un modelo previo

Para que un indicador sea útil debe estar siempre conectado a un modelo previo. Es necesario conocer claramente el modelo específico en el que se encaja el fenómeno que se quiere medir. La idea es responder a la pregunta de por qué queremos conocer y medir ese fenómeno y no otro. Cuanto menos claro sea el modelo que une el fenómeno con la medida, más difícil será interpretar y utilizar dicha medida. Un indicador desconectado de un modelo previo es imposible de validar. Por otra parte, estos indicadores desconectados de un modelo ofrecerán mayor resistencia a su aceptación, ya que carecen de sentido para los distintos usuarios. Lo que el modelo proporciona es un marco general para la recogida de información y la consiguiente elaboración de los indicadores.

1. Elementos del sistema
2. Estructuras del sistema
3. Relaciones entre los elementos y el sistema
4. Relaciones entre las estructuras y el sistema

Con el fin de poder diseñar los indicadores es necesario partir de un marco teórico adecuado. La vida social transcurre en una serie de coordenadas que tienen que ver con lo cultural, lo económico, lo demográfico y lo político. Estos cuatro factores tienen que ver con la etiológica, manifestaciones y repercusiones del bienestar o malestar social tanto físico como psíquico. El cuadro siguiente refleja esta dinámica.

MATRIZ SOCIAL PARA INTERPRETAR FENOMENOS SOCIALES



Este marco sistémico puede guiar la elaboración y selección del sistema de indicadores final. Esta matriz social genera dos dimensiones del sistema social y cuatro subsistemas. Las dos dimensiones son: (1) Medios-Fines: Todo sistema social implica un modelo cultural caracterizado por un conjunto estructurado de medios y fines; (2) Externo-Interno: El sistema social es abierto e interactúa con otros sistemas. Los cuatro subsistemas generados serían (1) Economía o subsistema **económico**: encargado de crear y administrar los recursos; (2) Político: encargado de elegir los fines y de movilizar los recursos para desarrollar un determinado modelo cultural; (3) Sociogenético: permite la reproducción biológica y social de los actores; (4) Cultural: Tiene funciones de cohesión, siendo el lugar donde se elaboran los modelos culturales. A partir de este marco teórico pueden derivarse los indicadores correspondientes.

6. Disposición en series temporales

Cuando se utilizan los indicadores con fines de seguimiento de un programa, por ejemplo, es necesario que las series de datos permitan observar la tendencia o evolución de dicho programa, y esto exige que las definiciones y normas de procedimiento permanezcan mínimamente constantes a lo largo del tiempo. Las series temporales resultan imprescindibles para poder calcular tendencias, monitorizar los cambios y ayudar a identificar observaciones inusuales y problemas específicos, lo que es especialmente pertinente en el ámbito de la gestión de crisis, emergencias y catástrofes.

7. Orientación a grupos de riesgo

Desde el punto de vista de la planificación en diversas áreas es conveniente que, en la medida de lo posible, los indicadores permitan detectar grupos de riesgo. En este sentido, serían los sensores de determinados procesos y tendencias en la sociedad, como, por ejemplo, aumento del acoso escolar, de las tasas de suicidio infanto-juveniles, de la depresión en adolescentes, del uso de delictivo de Internet por parte de los jóvenes, etc.

II. Criterios específicos

Estos criterios intentan contestar a la pregunta concreta de cuál es el campo de utilización de los indicadores que se están diseñando y construyendo. Unos indicadores pueden resultar útiles para la identificación de necesidades, otros para la determinación de prioridades, otros para fijar los objetivos de actuación, y, finalmente, otros para la evaluación. Resulta, por ello, imprescindible delimitar el perfil típico de los indicadores utilizables para cada uno de esos usos posibles.

A la hora de construir un sistema de indicadores hay que contar con instrumentos multicriteriales de análisis de dichos indicadores. Este o estos instrumentos de análisis pueden permitir lo siguiente:

1. Esclarecer los aspectos conceptuales sobre los que se basan los indicadores. Tomemos como ejemplo la variable *depresión*. ¿Cómo conceptualizamos nosotros la depresión? ¿Cuáles son sus dimensiones relevantes?
2. Comprender la naturaleza de los fenómenos que se miden. ¿A qué nivel hay que medirlos? ¿Qué tipo de escala? ¿Cómo estandarizarlos? ¿Cuál es su grado de complejidad? ¿Cómo hacerlos comparables? ¿Para qué se pueden utilizar?
3. Saber cómo construirlos. ¿Qué método? ¿Cómo ponderarlos? ¿Cómo pasar del concepto a la operacionalización del mismo?
4. Delimitar las propiedades esenciales del indicador. ¿Es fiable, válido, interpretable, comparable, útil...?

13

Resumen del proceso de elaboración de un sistema de indicadores

1. Conceptos y descriptores: Se elegirá un número de conceptos que describan el problema. Para cada concepto se definirán unas variables y descriptores.
2. Reducción del listado de variables a un sistema de indicadores utilizando unos criterios y metodología bien definida.
3. Intentar medir de hecho los indicadores elegidos, como ejercicio piloto (podría intentarse aplicar el sistema al caso de Madrid, inicialmente y después extenderlo a otras comunidades).
4. Revisar los indicadores seleccionados, en base al ejercicio anterior.
5. Versión definitiva del sistema de indicadores.

Tras este largo *excursus* a través del estado de los indicadores de salud mental tanto a nivel nacional como internacional, podrían plantearse las siguientes consideraciones, a modo de conclusión: En primer lugar, las investigaciones clásicas sobre los determinantes de la salud y la enfermedad mental siguen teniendo vigencia en el sentido de que tanto la etiología como las manifestaciones de las mismas vienen determinadas hasta un grado importante por factores sociales tales como la clase social o posición que los individuos ocupan en la estructura social. Dicho en otros términos, la probabilidad que una persona tiene de padecer determinado tipo de trastornos físicos y mentales está conectada a dicha posición social. Otros determinantes tienen que ver con factores como el aislamiento social, el nivel educativo de la familia de origen, el círculo vicioso de la pobreza, el desempleo, los cambios tecnológicos, la etnia, la falta de redes de apoyo social y el aislamiento social. Todo ello conforma un racimo de factores entrelazados que pueden ayudar a explicar los niveles diferenciales de trastornos psicológicos tanto en la población general como en los jóvenes.

En segundo término, se está produciendo en todo el mundo occidental un clamor constante que demanda urgentemente contar con sistemas de información precisa, relevante y útil de cara a poder hacer el seguimiento de los problemas de salud mental de la población. Esta información sistematizada puede contribuir, además, a eliminar los estigmas ligados a las propias patologías mentales. La propia Unión Europea, consciente de esta necesidad, ha iniciado un conjunto de proyectos encaminados a reunir información relevante sobre esta área, tan abandonada, por otro lado. Así, desde 1999, la UE ha emprendido estudios sobre salud mental e inclusión social, determinantes de la salud mental, violencia y salud mental de los niños, estrategias de prevención del suicidio, relación entre jóvenes y alcohol, estrés y depresión en Europa, salud mental y estigma, y salud mental de niños y adolescentes.

En tercer lugar, y, dentro de este contexto, la propia UE inició una serie de proyectos específicos encaminados a solventar de algún modo la espectacular carencia de información sobre los niveles y estado de la salud mental de la población europea. Para ello ha habido conferencias, informes, grupos de trabajo, estudios y análisis encaminados a lograr un conjunto mínimo y común de indicadores que sean aplicables a los países miembros. Durante la ejecución del proyecto **Establishment of a set of mental health indicators for European Union** se celebraron reuniones en Bruselas, Luxemburgo, Tampere, París, Utrecht, Londres y Helsinki. Este informe podría servir de guía a la hora de pensar en diseñar un sistema de indicadores para el caso español, que,

tal como se ha señalado más arriba, muestra una notable carencia de información sistematizada en el ámbito de la salud mental.

Esta preocupación y necesidad de información resulta ahora quizás más importante si tenemos en cuenta el ritmo de crecimiento de nuevos problemas de salud mental, que, en determinadas circunstancias están llegando a constituir auténticas epidemias, con un impacto social impresionante, como en el caso de los trastornos alimentarios, o la violencia y acoso escolar, que, en estos últimos días aparece con una gran crudeza y abundancia en los medios de comunicación social, por no hablar de las repercusiones del aislamiento social en los adolescentes, que, en muchos casos, pasan a convertirse en seres desconectados del mundo de las relaciones sociales, limitándose a la conexión a una realidad *virtual* a través de Internet. Esta conexión puede también estar relacionada con el mundo del delito, a través de la red, si bien los delitos no son ciertamente virtuales sino muy reales en el sentido tradicional del término. ¿Sabemos, de verdad, cuántos adolescentes están sometidos a estos procesos de aislamiento social, o cuántos niños y adolescentes están padeciendo *bullying* en España en este momento? Un buen sistema de indicadores podría servir, entre otros fines, al de servir de sensor de estos problemas psicosociales emergentes.

Conscientes de la necesidad de un sistema de indicadores, el paso siguiente tiene que ver con el diseño de dicho sistema. Se trata de una tarea altamente compleja que tiene que ver con muchos aspectos que van desde la necesidad de lograr el apoyo de los implicados (profesionales, afectados, políticos de la salud, asociaciones, ONGs, etc.), hasta una revisión sistemática de los indicadores existentes, pasando por un diseño técnico impecable, que supone, a su vez, una clarificación adecuada de los conceptos relevantes dentro del ámbito de la salud mental. Anteriormente se mostraron los numerosos criterios a los que debe ajustarse el proceso de diseño y selección de los indicadores.

Apéndice

Base de datos documental utilizada

0[4].pdf
0[5].pdf
08 Indicators.doc
09578-0001-Questionnaire.pdf
113.html
1475-2832-2-3.pdf
2002-000085E[1].pdf
297[1].pdf
34_PDF[1].pdf
50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn_ a population-based study — Lucas et al_ 148 (7) 917 — American Journal of Psychiatry.htm
64.pdf
834852086_4_Informe%20Enfermedades%20Mentales%20Asociaciones.pdf
acoso escolar 1976-2005 151 resultados.doc
Acoso escolar el país 13 resultados 1976-2005.doc
ACOSO escolar tabla el país.doc
ACOSOESCOALR.sav
ACOSOESCOLAR.spo
Adolescence Directory On-Line (ADOL) Center for Adolescent and Family.htm
adolescent_depression.doc
adolescent_depression.pdf
adolescent_psychopathology.pdf
age_suicide_rates.pdf
ah04-indicators_mental[1].pdf
ALTRUISM.pdf
AMERICAN_YOUTH_HISTORY.pdf
An Introduction to Relational Frame Theory (Online Tutorial).htm
ANEXO1
ANOREXIA - La anorexia nerviosa.htm
ANOREXIA Y BULIMIA La nueva epidemia de los adolescentes_ Salud 262.htm
anorexia_nervosa.pdf
ANRED Eating Disorders Statistics.htm
article1.htm
aserr1.pdf
Asses1.doc
Attempted suicide in Europe.htm
BIBLIOGRAFIA.doc
BIBLIOGRAFIA_VIOLENCIA_ESCOLAR.htm
BID.pdf
Bienestar_individual_interes_politica.pdf
blum.htm
bradshaw[1].pdf
Bullying in Early Adolescence The Role of the Peer Group_ ERIC Digest.htm
Bullying in Early Adolescence.htm
Bullying in schools & what to do with about it - Dr Ken Rigby.htm
Bullying in schools & what to do with about it - Dr Ken Rigby1.htm
Bullying in schools & what to do with about it - Dr Ken Rigby2.htm

Bullying in schools & what to do with about it - Dr Ken Rigby3.htm
 Bullying Research - Books.htm
 BULLYING.htm
 BULLYING.pdf
 bullying_abstract.htm
 BULLYING_INCOME.htm
 bullying_peer_abuse.pdf
 BULLYING_REFERENCES.htm
 BULLYING_REVIEW.pdf
 c1.pdf
 c2.pdf
 CARTA ACEPTACION PLIEGO INJUVE.doc
 causal_connections.pdf
 Centro R_Sofía compara gravedad acoso escolar con maltrato mujer.htm
 CJP - October 2003 - Interventions to Reduce School Bullying.htm
 Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health Abstract Level of positive mental health in the European Union Results from the Eurobarometer 2002 survey.htm
 Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health Full text Level of positive mental health in the European Union Results from the Eurobarometer 2002 survey.htm
 Community Level Indicators for Understanding Health and Human Services Issues.htm
 comparative_youth.htm
 Compass Measure - Suicide.htm
 COPPERFIELD.pdf
 Core Health Indicators.htm
 Country Health Indicators.htm
 Child Abuse Statistics, Research, and Resources.htm
 Child Abuse Statistics, Research, and Resources1.htm
 Child Trends DataBank - Suicidal Teens.htm
 Child Trends.htm
 Childado_mh_module.pdf
 Childado_mh_module_muy_importante.pdf
 childmentalhealthSPA5_21_02[1].pdf
 CHILDREN_PEER_CULTURE.pdf
 Childstats_gov - America's Children 2005 - Highlights.htm
 Childstats_gov - America's Children 2005 - Highlights1.htm
 Childstats_gov - Behavior and Social Environment - Youth Victims and Perpetrators of Serious Violent Crime.htm
 DEPRESSION_CRIMINAL_BEHAVIOR.pdf
 desempleo.BAK
 desempleo.EDG
 Determinants of Mental Health.doc
 Development of mental health indicators.htm
 Division of Childhood and Adolescence.htm
 DNDE.pdf
 doc3.doc
 Documento3.pdf
 driving.htm
 durkheim1.pdf
 durkheim2.pdf
 E76230.pdf
 E76230MENTAL_health_in_europe_IMPORTANTE.pdf
 Eating Disorders Statistics.htm
 eating_disorders.pdf
 eating_habits.pdf
 ED Info Index.htm
 edoc06.pdf
 EFECTOS DEL CONTEXTO SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES (2).mmap
 EFECTOS DEL CONTEXTO SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES.bmp
 EFECTOS DEL CONTEXTO SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES.mmap
 El Riesgo de Suicidio en los Adolescentes.htm
 El suicidio en los adolescentes.htm
 elpaisbullying.doc
 Elsevier_com - International Perspectives on Child & Adolescent Mental Health.htm
 Enfermedades mentales en la UE (en).pdf
 Entrez PubMed.htm
 Entrez PubMed1.htm
 E-PrintsUCM - La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria anorexia y bulimia nerviosas.htm
 es0207202fes.doc
 Eur J Public Health — Table of Contents (October 2005, 15 [Supplement 1]).htm
 eurobarometros.htm
 EUROPA - Public Health - Funded projects - Health monitoring - 1998 - List of projects.htm

EUROPA - Public Health - Funded projects - Health promotion - Full listing.htm
 EUROPA - Public Health - Health Information - Health Indicators and data collection - Health Indicators - Funded projects.htm
 EUROPA - Public Health - Health Information - Health Indicators and data collection - Health Indicators - Funded projects1.htm
 EUROPA - Public Health - Health Information - Health Indicators and data collection - Health Indicators.htm
 EUROPA - Public Health - Lifestyle - Mental Health - Conference mental health in Europe.htm
 EUROPA - Public Health - Publications.htm
 EUROPA - Youth - The European Youth programmes.htm
 European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion.htm
 EUSI - European System of Social Indicators - Data and Indicators - Population, Households And Families.htm
 EUSI - European System of Social Indicators - Data and Indicators.htm
 ev_20040524_rd01_en.pdf
 ev_20040730_co02_en.pdf
 ev_20040730_co03_en.pdf
 ev_20040730_co05_en.pdf
 ev_20040730_co11_en.pdf
 ev20040705_rd09_en[1].pdf
 FACTORES DE RIESGO DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES.doc
 factura INJUVE.doc
 families_adolescents_1980.pdf
 fat.pdf
 Fondation d'entreprise MGEN ENQUETE ENFANTS.htm
 fp_monitoring_1998_annexe1_09_en.pdf
 fp_monitoring_1998_annexe2_09_en.pdf
 fp_monitoring_1998_annexe3_09_en.pdf
 fp_monitoring_1998_annexe4_09_en.pdf
 fp_monitoring_1998_annexe5_09_en.pdf
 fp_monitoring_1998_annexe6_09_en.pdf
 fp_monitoring_1998_annexe7_09_en.pdf
 fp_monitoring_1998_exs_09_en.pdf
 fp_monitoring_1998_frep_09_en.pdf
 fp_monitoring_1998_frep_09_en[1].pdf
 fp_monitoring_2001_exs_06_en.pdf
 fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf
 fp_promotion_2000_exs_14_en.pdf
 fp_promotion_2002_frep_16_en.pdf
 FramingPublicIssuesfinal[1].pdf
 fs0203e.pdf
 fs1002e.pdf
 FSHE05EN.pdf
 G21_08 María Jesús Sánchez Hernández.htm
 general information.htm
 GIRLS_BOYS_EMOTIONS.pdf
 Green%20paper%20on%20improving%20mental%20health.pdf
 gshs_modules_rationale.pdf
 hbsc1998cbk.pdf
 health_status_en[1].pdf
 history.htm
 http___europa.eu.int_comm_health_ph_formation_indicators_indic_data_en.pdf
 http___www.sciencedirect.com_science__ob=Mlmg&_imagekey=B6TD8-4FP17PB-7-1&_cdi=5192&_user=2345166&_orig=search&_coverDate=04%2F30%2F2005&_sk=999849997&view=c&wchp=dGLbVzb-zSkWz&md5=837836b837a8d19a6afb6fa35810995&ie=_sdarticle.pdf
 Human Services Policy (HSP) Indicators & Databases.htm
 iINFORME INJUVE FINAL.doc
 index_soc_well_being.pdf
 indic escocia briefing activities.doc
 indic escocia plan de trabajo.doc
 indic escocia sm.doc
 indicadores salud mental escocia.doc
 indicadores sm escocia progress report 1 year.doc
 indicators_indices[1].pdf
 INDICE.doc
 INEQUALITY.pdf
 INFORME INJUVE FINAL.doc
 INFORME MADRID 15 DIC 05.doc
 INFORME MADRID.doc
 INFORME SALUD MENTAL Y JOVENES.doc
 INFORME SALUD MENTAL Y JOVENES1.doc
 INFORME.doc
 INJUVE EDUREGO.rtf
 injuve2000.pdf
 INSERCIÓN LABORAL 2.doc
 International Report.htm
 internet use depression.doc
 INVESTIGACIONES ESPAÑOLAS SOBRE VIOLENCIA ESCOLAR.doc
 ISI Web of Knowledge [v3_0].htm

ISI Web of Knowledge [v3_0]a.htm
 Jóvenes en las Naciones Unidas
 Documentos de las Naciones Unidas.htm
 KC%20mental%20health%200402[1].pdf
 key_data_youth_europe.htm
 Knowledge and Research.htm
 La intimidación en el comienzo de la
 adolescencia La función del grupo
 social_ ERIC Digest.htm
 Las Provincias EDICIÓN IMPRESA - La
 Reina inaugura un seminario en Valencia
 donde se anuncia que el 3% de los
 alumnos sufre acoso.htm
 lcg2231eSaravi.pdf
 lcl1445[1].pdf
 Leading Health Indicators.htm
 Learn About Us.htm
 Level of positive mental health in the
 European Union Results from the
 Eurobarometer 2002 survey.htm
 libro101[1].pdf
 Libros publicados CANTERAS SUICIDIO
 JUVENIL.doc
 LIFE_EVENTS_DISTRESS.pdf
 List_of_Guidelines_for_Health_Emergency_
 PREVENTING_SUICIDE-PHYSICIANS.pdf
 List_of_Guidelines_for_Health_Emergency_
 prevent-suicide-school.pdf
 longit_study_eating_disorders.pdf
 Los Trastornos de La Salud Mental - El
 Suicidio Adolescente (Mental Health
 Disorders - Teen Suicide) MCG Health
 System.htm
 Los Trastornos de la Salud Mental - índice
 de los Trastornos de la Salud Mental
 (Mental Health Disorders - Site Index)
 MCG Health System.htm
 measuring_well_being.pdf
 medicaliz_soc_control.pdf
 Mental health_ Cross-European mental
 health indicators_ A dream or a reality —
 Hibbett et al_ 9 (4) 285 — The European
 Journal of Public Health.htm
 Mental Help Net.htm
 mental_eurobaro[1].pdf
 mental_gp_es.pdf
 mental_health.pdf
 mental_health_expert_panel_recomIMPOR
 TANTE.pdf
 mental_health_expert_panel_recommenda
 tions.pdf
 mental_health_indicators.pdf
 mental_health_indicators_IMPORTANTE.
 pdf
 mental_health_need_indicators.pdf
 mentalhealth.pdf
 mentalhealth1.pdf
 MentalHealth2005INDICATORS_importante.
 pdf
 mhchild-adolssummary[1].pdf
 MHSIPQualityReport2005.pdf
 MODELO036.pdf
 MODELO036A.PDF
 MODELO036P12.PDF
 MODELO036PG12.pdf
 MODELS_AND_INDICATORS_LAND.pdf
 Multi-National Project for Monitoring and
 Measuring Children's Well-Being.htm
 Nat' Academies Press, Growing Up Global
 The Changing Transitions to Adulthood
 in Developing Countries (2005).htm
 NECESIDAD Y USO SALUD MENTAL
 JOVENES Y ADOLESCENTES.pdf
 neighborhood_mental_health.pdf
 neighbour.pdf
 netsnippets.xpi
 newark.htm
 NIMH Frequently Asked Questions about
 Suicide.htm
 NIMH Suicide Facts and Statistics.htm
 NIMH The Numbers Count.htm
 NMHA Factsheet Index.htm
 NSW Health - NSW Public Health Bulletin
 March 2001 -SUICIDE IN NEW SOUTH
 WALES THE NSW SUICIDE DATA
 REPORT.htm
 ort754676.pdf
 Otter An Automated Deduction System.htm
 Overview_E[1].pdf
 padres_strees_depresion.pdf
 pago licencia autonomos.doc
 patterns_suicide.pdf
 pedagogie_PACA.pdf
 PEER_ABUSE.pdf
 Pinnacle Showcenter.img
 planjuventud.pdf
 positive_indicators.pdf
 PresskitNASbrf.html
 PROBLEMAS DE LOS JÓVENES
 EUROPEOS (2).bmp
 PROBLEMAS DE LOS JÓVENES
 EUROPEOS (2).mmap
 PROBLEMAS DE LOS JÓVENES
 EUROPEOS.bmp

PROBLEMAS DE LOS JÓVENES
 EUROPEOS.mmap
 problems_youth.pdf
 problems_youth_europe.htm
 Profesorado del Departamento de
 SOCIOLOGÍA IV - Facultad de CC_
 Políticas y Sociología - UCM.htm
 prog25.doc
 promoting_mhh.pdf
 PROYECTO INICIAL.doc
 PROYECTO INJUVE BENJAMIN Y
 EDURADO.doc
 proyecto INJUVE.doc
 PSYCHOL_AGRESSION.pdf
 quest_enseign.pdf
 quest_parents_v2.pdf
 README2-Win32.txt
 README-Win32.txt
 realintheirconsequences.pdf
 religion_suicide.pdf
 Report of the Surgeon General's Conference
 on Children's Mental Health A National
 Action Agenda.htm
 Report Writing.PDF
 report2001_3b.pdf
 SafeYouth_org - Youth Suicide Fact
 Sheet.htm
 SALUD MENTAL Y EMOCIONAL DE LOS
 JOVENES.htm
 Salud Mental.htm
 salud_mental.doc
 scheufele[1].pdf
 SDR for suicide and self-inflicted injury in
 people aged 15-24.htm
 SECCION 23 PROBLEMAS DE SALUD EN
 LA INFANCIA, CAPITULO 273 Trastornos
 de la salud mental.htm
 SES_mental_disorder_IMPORTANTE.pdf
 sesmi_preprint_cghudson.pdf
 sex_depression.pdf
 sex_diff_suicide_rates.pdf
 SG.pdf
 SOBRE injuve.doc
 soc_aspects_anorexia.pdf
 soc_mental_health.pdf
 social indicators and social reporting.doc
 SOCIAL_CONTEXT_MENTAL_ILLNESS_VIO
 LENCE.pdf
 SOCIAL_INSIGHT_SCALE.pdf
 SocialIndicatorsRB[1].pdf
 Society for Research on Adolescence.htm
 sociologia del suicidio.doc
 SOCIOLOGY_MENTAL_HEALTH.pdf
 SOCIOLOGY_OF_ADOLESCENCE.pdf
 SOCIOLOGY_OF_ADOLESCENCE1.pdf
 sociology_of_mental_health.pdf
 SOCIOLOGY_OF_YOUTH.pdf
 SpanishTemplate.cfm.htm
 State of Nations mental health.htm
 State of Nations.htm
 STATISTICAL RESOURCES ON THE WEB-
 HEALTH.htm
 Statistics about Suicide -
 WrongDiagnosis_com.htm
 stress_mental_illness.pdf
 Suicide Statistics - Befrienders
 Worldwide.htm
 Suicide, Facts - NCIPC.htm
 SUICIDE.doc
 suicide.pdf
 SUICIDE_RATES.pdf
 suicide_rates_international.pdf
 suicide_rich_countries.pdf
 suicide_risk_indicators.pdf
 suicide_soc_causation_soc_integration.pdf
 SUICIDE1.pdf
 suicidios_espana.pdf
 suizid_f.pdf
 summaries_en.pdf
 supre_miss_protocol_spanish.pdf
 supre_miss_protocol_spanish1.pdf
 Tareas.doc
 TECNOLOG_JUVENTUD.htm
 Teen Suicide - AACAP Facts For Families #
 10.htm
 Teenagers in distress a social and health-
 based approach to youth malaise.htm
 Teenagers in distress a social and health-
 based approach to youth malaise1.htm
 The Frameworks Institute Publications and
 Products - Kids Count E-Zines - Issue
 No_ 28.htm
 The Frameworks Institute Publications and
 Products - Kids Count E-Zines - Issue
 No_ 29.htm
 The Frameworks Institute Publications and
 Products - Kids Count E-Zines - Issue
 No_ 8.htm
 The Frameworks Institute Publications and
 Products - Kids Count E-Zines.htm
 THE INDEX OF CHILD AND YOUTH WELL-
 BEING.htm
 Trends in the Well-Being of America's
 Children and Youth 1996.htm

TRIBUS_URBANAS.htm
 U_S_ Teens in Our World Understanding the
 Health of U_S_ Youth in Comparison to
 Youth in Other Countries.htm
 UK adolescent mental ill health rising.htm
 UNICEF - Monitoring and statistics -
 Introduction.htm
 Uno de cada cuatro estudiantes de la región
 sufre acoso escolar - ELPAIS_es - edición
 impresa - Autonomías - Madrid.htm
 v7p240y1984[1].pdf
 View Record.htm
 View Record1.htm
 Violence.pdf
 violence_disasters.pdf
 violencia escolar 1976-2005 151
 resultados.doc
 VIOLENCIA ESCOLAR EL PAIS.doc
 violencia0404[1]_andres.pdf
 VMA - Beam - Frame Analysis Software.htm
 vol3_iss2[1].pdf
 Wait Not, Want Not Factors Contributing to
 the Development of Anorexia Nervosa
 and Bulimia Nervosa — Murray 11 (3) 276
 — The Family Journal.htm
 What Causes Suicide Theories - Why
 People Commit Suicide.htm
 whitepaper_es.pdf
 WHO Draft outline World health report
 2006.htm
 WHO Spain.htm
 WHO_MNH_MBD_00.2.pdf
 whr01_en.pdf
 whr01_en_MUY_importante.pdf
 Writing a Research Report APA Publication
 Style(1).ppt
 Young_problems_and_interests.pdf
 yout_problems_europe.htm
 youth_indicators.pdf
 youth_indicators_muy_importante.pdf
 youth_problems.htm
 youth_violence.pdf
 youthpolicyindicators.doc
 09578-description.pdf
 09578-manifest.txt
 09578-related_literature.txt

**\5300066\ICPSR_09578\DS0001_Euro-
 barometer_34.2___European_Youth,_Fa
 ll_1990__**
 09578-0001-Codebook.pdf
 09578-0001-Questionnaire.pdf

\5300067\ICPSR_09578
 09578-description.pdf
 09578-manifest.txt
 09578-related_literature.txt

**\5300067\ICPSR_09578\DS0001_Euro-
 barometer_34.2___European_Youth,_
 Fall_1990__**
 09578-0001-Codebook.pdf
 09578-0001-Questionnaire.pdf

**\An Introduction to Relational Frame
 Theory (Online Tutorial)_archivos**

\BIBLIOTECA

ELZO94.htm
 ELZO99.htm
 JUVENTUD_EN_CIFRAS.htm
 ORIZO.htm
 PEREZDIAZJOVENESGALLEGOS.htm
 TORREGROSA.htm

**\Bullying in schools & what to do with
 about it - Dr Ken Rigby1_archivos**

define.htm
 sidebar.htm
 top.htm

**\Bullying in schools & what to do with
 about it - Dr Ken
 Rigby1_archivos\define_archivos**

**\Bullying in schools & what to do with
 about it - Dr Ken
 Rigby1_archivos\sidebar_archivos**

**\Bullying in schools & what to do with
 about it - Dr Ken
 Rigby1_archivos\top_archivos**

**\Bullying in schools & what to do with
 about it - Dr Ken Rigby2_archivos**
 educators.htm
 sidebar.htm
 top.htm

**\Bullying in schools & what to do with
 about it - Dr Ken
 Rigby2_archivos\educators_archivos**

**\Bullying in schools & what to do with
 about it - Dr Ken
 Rigby2_archivos\sidebar_archivos**

\Bullying in schools & what to do with about it - Dr Ken Rigby2_archivos\top_archivos

\Bullying in schools & what to do with about it - Dr Ken Rigby3_archivos ruiz.htm sidebar.htm top.htm

\Bullying in schools & what to do with about it - Dr Ken Rigby3_archivos\ruiz_archivos

\Bullying in schools & what to do with about it - Dr Ken Rigby3_archivos\sidebar_archivos

\Bullying in schools & what to do with about it - Dr Ken Rigby3_archivos\top_archivos

\Bullying Research - Books_archivos

\bullying_abstract_archivos

\BULLYING_archivos

\BULLYING_INCOME_archivos

\BULLYING_REFERENCES_archivos

\Centro R_Sofia compara gravedad acoso escolar con maltrato mujer_archivos

\Country Health Indicators_archivos

\CUESTIONARIO ADDHEALTH adm2ndx.zip pqndx.zip schadndx.zip schndx.zip wave1ndx.zip wave2ndx.zip wave3ndx.zip

\Child Abuse Statistics, Research, and Resources_archivos

\Child Abuse Statistics, Research, and Resources1_archivos

\Child Trends DataBank - Suicidal Teens_archivos

\Child Trends_archivos

\Childstats_gov - America's Children 2005 - Highlights_archivos

\Childstats_gov - America's Children 2005 - Highlights1_archivos

\Childstats_gov - Behavior and Social Environment - Youth Victims and Perpetrators of Serious Violent Crime_archivos

\Development of mental health indicators_archivos

\DIRECTORY Page1.doc Page1a.rtf

\Division of Childhood and Adolescence_archivos

\driving_archivos

\Eating Disorders Statistics_archivos

\ED Info Index_archivos nationaleatingdisorders.htm

\El Riesgo de Suicidio en los Adolescentes_archivos

\El suicidio en los adolescentes_archivos

\Elsevier_com - International Perspectives on Child & Adolescent Mental Health_archivos

\Entrez PubMed_archivos

\E-PrintsUCM - La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria anorexia y bulimia nerviosas_archivos pdf.png

\Eur J Public Health — Table of Contents (October 2005, 15 [Supplement 1])_archivos

\eurobarometros_files
 \EUROPA - Public Health - Funded projects
 - Health monitoring - 1998 - List of
 projects_archivos
 \EUROPA - Public Health - Funded projects
 - Health promotion - Full listing_archivos
 \EUROPA - Public Health - Health
 Information - Health Indicators and data
 collection - Health Indicators - Funded
 projects_archivos
 \EUROPA - Public Health - Health
 Information - Health Indicators and data
 collection - Health Indicators - Funded
 projects1_archivos
 \EUROPA - Public Health - Health
 Information - Health Indicators and data
 collection - Health Indicators_archivos
 \EUROPA - Public Health - Lifestyle -
 Mental Health - Conference mental
 health in Europe_archivos
 \EUROPA - Public Health -
 Publications_archivos
 \EUROPA - Youth - The European Youth
 programmes_archivos
 \EUSI - European System of Social
 Indicators - Data and Indicators -
 Population, Households And
 Families_archivos
 \EUSI - European System of Social
 Indicators - Data and Indicators_archivos
 \Fondation d'entreprise MGEN ENQUETE
 ENFANTS_archivos
 \G21_08 María Jesús Sánchez
 Hernández_archivos
 \general information_archivos
 \Human Services Policy (HSP) Indicators &
 Databases_archivos
 \INDICADORES SM
 1467-9566.00222.pdf
 Add Health - UNC Carolina Population
 Center.htm
 Adolescent Health Programs.htm
 ahs_3_presentation.ppt
 Archived Youth Indicators, 1993 Trends in
 the Well-Being of American Youth.htm
 BioMed Central Full text What is the value
 of social values The uselessness of
 assessing health-related quality of life
 through preference measures.htm
 bullyingMUYBUENO.pdf
 Child Trends DataBank - What Works.htm
 CHILDCARE.doc
 Childstats_gov - America's Children 2005 -
 Highlights.htm
 d1_07.pdf
 datatable.doc
 ebrief04MUYIMPORTANTE.pdf
 Entrez PubMed.htm
 EUROPA - Public Health - Funded projects -
 Health promotion - 2002.htm
 EUROPA - Public Health - Funded projects -
 Health promotion - Thematic list.htm
 fp_promotion_1997_frep_B4_en.pdf
 fp_promotion_2001_annex1_02_en.pdf
 GLOBALISATION_health.pdf
 Health and Quality of Life Outcomes Full
 text Sad, blue, or depressed days, health
 behaviors and health-related quality of
 life, Behavioral Risk Factor Surveillance
 System, 1995-2000.htm
 Human Services Policy (HSP) Indicators &
 Databases.htm
 j.1365-2214.2003.00375.x.pdf
 La Comisión Europea - Salud pública -
 Información sanitaria - Desarrollo de
 indicadores de salud y recopilación de
 datos - Indicadores de salud.htm
 measuringIMPORTANTISIMO.pdf
 Mental Health, United States, 2002, National
 Mental Health Information Center.htm
 mental_health_needs7003.pdf
 MHUS02_Chapter_06.pdf
 Ministerio de Sanidad y Consumo -
 Promover la salud.htm
 MOOD.PDF
 netsnippets.xpi
 nsclient.exe
 promoting_mhh.pdf
 salud_mental.doc

Situación de la Salud Mental EN
ESPAÑA.doc
SpringerLink - Article.htm
Taylor & Francis Group - Article.htm

\\INDICADORES SM\Add Health - UNC
Carolina Population Center_archivos

\\INDICADORES SM\Adolescent Health
Programs_archivos

\\INDICADORES SM\Archived Youth
Indicators, 1993 Trends in the Well-Being
of American Youth_archivos

\\INDICADORES SM\BioMed Central Full
text What is the value of social values
The uselessness of assessing health-
related quality of life through preference
measures_archivos

\\INDICADORES SM\Child Trends DataBank
- What Works_archivos

\\INDICADORES SM\Childstats_gov -
America's Children 2005 -
Highlights_archivos

\\INDICADORES SM\Entrez
PubMed_archivos

\\INDICADORES SM\EUROPA - Public
Health - Funded projects - Health
promotion - 2002_archivos

\\INDICADORES SM\EUROPA - Public
Health - Funded projects - Health
promotion - Thematic list_archivos

\\INDICADORES SM\Health and Quality of
Life Outcomes Full text Sad, blue, or
depressed days, health behaviors and
health-related quality of life, Behavioral
Risk Factor Surveillance System, 1995-
2000_archivos

\\INDICADORES SM\Human Services
Policy (HSP) Indicators & Databases_
archivos

\\INDICADORES SM\La Comisión Europea -
Salud pública - Información sanitaria -

Desarrollo de indicadores de salud y
recopilación de datos - Indicadores de
salud_archivos

\\INDICADORES SM\Mental Health, United
States, 2002, National Mental Health
Information Center_archivos

\\INDICADORES SM\Ministerio de Sanidad y
Consumo - Promover la salud_archivos
ganarSalud.htm
nav_abajo_proteccion.htm
nav_arriba_proteccion.htm
nav_durante_adolescencia.htm

\\INDICADORES SM\Ministerio de Sanidad y
Consumo - Promover la
salud_archivos\ganarSalud_archivos
cont_analisis.htm
sup_ganarSalud.htm

\\INDICADORES SM\Ministerio de Sanidad y
Consumo - Promover la
salud_archivos\ganarSalud_archivos\co
nt_analisis_archivos

\\INDICADORES SM\Ministerio de Sanidad y
Consumo - Promover la
salud_archivos\ganarSalud_archivos\su
p_ganarSalud_archivos

\\INDICADORES SM\Ministerio de Sanidad y
Consumo - Promover la
salud_archivos\nav_abajo_proteccion_a
rchivos

\\INDICADORES SM\Ministerio de Sanidad y
Consumo - Promover la
salud_archivos\nav_arriba_proteccion_a
rchivos

\\INDICADORES SM\Ministerio de Sanidad y
Consumo - Promover la
salud_archivos\nav_durante_adolescenc
ia_archivos

\\INDICADORES SM\SpringerLink -
Article_archivos

\\INDICADORES SM\Taylor & Francis Group
- Article_archivos

\INDICATORS

25.pdf
anorexia_eating_disorders.htm
betersys[1].pdf
BIBLIOGRAFÍA SOBRE SALUD
MENTAL.htm
Child Trends DataBank - Adolescents Who
Feel Sad or Hopeless.htm
Child Trends DataBank - Home Computer
Access and Internet Use.htm
Children's and Adolescents' Mental Health,
National Mental Health Information
Center.htm
Childstats_gov - America's Children 2005 -
Highlights.htm
Childstats_gov - Home.htm
Division of Childhood and Adolescence.htm
Doc1.doc
Doc2.doc
Gacetadig.htm
Haymarket Events Delivering Accessible
Quality Services To Promote The
Emotional Health And Wellbeing Of
Young People Programme.htm
Health Indicators.htm
health_indicator_ca_children[1].pdf
hg_mentalhealth[1].pdf
indicators_indices[1].pdf
Internet Mental Health.htm
Internet Mental Health1.htm
Journal of Abnormal Child Psychology
Adolescent psychopathy and the Big
Five results from two samples.htm
Journal of Abnormal Child Psychology
Childhood and Adolescent Onset Conduct
Disorder A Test of the Developmental
Taxonomy - Statistical Data Included.htm
Ken_Stat_Association_Powerpoint.ppt
Ken_Stat_Association_Powerpoint1.ppt
KS-CC-05-004-EN[1].pdf
La salud mental de los jóvenes se vincula a
la falta de actividad familiar.htm
MAPLE3ChildYouth[1].pdf
Mental Health in Childhood and
Adolescence.htm
mental_health_expert_panel_
recommendations[1].pdf
misuses[1].pdf
NOTAS MIAS.doc
nsclient.exe
paper6i-1[1].pdf
prevention_of_mental_disorders_sr[1].pdf

Risk Factors.htm
SafeYouth_org - Child and Adolescent
Mental Health Fact Sheet.htm
SECTION A.htm
Section B.htm
Section C.htm
Section I.htm
Statistics on mental health a factsheet from
the Mental Health Foundation.htm
THE INDEX OF CHILD AND YOUTH WELL-
BEING.htm
The McCreary Centre Society - Adolescent
Health Survey - Making a Difference in
the Lives of Youth.htm
The McCreary Centre Society - Adolescent
Health Survey 2003 - Key Findings.htm
The Role of Subjective Well-Being in
Positive Youth Development — Park 591
(1) 25 — The ANNALS of the American
Academy of Political and Social
Science.htm
Trends in the Well-Being of America's
Children and Youth, 1997.htm
Trends, 1997 HC 2_10 Violent Victimization
of Teens.htm
Trends, 1997 HC 2_7 Suicidal Teens.htm
Welcome to the Child Trends DataBank.htm
whr01_en.pdf
whr01_encOMPLETO.pdf
Youth Violence A Report of the Surgeon
General - Chapter 4.htm
Youth Violence A Report of the Surgeon
General - Magnitude of Youth
Violence.htm
Youth Violence A Report of the Surgeon
General - Risk Factors for Youth
Violence.htm
Youth Violence A Report of the Surgeon
General.htm
Youth Violence A Report of the Surgeon
General_MUY_IMPORTANTE.htm

\INDICATORS\anorexia_eating_disorders_ archivos

whskin_frmset01.htm
whskin_tbars.htm

\INDICATORS\anorexia_eating_disorders_ archivos\whskin_frmset01_archivos

\INDICATORS\anorexia_eating_disorders_ archivos\whskin_tbars_archivos

\INDICATORS\Child Trends DataBank -
 Adolescents Who Feel Sad or
 Hopeless_archivos

\INDICATORS\Child Trends DataBank -
 Home Computer Access and Internet
 Use_archivos

\INDICATORS\Children's and Adolescents'
 Mental Health, National Mental Health
 Information Center_archivos

\INDICATORS\Childstats_gov - America's
 Children 2005 - Highlights_archivos

\INDICATORS\Childstats_gov -
 Home_archivos

\INDICATORS\Division of Childhood and
 Adolescence_archivos

\INDICATORS\Gacetadig_archivos

\INDICATORS\Haymarket
 Events Delivering Accessible Quality
 Services To Promote The Emotional
 Health And Wellbeing Of Young People
 Programme_archivos
 weblogo1.bmp

\INDICATORS\Health Indicators_archivos

\INDICATORS\Internet Mental
 Health_archivos
 whskin_frmset01.htm
 whskin_tbars.htm

\INDICATORS\Internet Mental
 Health_archivos\whskin_frmset01_
 archivos

\INDICATORS\Internet Mental
 Health_archivos\whskin_tbars_archivos

\INDICATORS\Internet Mental
 Health1_archivos
 whskin_frmset01.htm
 whskin_tbars.htm

\INDICATORS\Internet Mental
 Health1_archivos\whskin_frmset01_
 archivos

\INDICATORS\Internet Mental
 Health1_archivos\whskin_tbars_archivos

\INDICATORS\Journal of Abnormal Child
 Psychology Adolescent psychopathy
 and the Big Five results from two
 samples_archivos
 search.htm

\INDICATORS\Journal of Abnormal Child
 Psychology Childhood and Adolescent
 Onset Conduct Disorder A Test of the
 Developmental Taxonomy - Statistical
 Data Included_archivos
 search.htm

\INDICATORS\La salud mental de los
 jóvenes se vincula a la falta de actividad
 familiar_archivos

\INDICATORS\Mental Health in Childhood
 and Adolescence_archivos

\INDICATORS\Risk Factors_archivos

\INDICATORS\SafeYouth_org - Child and
 Adolescent Mental Health Fact
 Sheet_archivos

\INDICATORS\Statistics on mental health a
 factsheet from the Mental Health
 Foundation_archivos

\INDICATORS\THE INDEX OF CHILD AND
 YOUTH WELL-BEING_archivos

\INDICATORS\The McCreary Centre
 Society - Adolescent Health Survey -
 Making a Difference in the Lives of
 Youth_archivos

\INDICATORS\The McCreary Centre
 Society - Adolescent Health Survey
 2003 - Key Findings_archivos

\INDICATORS\The Role of Subjective Well-
 Being in Positive Youth Development —
 Park 591 (1) 25 — The ANNALS of the
 American Academy of Political and
 Social Science_archivos

\INDICATORS\Trends, 1997 HC 2_10
 Violent Victimization of Teens_archivos

**\INDICATORS\Trends, 1997 HC 2_7 Suicidal
Teens_archivos**

**\INDICATORS>Welcome to the Child
Trends DataBank_archivos**

**\INDICATORS>Youth Violence A Report of
the Surgeon General - Chapter 4_
archivos**

**\INDICATORS>Youth Violence A Report of
the Surgeon General - Magnitude of
Youth Violence_archivos**

Cascade.htm
shim.htm
sp.htm

**\INDICATORS>Youth Violence A Report of
the Surgeon General - Risk Factors for
Youth Violence_archivos**

Cascade.htm
shim.htm
sp.htm

**\INDICATORS>Youth Violence A Report of
the Surgeon General_archivos**

**\INDICATORS>Youth Violence A Report of
the Surgeon General_MUY_
IMPORTANTE_archivos**

\INFORME VIOLENCIA Y SALUD

Anexo_1.pdf
Anexo_2.pdf
Anexo_3.pdf
capitulo_1.pdf
capitulo_2.pdf
capitulo_3.pdf
capitulo_4.pdf
capitulo_5.pdf
capitulo_6.pdf
capitulo_7.pdf
capitulo_8.pdf
capitulo_9.pdf
Contenido.pdf
INFORME VIOLENCIA Y SALUD.PDF
introduccion.pdf
prologo.pdf

\INTERNET

Adolescence Directory On-Line (ADOL)
Center for Adolescent and Family.htm

Children, Youth and the Internet.htm
En España los usuarios de Internet siguen
siendo hombres, jóvenes y ávidos de
información.htm

ENCUESTA.doc

Growing Up digital.htm

Internet Crimes Against Children.htm

La Iniciativa de Comunicacion - Generación
Rx_com Cómo usan los Jóvenes el
Internet para obtener Información sobre
Salud, de la Fun.htm

Mental Health Matters Information and
resources about mental health issues for
consumers, professionals, students and
supporters.htm

Nat'l Academies Press Youth, Pornography,
and the Internet.htm

NewYork-Presbyterian Hospital Trastornos
de la Salud Mental en los Niños y
Adolescentes.htm

Survey of Internet Mental Health Issues
(SIMHI).htm

The Louder Echo.htm

The Louder Echo1.htm

The Louder Echo10.htm

The Louder Echo11.htm

The Louder Echo12.htm

The Louder Echo13.htm

The Louder Echo2.htm

The Louder Echo3.htm

The Louder Echo5.htm

The Louder Echo6.htm

The Louder Echo7.htm

The Louder Echo9.htm

YOUTH INTERNET CULTURE.doc

Youth Internet Safety Survey (YISS-1).htm

**\INTERNET\Adolescence Directory On-Line
(ADOL) Center for Adolescent and
Family_archivos**

**\INTERNET\Children, Youth and the
Internet_archivos**

**\INTERNET\En España los usuarios de
Internet siguen siendo hombres, jóvenes
y ávidos de información_archivos**

\INTERNET\Growing Up digital_archivos

**\INTERNET\Internet Crimes Against
Children_archivos**

<p>\\INTERNET\La Iniciativa de Comunicacion - Generación Rx_com Cómo usan los Jóvenes el Internet para obtener Información sobre Salud, de la Fun_archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo1_archivos ngwork.htm side.htm</p>
<p>\\INTERNET\Mental Health Matters Information and resources about mental health issues for consumers, professionals, students and supporters_ archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo1_archivos\ ngwork_archivos</p>
<p>\\INTERNET\Nat'l Academies Press Youth, Pornography, and the Internet_archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo1_archivos\ side_archivos</p>
<p>\\INTERNET\NewYork-Presbyterian Hospital Trastornos de la Salud Mental en los Niños y Adolescentes_archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo12_archivos ngfam.htm side.htm</p>
<p>\\INTERNET\Survey of Internet Mental Health Issues (SIMHI)_archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo12_archivos\ ngfam_archivos</p>
<p>\\INTERNET\The Louder Echo_archivos side.htm thebook.htm</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo12_archivos\ side_archivos</p>
<p>\\INTERNET\The Louder Echo_archivos\side_archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo13_archivos Lfuture.htm side.htm</p>
<p>\\INTERNET\The Louder Echo_archivos\thebook_archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo13_archivos\ Lfuture_archivos</p>
<p>\\INTERNET\The Louder Echo_archivos\thebook_archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo13_archivos\ side_archivos</p>
<p>\\INTERNET\The Louder Echo1_archivos Lecho.htm side.htm</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo2_archivos Glap.htm side.htm</p>
<p>\\INTERNET\The Louder Echo1_archivos\Lecho_archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo2_archivos\ Glap_archivos</p>
<p>\\INTERNET\The Louder Echo1_archivos\side_archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo2_archivos\ side_archivos</p>
<p>\\INTERNET\The Louder Echo10_archivos Digdiv.htm side.htm</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo3_archivos Icult.htm side.htm</p>
<p>\\INTERNET\The Louder Echo10_archivos\Digdiv_archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo3_archivos\ Icult_archivos</p>
<p>\\INTERNET\The Louder Echo10_archivos\side_archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo3_archivos\ side_archivos</p>
<p>\\INTERNET\The Louder Echo10_archivos\side_archivos</p>	<p>\\INTERNET\The Louder Echo5_archivos ngthink.htm side.htm</p>

\INTERNET\The Louder Echo5_archivos\
 ngthink_archivos

\INTERNET\The Louder Echo5_archivos\
 side_archivos

\INTERNET\The Louder Echo6_archivos
 nglearn.htm
 side.htm

\INTERNET\The Louder Echo6_archivos\
 nglearn_archivos

\INTERNET\The Louder Echo6_archivos\
 side_archivos

\INTERNET\The Louder Echo7_archivos
 ngplay.htm
 side.htm

\INTERNET\The Louder Echo7_archivos\
 ngplay_archivos

\INTERNET\The Louder Echo7_archivos\
 side_archivos

\INTERNET\The Louder Echo9_archivos
 ngconsum.htm
 side.htm

\INTERNET\The Louder Echo9_archivos\
 ngconsum_archivos

\INTERNET\The Louder Echo9_archivos\
 side_archivos

\INTERNET\Youth Internet Safety Survey
 (YISS-1)_archivos

\ISI Web of Knowledge [v3_0]_archivos
 portal.htm
 SessionError.htm

\ISI Web of Knowledge [v3_0]_archivos\
 portal_archivos

\ISI Web of Knowledge [v3_0]_archivos\
 SessionError_archivos

\ISI Web of Knowledge [v3_0]a_archivos
 portal.htm
 SessionError.htm

\ISI Web of Knowledge [v3_0]a_archivos\
 portal_archivos

\ISI Web of Knowledge [v3_0]a_archivos\
 SessionError_archivos

\Jóvenes en las Naciones Unidas
 Documentos de las Naciones
 Unidas_archivos

\key_data_youth_europe_archivos

\Knowledge and Research_archivos

\La intimidacion en el comienzo de la
 adolescencia La funcion del grupo
 social_ ERIC Digest_archivos
 books2.bmp

\Las Provincias EDICIÓN IMPRESA - La
 Reina inaugura un seminario en Valencia
 donde se anuncia que el 3% de los
 alumnos sufre acoso_archivos

\Leading Health Indicators_archivos

\Learn About Us_archivos

\Level of positive mental health in the
 European Union Results from the
 Eurobarometer 2002 survey_archivos

\Los Trastornos de La Salud Mental - El
 Suicidio Adolescente (Mental Health
 Disorders - Teen Suicide) MCG Health
 System_archivos

\Los Trastornos de la Salud Mental - Índice
 de los Trastornos de la Salud Mental
 (Mental Health Disorders - Site Index)
 MCG Health System_archivos

\Mental health_ Cross-European mental
 health indicators_ A dream or a reality –
 Hibbett et al_ 9 (4) 285 – The European
 Journal of Public Health_archivos

\Mental health_ Cross-European mental
 health indicators_ A dream or a reality –
 Hibbett et al_ 9 (4) 285 – The European
 Journal of Public Health_archivos\State
 of Nations_archivos
 banner.htm
 health.htm
 Mental%20health.htm
 toc.htm

\Mental health_ Cross-European mental health indicators_ A dream or a reality — Hibbett et al_ 9 (4) 285 — The European Journal of Public Health_archivos\State of Nations_archivos\banner_archivos

\Mental health_ Cross-European mental health indicators_ A dream or a reality — Hibbett et al_ 9 (4) 285 — The European Journal of Public Health_archivos\State of Nations_archivos\health_archivos

\Mental health_ Cross-European mental health indicators_ A dream or a reality — Hibbett et al_ 9 (4) 285 — The European Journal of Public Health_archivos\State of Nations_archivos\Mental%20health_archivos

\Mental health_ Cross-European mental health indicators_ A dream or a reality — Hibbett et al_ 9 (4) 285 — The European Journal of Public Health_archivos\State of Nations_archivos\toc_archivos

\Mental health_ Cross-European mental health indicators_ A dream or a reality — Hibbett et al_ 9 (4) 285 — The European Journal of Public Health_archivos\TECNOLOG_JUVENTUD_files

\Mental health_ Cross-European mental health indicators_ A dream or a reality — Hibbett et al_ 9 (4) 285 — The European Journal of Public Health_archivos\Teen Suicide - AACAP Facts For Families # 10_archivos

\Mental Help Net_archivos
topicbanner_46.png

\MODELOS DE INDICADORES
310813_OutcomeIndicators.pdf
ack-toc.pdf
ah04-indicators_mental.pdf
CQAIMH - center for quality assessment and improvement in mental health.htm
CQAIMH - center for quality assessment and improvement in mental health1.htm
Childstats_gov - Health.htm
Emerging Measures.htm

Established Child Health Care Quality Measures.htm
Established Child Health Care Quality Measures_ Mental Health Quality Measures.htm
EUROPA - Public Health - Funded projects - Health monitoring - 1998 - List of projects.htm
Mental health indicators (AIHW).htm
Mental health publications.htm
Mental Health Statistics Improvement Program, National Mental Health Information Center.htm
Mental Health, United States, 2002, National Mental Health Information Center.htm
mental-health-e.pdf
mental-pubs.htm
MHLList.doc
MHSIP report card.htm
MHSIPQRToolkit2005.pdf
MHSIPQualityReport2005.pdf
Performance Indicators for Mental Health Trusts.htm
Prescription for Wellness CHILDREN'S MENTAL HEALTH INDICATORS.htm
Public Health Institute of Scotland_indicators_MH.htm
warningsignsphase1.pdf

\MODELOS DE INDICADORES\CQAIMH - center for quality assessment and improvement in mental health_archivos
Psi15.bmp

\MODELOS DE INDICADORES\CQAIMH - center for quality assessment and improvement in mental health1_archivos

\MODELOS DE INDICADORES\
Childstats_gov - Health_archivos

\MODELOS DE INDICADORES\Emerging Measures_archivos

\MODELOS DE INDICADORES\Established Child Health Care Quality Measures_ Mental Health Quality Measures_archivos

\MODELOS DE INDICADORES\Established Child Health Care Quality Measures_ archivos

\MODELOS DE INDICADORES\EUROPA - Public Health - Funded projects - Health monitoring - 1998 - List of projects_ archivos

\MODELOS DE INDICADORES\Mental health indicators (AIHW)_archivos

\MODELOS DE INDICADORES\Mental health publications_archivos

\MODELOS DE INDICADORES\Mental Health Statistics Improvement Program, National Mental Health Information Center_archivos

\MODELOS DE INDICADORES\Mental Health, United States, 2002, National Mental Health Information Center_ archivos

\MODELOS DE INDICADORES\MHSIP report card_archivos

\MODELOS DE INDICADORES\
Performance Indicators for Mental Health Trusts_archivos
nhsuk_master.htm

\MODELOS DE INDICADORES\Prescription for Wellness CHILDREN'S MENTAL HEALTH INDICATORS_archivos

\MODELOS DE INDICADORES\Public Health Institute of Scotland_indicators_ MH_archivos

\Multi-National Project for Monitoring and Measuring Children's Well-Being_ archivos

\Nat' Academies Press, Growing Up Global The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries (2005)_files

\newark_files

\NIMH Frequently Asked Questions about Suicide_archivos

\NIMH Suicide Facts and Statistics_archivos

\NIMH The Numbers Count_archivos

\NMHA Factsheet Index_archivos

\NSW Health - NSW Public Health Bulletin March 2001 -SUICIDE IN NEW SOUTH WALES THE NSW SUICIDE DATA REPORT_archivos
styles.htm

\Otter An Automated Deduction System_ archivos

\PresskitNASbrf_files

\problems_youth_europe_archivos

\Profesorado del Departamento de SOCIOLOGÍA IV - Facultad de CC_ Políticas y Sociología - UCM_archivos

\Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health A National Action Agenda_archivos

\REUNION SANTIAGO
CAPACIDAD PREVENTIVA.doc
capture1.bmp
capture10.bmp
capture2.bmp
capture3.bmp
capture4.bmp
capture5.bmp
capture6.bmp
capture7.bmp
capture8.bmp
capture9.bmp
EFICIENCIA EN LA RESPUESTA.doc
EVENTOS A CONSIDERAR.ppt
IMAPCTO.doc
INDICADORES DE EFICIENCIA Y EFICACIA A LA RESP INSTITUCIONAL A LA EMERGENCIA.ppt
INDICADORES DE EFICIENCIA Y EFICACIA A LA RESP INSTITUCIONAL A LA EMERGENCIA2.ppt
INDICADORES DE EFICIENCIA Y EFICACIA A LA RESP INSTITUCIONAL A LA EMERGENCIA3.ppt
INDICADORES E INDICES DE EFICACIA INSTITUCIONAL.doc
INDICADORES E INDICES DE EFICACIA INSTITUCIONAL1.doc
INDICADORES E INDICES DE EFICACIA INSTITUCIONAL2.doc

indicadores OMAR DARIO.doc
OBJETIVOS Y METAS.doc
PALNTILLA DE INDICADORES PARA LOS
INDICES.doc
PLANTILLA Indicadores.doc
presentacion curso escuela 2003
listado.doc
RECUPERACION.doc
risk_mapping_IMPORTANTISIMO CON EJ.pdf
RiskMapFloods.pdf

\REUNION SANTIAGO\EJEMPLOS CONCRETOS DE INDICADORES

actnat2003a.doc
CSN_ Consejo de Seguridad Nuclear_
INES.htm
INDICADORES FRANCESES.doc
Indicators of SD UN CSD Methodology
Sheets - Human and economic loss due
to natural disasters.htm
L'échelle INES.htm
Les principaux types d'accidents et leurs
conséquences.htm
Prim_net les inondations brutales.htm
risk_mapping_IMPORTANTISIMO CON EJ.pdf

\REUNION SANTIAGO\EJEMPLOS CONCRETOS DE INDICADORES\ Indicators of SD UN CSD Methodology Sheets - Human and economic loss due to natural disasters_archivos

\REUNION SANTIAGO\EJEMPLOS CONCRETOS DE INDICADORES\ Les principaux types d'accidents et leurs conséquences_archivos

\SafeYouth_org - Youth Suicide Fact Sheet_archivos

\SALUD MENTAL Y EMOCIONAL DE LOS JOVENES_archivos doment1.htm doment2su.htm

\SALUD MENTAL Y EMOCIONAL DE LOS JOVENES_archivos\doment2su_archivos

\Salud Mental_archivos

\SDR for suicide and self-inflicted injury in people aged 15-24_archivos

\SECCION 23 PROBLEMAS DE SALUD EN LA INFANCIA, CAPITULO 273 Trastornos de la salud mental_archivos

\Society for Research on Adolescence_ archivos

\SpanishTemplate.cfm_files

\State of Nations mental health_archivos banner.htm health.htm Mental%20health.htm toc.htm

\State of Nations mental health_archivos\ banner_archivos

\State of Nations mental health_archivos\ health_archivos

\State of Nations mental health_archivos\ Mental%20health_archivos

\State of Nations mental health_archivos\ toc_archivos

\State of Nations_archivos banner.htm health.htm Mental%20health.htm toc.htm

\State of Nations_archivos\banner_ archivos

\State of Nations_archivos\health_archivos

\State of Nations_archivos\Mental%20 health_archivos

\State of Nations_archivos\toc_archivos

\STATISTICAL RESOURCES ON THE WEB- HEALTH_archivos

\Statistics about Suicide - WrongDiagnosis_ com_archivos

\Suicide Statistics - Befrienders Worldwide_archivos error404(1).htm error404(2).htm error404.htm

\Suicide, Facts - NCIPC_archivos
 \TECNOLOG_JUVENTUD_files
 \Teen Suicide - AACAP Facts For Families # 10_archivos
 \Teenagers in distress a social and health-based approach to youth malaise_archivos
 \Teenagers in distress a social and health-based approach to youth malaise1_archivos
 \The Frameworks Institute Publications and Products - Kids Count E-Zines - Issue No_28_archivos
 \The Frameworks Institute Publications and Products - Kids Count E-Zines - Issue No_29_archivos
 \The Frameworks Institute Publications and Products - Kids Count E-Zines - Issue No_8_archivos
 \The Frameworks Institute Publications and Products - Kids Count E-Zines_archivos
 \THE INDEX OF CHILD AND YOUTH WELL-BEING_archivos
 \TRIBUS_URBANAS_archivos
 \U_S_ Teens in Our World Understanding the Health of U_S_ Youth in Comparison to Youth in Other Countries_archivos
 Contenido.pdf
 introduccion.pdf
 prologo.pdf
 \VMA - Beam - Frame Analysis Software_archivos
 \Wait Not, Want Not Factors Contributing to the Development of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa — Murray 11 (3) 276 — The Family Journal_archivos
 276.htm
 276.pdf
 \Wait Not, Want Not Factors Contributing to the Development of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa — Murray 11 (3) 276 — The Family Journal_archivos\276_archivos
 \What Causes Suicide Theories - Why People Commit Suicide_archivos
 \WHO Draft outline World health report 2006_archivos
 \WHO Spain_archivos
 \yout_problems_europe_archivos
 \YOUTH VIOLENCE
 Youth Violence A Report of the Surgeon General - Table of Contents.htm

→ estudios

Problemas emergentes en la salud mental de la juventud

¿Son las malas condiciones socioeconómicas previas las que predisponen al individuo o le hacen más susceptible a la enfermedad mental o es más bien que enfermedades mentales biológicas preexistentes hacen que el individuo inicie una carrera descendente en la estructura social?, la probabilidad que una persona tiene de padecer determinado tipo de trastornos físicos y mentales está conectada a dicha posición social. Otros determinantes tienen que ver con factores como el aislamiento social, el nivel educativo de la familia de origen, el círculo vicioso de la pobreza, el desempleo, los cambios tecnológicos, la etnia, la falta de redes de apoyo social y el aislamiento social. Todo ello conforma un racimo de factores entrelazados que pueden ayudar a explicar los niveles diferenciales de trastornos psicológicos tanto en la población general como en los jóvenes.