

«Un infinito que no acaba». Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Segunda parte

Ángel Martínez-Hernández,^{1,2} Araceli Muñoz García²

Artículo original

RESULTADOS

Las expresiones del malestar

El conjunto de adversidades y aflicciones que hemos descrito en la primera parte de este artículo es detectado por los propios adolescentes en sus iguales a partir de determinados signos físicos, síntomas, gestos y comportamientos que constituyen todo un lenguaje corporal a la vez que discursivo del malestar. El cuadro 4 nos informa de las expresiones que consideran más destacadas y que oscilan entre el reconocimiento por el rostro y la gestualidad hasta encontrarse distante y aislado, pasando por estar desanimado o decaído. Curiosamente, el rendimiento o desempeño escolar, aunque presente, no es considerado una de las expresiones más significativas y aparece como la categoría más distante en los juegos asociativos o de agrupaciones que realizaron. Por ejemplo, en la gráfica 2 la expresión «por los estudios» (ítem 16) se encuentra en el espectro opuesto de «estar solo, aislado o marginado» (ítem 17), lo cual permite hipotetizar la inconsistencia asociativa entre ambas realidades para los jóvenes. Esta situación permite deducir que los y las jóvenes no aplican los mismos criterios que los sistemas expertos, principalmente de tipo «psi» (psicológicos, psico-educativos, etc.) a la hora de reconocer las aflicciones, de entenderlas y de resignificarlas. Una de las razones es que sus modelos explicativos se articulan a partir de las relaciones que establecen principalmente con sus pares y, en esta medida, «lo que está en juego» en lo que podríamos definir, siguiendo a Kleinman,⁵⁰ su «mundo moral local», no incluye de forma ostensiva el rendimiento escolar.

Paralelamente, y tal como se observa en la gráfica 2, se vislumbran algunos subdominios asociativos que –con excepción del ítem vinculado con el rendimiento escolar: *por los estudios*– se organizan de forma polarizada entre *estar*

aislado o marginado del grupo de iguales (ítem 17), presente en el área derecha del escalado multidimensional, y expresar el malestar abiertamente con la palabra y el comportamiento, así como mostrar malhumor y contestar de forma seca u ofensiva a los interlocutores (ver área izquierda de esta gráfica). De alguna forma, esta polarización reproduce de nuevo en el dominio del hetero-reconocimiento del malestar las dimensiones de pasividad y actividad que apa-

Cuadro 4. Listado libre de las expresiones hetero-reconocidas, por orden de frecuencia

Ítem	Frecuencia	Respuesta (%)
1. por la cara	31	63
2. no habla	23	47
3. está solo/a, aislado/a o marginado/a	17	35
4. por su comportamiento, actitud o reacciones	17	35
5. por los ojos o la mirada	14	29
6. está triste o no ríe	13	27
7. llora	11	22
8. no tiene ganas de nada	9	18
9. está pensativo/a	8	16
10. está de mal humor o enfadado/a	8	16
11. está nervioso/a, intranquilo/a o inquieto/a	8	16
12. por la manera de hablar	8	16
13. por como contesta	8	16
14. por la voz	6	12
15. por los estudios	5	10
16. si lo conoces a fondo	5	10
17. está preocupado/a	4	8
18. se siente solo/a	4	8
19. no quiere hablar de algunos temas	4	8
20. está decaído/a o desanimado/a	4	8
21. está distante o ausente	3	6
22. por el estado de ánimo	3	6
23. por la forma de ser	3	6
24. por su aspecto	3	6
25. está raro/a, diferente o parece otra persona	3	6

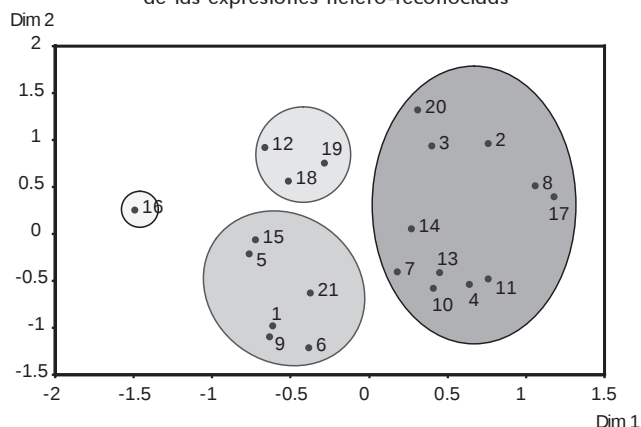
Resultado del total de los listados libres realizados (n=49) en los 3 centros. Pseudo-fiabilidad=0.996.

¹ Departamento de Antropología, Universidad Rovira i Virgili. Campus Catalunya.

² Institut d'Infància i Món Urbà (CIIMU).

Correspondencia: Ángel Martínez-Hernández. Departamento de Antropología, Universidad Rovira i Virgili. Campus Catalunya. Avinguda Catalunya 35. 43002 Tarragona (España). Tel: +34 977558139 (cel. + 34 639 731 685) Fax: +34 977299468. E-mail: angel.martinez@urv.cat

Gráfica 2. Escalado multidimensional (MDS) de las expresiones hetero-reconocidas



Representación del total de las entrevistas de *pilesorts* (n=30) que expresa en forma de «mapa cultural» la proximidad/distancia de las categorías en el universo perceptivo de los informantes. Como el modelo MDS permite diversas interpretaciones, las áreas de ítems propuestas son tentativas. La numeración corresponde con las siguientes categorías:

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. por la cara | 13. está decaído/a o desanimado/a |
| 2. no habla | 14. está preocupado/a |
| 3. no tiene ganas de nada | 15. por su comportamiento, actitud o reacciones |
| 4. está depresivo/a | 16. por los estudios |
| 5. por la manera de hablar | 17. está solo/a, aislado/a o marginado/a |
| 6. por los gestos | 18. está de mal humor o enfadado/a |
| 7. llora | 19. está nervioso/a intranquilo/a o inquieto/a |
| 8. no se relaciona | 20. no hace caso |
| 9. por los ojos o la mirada | 21. por el estado de ánimo |
| 10. está triste o no ríe | |
| 11. está pensativo/a | |
| 12. contesta mal | |

recían en los autodiagnósticos o nosologías profanas. Las respuestas de mayor pasividad son aquí las asociadas con el aislamiento, pues no suponen interacción con el grupo. Contrariamente, la expresión del mal humor significa, también, la búsqueda de un interlocutor al cual trasladar el propio malestar.

Cuando preguntamos a nuestros adolescentes: «¿Cómo te das cuenta que una persona está triste o preocupada?», las respuestas son variadas. Una de las más habituales es mostrar la oscilación entre las características pasivas del malestar y su correlato activo, entre el aislamiento y la respuesta airada a los interlocutores, aunque este comportamiento no sea premeditado ni consciente. La persona *rallada*, *deprimida* o *burchada* puede mostrarse «aislada de la sociedad», sentirse *inaceptada*, sola, *insegura*, apática; puede «dejar de hablar con los demás» o de participar, encontrarse «cansada de todo», decaída y cabizbaja, con el ceño fruncido, depresiva, como si tuviese un «bajón»; distraída, seria y sin sonreír, o ansiosa y nerviosa y por ello hiriendo a los demás, aunque no se lo proponga. También puede suspirar o llorar, tener dificultad para «expresarse», estar «cambiada», por no comportarse como normalmente lo hace, o tener la mirada perdida.

La percepción que los adolescentes tienen de una persona *rallada*, *triste*, *burchada* o *deprimida* no es isomórfica

con la visión que detentan sobre ellos mismos cuando en el pasado sufrieron alguna adversidad o sintieron malestar. Por ejemplo, la categoría *rallada* no es tan utilizada en estos casos, quizá por guardar una carga semántica estigmatizadora. Normalmente definen las expresiones del malestar en términos de «ganas de olvidarse de los estudios, de la gente y de todo», de «gritar donde nadie te escuche», de «romper cosas o pegar a alguien», de auto-infligirse dolor físico «para equilibrar el dolor de dentro con el dolor de fuera», de «hacer sentir a alguien lo mismo que siento yo», de «huir o correr muy lejos» o de encerrarse en su habitación para «llorar escuchando música». También se sienten *impotentes* ante «las cosas que no pueden afrontar», «inferiores a los demás», inútiles, culpables, con dificultades para concentrarse e insomnes.

En la experiencia del malestar, los diferentes estados pueden confundirse y retroalimentarse entre sí, desde la violencia a la resignación, pasando por la desesperanza asociada a la falta de expectativas de resolución de los problemas.

La sensación de apatía y decaimiento se produce por la existencia de causas diversas, como la disonancia entre el modelo de persona que se quiere proyectar y las limitaciones en el juego social entre sus iguales. El malestar se convierte, así, en producto de un mundo local en el que juega un papel destacado la red de interacciones y la posición del sujeto en ese entramado. El rostro apático, la mirada distraída, el abatimiento, el abandono personal o el nerviosismo constituyen auténticas expresiones sociosomáticas o, dicho de otra forma, expresan la corporalización de los conflictos de una experiencia interpersonal en donde está en juego la identidad social del actor y las posibilidades de su puesta en valor.

Las causas del malestar

Los jóvenes sitúan las causas de sus aflicciones en el universo de sus interacciones con familiares, adultos en general e iguales, así como en las situaciones de presión y sobre-esfuerzo de la vida diaria. El cuadro 5 expresa que la primera causa del malestar que relatan nuestros informantes es la «relación con los amigos/as», seguida de «las cargas escolares», «las relaciones afectivas» y «las relaciones con los padres» y la familia, aunque cuando segmentamos los datos por género observamos que los adolescentes priorizan las «cargas escolares» antes que «las relaciones con los amigos», mientras ellas dan una mayor relevancia a éstas seguidas de las «relaciones afectivas». El papel causal de las «cargas escolares» llama la atención por contradecirse con las pautas de hetero-reconocimiento del malestar que analizábamos *supra* y en donde el criterio del rendimiento escolar no se percibía como un factor relevante para la detección profana de un estado depresivo.

Cuando les pedimos que agrupen algunas de estas causas según su similitud, establecen una clara polarización

entre las interacciones sociales con sus iguales, por un lado, y con los adultos, por otro (gráfica 3). En la primera esfera (1) es donde se dirime la posibilidad de conseguir una identidad social congruente con la imagen que se quiere proyectar y en donde se muestran generalmente más vulnerables; por ejemplo, con miedo al ostracismo, la humillación o la exclusión. En el campo de relación con los adultos (padres, profesores, etc.) (2) lo que está en juego es la autonomía e independencia personal frente a las prohibiciones y los conjuntos normativos. El adolescente se percibe a sí mismo como demasiado autónomo y adulto para aceptar acríticamente la tutela parental y, generalmente, intenta rechazar los vínculos que lo disponen en una posición infantil semejante a la vivida en su pasado reciente. Por otro lado, y aunque pueda parecer contradictorio, suele requerir la atención del mundo de los adultos en la forma de un acompañamiento de sus logros como sujeto social o de los problemas y conflictos generados en su no consecución.

Cuadro 5. Listado libre de las causas del malestar, por orden de frecuencia

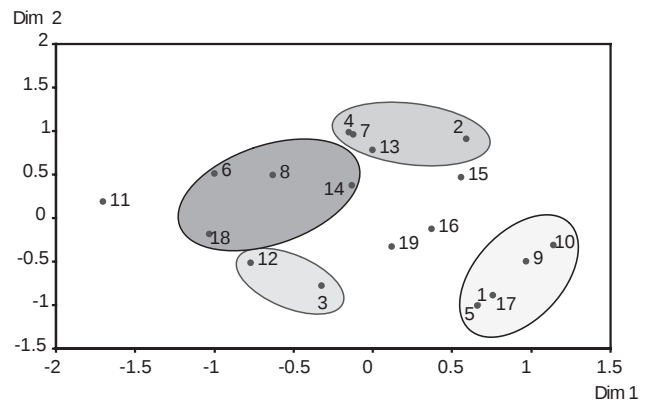
Ítem	Frecuencia	Respuesta (%)
1. las relaciones con los amigos/as	29	59
2. las cargas escolares	25	51
3. las relaciones afectivas	23	47
4. las relaciones con los padres	21	43
5. las relaciones con la familia	16	33
6. sentirse solo, aislado o marginado	12	24
7. falta de libertad o independencia y prohibiciones	11	22
8. las relaciones con los profesores/as	10	20
9. la falta de comprensión	10	20
10. las peleas	9	18
11. el futuro	8	16
12. la sexualidad y el cuerpo	7	14
13. cuerpo, imagen y estética	6	12
14. no poder hacer o conseguir lo que se proponen	5	10
15. las limitaciones económicas	5	10
16. las agresiones	5	10
17. que te molesten, te insulten o te hagan bromas pesadas	5	10
18. la falta de comunicación o de confianza	5	10
19. que no se cuente con ellos/as o no se les escuche	4	8
20. la hipocresía	4	8
21. la pérdida de un ser querido	4	8
22. que hablen mal de ellos o de alguna persona	4	8
23. los problemas de algún familiar	3	6
24. las discriminaciones	3	6
25. la superprotección o el ser tratados como niños	3	6
26. las situaciones de impotencia	3	6
27. la situación social	3	6
28. el instituto	3	6
29. la superioridad	3	6

Resultado del total de los listados libres realizados (n=49) en los 3 centros. Pseudo-fiabilidad=0.996.

- 1) En el espacio de relación con los iguales, la posibilidad de la exclusión y la soledad se convierten en riesgos a conjurar. Para ello es importante «No pasar desapercibido. Decir: ¡aquí estoy yo!» y no ser «invisible». Estar solo o sola significa no tener amigos, no sentirse apoyado y estar aislado, pero también no ser aceptado, no tener pareja cuando tus iguales sí que la tienen, ser ignorado por los demás, como «estar en el recreo solo en una esquina y tener como única felicidad en el día la salida del instituto» o que «ni te miren ni te escuchan», cuando lo que se espera es «sentir que alguien está ahí» y lo que menos se desea es «levantar el teléfono y no saber a quien llamar y tener una planta y al lado una mascota» como compensación de esta ausencia de relaciones afectivas y de amistad.

Alternativamente a estas situaciones que consideran como procesos de aislamiento o marginación, alguien puede estar solo por propia voluntad, pues en ocasiones «las personas prefieren estar solas antes que acompañadas», quedarse en casa y no salir con los amigos o no prestar atención a sus interlocutores en una conversación por estar pensativos o absortos por un tema que les preocupa. En estos casos, la soledad no es percibida siempre desde una perspectiva negativa, sino como una evidencia de que deben ser activos y autónomos en la resolución de sus propios problemas y conflictos: «sólo

Gráfica 3. Escalado multidimensional (MDS) de las causas del malestar



Representación del total de las entrevistas de *pilesorts* (n=30) que expresa en forma de «mapa cultural» la proximidad/distancia de las categorías en el universo perceptivo de los informantes. Como el modelo MDS permite diversas interpretaciones, las áreas de ítems propuestas son tentativas. La numeración corresponde con las siguientes categorías:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. las agresiones | 12. la falta de libertad |
| 2. las relaciones con los profesores/as | 13. los problemas de algún familiar |
| 3. las cargas escolares | 14. los problemas de algún amigo/a |
| 4. las relaciones con la familia | 15. las relaciones con los amigos/as |
| 5. las discriminaciones | 16. la falta de comprensión |
| 6. la sexualidad | 17. sentirse aislado o marginado |
| 7. las relaciones con los padres | 18. el futuro |
| 8. las relaciones afectivas | 19. encontrarse mal |
| 9. que te molesten o te insulten | |
| 10. que te hagan bromas pesadas | |
| 11. el ocio | |

puedes confiar en ti mismo». Sin embargo, este estado de soledad voluntaria es considerado en términos contradictorios, pues «quieres estar solo», pero a la vez que las otras personas «se sigan preocupando».

Para evitar la soledad y el aislamiento hay que ser aceptado por los iguales y, a su vez, para la consecución de este objetivo puede recurrirse a las conductas más diversas como llamar la atención, mostrar rebeldía en la relación con los adultos o modificar la propia imagen y la forma habitual de presentación de la persona en las interacciones sociales. «Tú cambias para no estar solo» nos dice FR. «Todo el mundo intenta hacerse una imagen» para ser aceptado, afirma otra informante. Y es que no ser aceptado por el grupo puede vivenciarse como una pérdida de sus identidades, aún en construcción. Incluso el propio problema o causa del malestar debe revestirse con significados que sean atractivos para los demás, pues como afirma FK: «Si tienes un problema, incluso ese problema ha de ser perfecto..., que sea un problema que encaje».

Una sensación bastante generalizada es que «la persona real no gusta» y que en el juego por conseguir la aceptación de los iguales uno puede dejar de «ser quien es» y convertirse en un *hipócrita* o tratar de ser *perfecto* sin conseguirlo y con la presión que ello conlleva. «Es difícil que seas tú misma y te acepten; bueno no es difícil pero la gente lo ve así», nos comenta LN, informándonos que todo está vinculado al reto de ganar popularidad y que en este juego altamente competitivo el cuerpo y la propia imagen constituyen instrumentos estratégicos.

La falta de adaptación a los cánones estéticos corporales es vivida como un detonante de aquellos malestares asociados con la baja autoestima, la pérdida de la confianza, la marginación, la discriminación de sus iguales e incluso la humillación. Llevar gafas, tener sobrepeso o simplemente un cuerpo cuyas medidas o aspecto no se corresponden con las imágenes corporales popularizadas por los *mass media* puede generar problemas de aislamiento y absentismo escolar.

- 2) Las relaciones con los adultos son percibidas de forma casi invariable como problemáticas, ya que vienen asociadas a los problemas de comprensión y comunicación con padres y profesores, así como a la limitación de su libertad y autonomía (figura 1). El papel ideal que los progenitores y profesores deben tener para ellas y ellos podría expresarse en la idea de que estén presentes pero que no restrinjan su libertad de decisión y de acción en la vida cotidiana: «somos jóvenes y queremos vivir... queremos vivir».

Confianza, *comprensión* y *libertad* son tres términos asiduamente utilizados para definir este campo de interacciones. La falta de libertad es percibida como resultado de la ausencia de confianza de los progenitores y adultos en general y ambas cosas conducen a

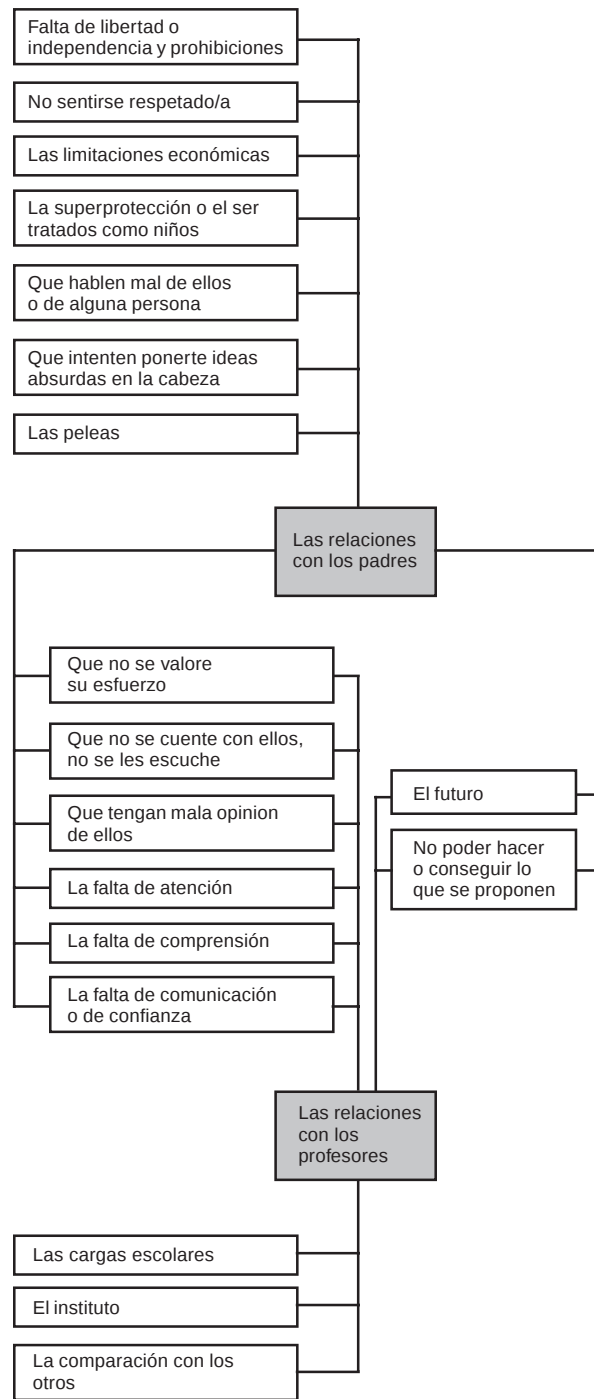


Figura 1. Red semántica de las relaciones con los adultos.

sentirse incomprensidos, sobreprotegidos, no escuchados y «tratados como niños».

La falta de libertad y la sujeción a las normas parentales se convierte en un obstáculo para la consecución de una identidad social propia y de una imagen pública de adulto. Por su parte, el menoscabo de la confianza se expresa en la falta de consideración como actores

sociales responsables, en las críticas y juicios parentales y en la invasión de la intimidad y el control de sus actividades lúdicas, recreativas y de ocio, principalmente en lo referente a sus horarios de salida fuera de casa y a las relaciones con sus iguales.

En realidad existen cuestiones que los adolescentes de ambos sexos consideran no adecuados para hablar con sus padres y esta falta de comunicación les genera, a su vez, malestar. Y es que hay «temas más personales» que saben que sus padres no aprobarán. En las relaciones con sus progenitores a menudo sienten vergüenza de hablar de determinados temas como la iniciación a las relaciones sexuales, el malestar asociado a la falta de esta iniciación y las relaciones y conflictos con su pareja.

Para nuestros informantes, hablar libremente con los adultos es también arriesgarse a la crítica, a ser juzgados y, por tanto, a ver limitada su autonomía pues ellos y ellas se sienten ya diferentes a cuando eran niños, con mayor independencia y con otros gustos, deseos, comportamientos, relaciones y proyectos de futuro que no necesariamente serán avalados por sus progenitores. De ahí la necesidad de mantener su intimidad y, por otro lado, requerir un tipo de apoyo que signifique que estén presentes pero sin invadir ni tutelar excesivamente el proceso de elaboración de sus identidades y trayectorias vitales.

Los recursos profanos

Cuando preguntamos a nuestros informantes «¿Qué se puede hacer, desde tu punto de vista, para ayudar a una persona de tu edad que está en esta situación de tristeza o malestar?» las respuestas son diversas, pero inciden en su conjunto en potenciar la sociabilidad entre iguales. El cuadro 6 expresa, en términos de frecuencias, los tipos de recursos considerados por los adolescentes. Resulta llamativo, aunque esperable, que desatiendan la posibilidad de encaminar o dirigir al afectado a algún recurso profesional específico o incluso aconsejar que hable con sus progenitores, tutores o profesores. Y es que como ya apuntamos, los adolescentes constituyen un grupo de edad caracterizado por contemplar vagamente los recursos profesionalizados en sus procesos de búsqueda de ayuda.^{18-24,51}

Según nuestros datos, una de las razones por las cuales los adolescentes ignoran o desatienden los servicios profesionales es la autopercepción de los malestares como productos de su mundo social. De hecho, los jóvenes tienden a socializar sus estados psicológicos y, en consecuencia, sus procesos de búsqueda de ayuda se inscriben en esta matriz de sentido. Si las causas del malestar devienen de las interacciones sociales (conflictos entre iguales, estados de soledad y aislamiento, falta de reconocimiento o de prestigio, disonancias con los modelos de cuerpo y persona, problemas en el desarrollo de su autonomía frente a la

tutela de los adultos, etc.), la restitución del bienestar debe conformarse a partir de estas mismas relaciones y también de esta misma independencia con respecto al mundo adulto. Desde su percepción, estar *rallado*, *chof*, *burchado* o *deprimido* forma parte de los riesgos vitales que ellos mismos deben conjurar.

La gráfica 4 expresa, mediante un escalado multidimensional, la polarización que nuestros informantes realizan entre los recursos que envuelven a los adultos y aquellos que devienen de sus relaciones horizontales y que, en última instancia, son considerados prioritarios para resolver sus aflicciones.

Uno de los principales recursos que consideran los adolescentes ante la situación de adversidad de un amigo o compañero es hablar con la persona afligida. Conversar es considerado una forma de estar *a su lado*, de *no dejarlo*

Cuadro 6. Listado libre de los recursos profanos, por orden de frecuencia

Ítem	Frecuencia	Respuesta (%)
1. animándola	20	42
2. hablando con ella	19	40
3. ayudándola	18	38
4. apoyándola	15	31
5. entretenerla, distraerla o salir con ella	13	27
6. que vea que no está sola, que puede contar contigo	10	21
7. intentar comprenderla	10	21
8. aconsejándole	10	21
9. escuchándola	10	21
10. estando con ella	9	19
11. dándole afecto	7	15
12. ponerse en su lugar	7	15
13. intentando buscar soluciones a su problema	7	15
14. dejar que se desahogue	6	13
15. dejar de pensar en lo que le preocupa	6	13
16. alegrándole	6	13
17. dándole tu opinión o punto de vista	5	10
18. consolándola	4	8
19. haciéndole ver las cosas de manera más positiva	4	8
20. decirle que no se preocupe, que pasará o irá bien	4	8
21. haciéndole pensar en las cosas buenas que tiene	4	8
22. dejar que piense	3	6
23. tranquilizándola o calmándola	3	6
24. dejarla sola	3	6
25. no dejándola sola	3	6
26. preguntándole qué le pasa o por qué está así	3	6
27. haciendo alguna cosa o todo lo que se pueda por ella	3	6
28. haciéndole olvidar	3	6
29. compartiendo experiencias	3	6

Resultado del total de los listados libres realizados (n=49) en los 3 centros. Pseudo-fiabilidad=0.996.

solo o sola; también como un recurso para *darle ánimos, alegrarlo, consolarlo* y ofrecerle consejos y opiniones, o para que se sienta escuchado y entendido, para que pueda desahogarse y de esta manera «deje de pensar en aquello que le preocupa». Al conversar, el interlocutor puede ofrecer al afectado o afectada otra visión sobre los problemas que le permita buscar ayuda por sí mismo o, simplemente, que pueda relativizarlos y normalizarlos. Esta ayuda mutua muestra, no obstante, diferencias significativas en términos de género.

Ellos se comportan de una forma que es considerada «más cerrada» por las jóvenes, con mayor ocultación de sus sentimientos por miedo a ser tildados de «gays», de tener «pluma» o de «nenas». También expresan de forma más tácita su apoyo a la persona afectada por un malestar por miedo a romper su imagen de duros y distantes. Como indica uno de los informantes, si un amigo tiene un problema la respuesta adecuada es «aconsejarle... de mil formas, pero no abrazarle ni nada de eso».

Contrariamente, ellas se muestran más próximas físicamente entre sí en los momentos en que alguien se encuentra *mal, triste, chof, rallado o deprimido*, pues consideran que necesitan más comunicar sus sentimientos. También, y como apunta una de nuestras adolescentes: «Las

chicas acostumbramos a darle más vueltas a todo lo que nos pasa y preguntarnos ¿por qué a mí?»; en cambio, continúa diciendo, los chicos son «más del plan 'déjame en paz que estoy mal'...lo ven como algo pasajero, dicen: 'ya se me pasará'».

Es importante remarcar que ellas observan a los chicos como más sólidos y autónomos ante la adversidad y a la vez mucho menos reflexivos y afectivos. Los adolescentes varones, por su parte, entienden que ellas son más reacias a la ayuda en el ciclo álgido de su malestar o en los momentos de crisis y, a la vez, más contradictorias: «Las chicas son más reacias. Cuando estáis enfadadas sois más... más déjame y cuando se me pase ven conmigo».

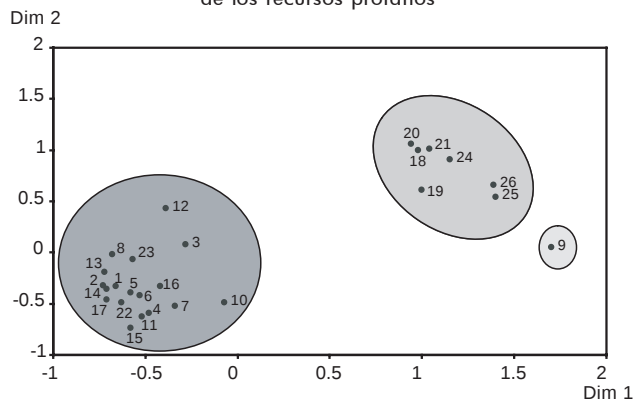
En ambos casos, sin embargo, la solidaridad entre iguales se convierte en el recurso de ayuda principal. En el otro lado del espectro se encuentra la potencial ayuda de los adultos que intentan evitar para no reproducir una estructura de relaciones organizada bajo el modelo de la protección y la tutela o que, al menos, limitan a aquellas situaciones extremas en las que los recursos del grupo de iguales no han sido suficientemente efectivos.

DISCUSIÓN

Los adolescentes de esta investigación utilizan categorías propias para definir el malestar de tipo depresivo y las organizan en una dicotomía de pasividad / actividad, entienden este malestar como resultado de las interacciones sociales, especialmente de sus redes horizontales o entre iguales, y definen como recursos de ayuda principalmente aquellos que dependen de las relaciones de compañerismo dentro de su grupo de edad. Este modelo explicativo lego muestra diferencias sustanciales con los discursos expertos, fundamentalmente en las concepciones etiológicas y de búsqueda de ayuda, pues en estos últimos prevalece la idea de los trastornos mentales y los estados de ánimo negativos como patologías y fenómenos individuales a ser tratados con diferentes tipos de terapia (psicofarmacológica, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia cognitivo-conductual, etc.). Contrariamente, para nuestros informantes estar *rallado, chof, burchado o deprimido* forma parte de las adversidades cotidianas y, en esta medida, aceptar la tutela externa y adulta se percibe como una quiebra en la autonomía del actor social independiente y con capacidad resolutoria que ellas y ellos quieren ser. En este reto se encuentran al lado de sus pares y se identifican con ellos, por lo que no resulta sorprendente que puedan establecer una considerable segmentación entre su mundo social y el de los adultos y que, adicionalmente, esta división simbólica y de prácticas sociales se materialice a la hora de establecer sus procesos ideales de búsqueda de ayuda.

Como han apuntado autores diversos y ya clásicos,⁵²⁻⁵⁵ las conductas de búsqueda de ayuda profesional o de evi-

Gráfica 4. Escalado multidimensional (MDS) de los recursos profanos



- | | |
|--|--|
| 1. hablando con ella | 15. estando siempre a su lado |
| 2. animándola | 16. no dejándola sola |
| 3. dejar que se desahogue | 17. haciéndole sentir bien |
| 4. consolándola | 18. hablando con sus padres |
| 5. alegrándole | 19. diciéndole que estudie |
| 6. haciéndole pensar en las cosas buenas que tiene | 20. hacer caso a sus padres |
| 7. diciéndole sus virtudes | 21. hacer lo que dicen los profesores |
| 8. dándole tu opinión | 22. intentar comprenderla |
| 9. dándole drogas | 23. intentando no herir sus sentimientos |
| 10. saliendo con ella | 24. hablando con sus profesores |
| 11. dándole afecto | 25. llevándole al médico |
| 12. dejar de pensar en lo que le preocupa | 26. llevándole al psicólogo |
| 13. aconsejándole | |
| 14. ayudándola | |

tación de esta misma atención se inscriben en contextos locales que definen los itinerarios terapéuticos desde los niveles de autoatención y autocuidado, pasando por el ámbito de las redes sociales de los actores y alcanzando el campo de los dispositivos profesionales en salud (atención primaria, red de salud mental, atención hospitalaria, etc.), así como también otro tipo de recursos sociales existentes en los mundos locales (medicinas complementarias, recursos propios de las instituciones religiosas, etc.). En este contexto la red social adquiere un carácter orientador y modelador de los comportamientos de los diferentes sujetos que la componen; quienes reproducen y reinventan prácticas y representaciones que adquieren sentido para un determinado entorno de clase social, género, grupo de edad y contexto local. En el caso de los adolescentes barceloneses, y debido a la importancia otorgada por ellos a la relación con los pares, los diferentes sujetos construyen trayectorias ideales de atención y cuidado generalmente congruentes con las representaciones de su grupo de edad sobre la importancia de la autonomía personal y las formas profanas de resolución de problemas.

Nuestros adolescentes perciben que los adultos (padres, madres, profesores/as y profesionales de los diferentes sistemas expertos) se autojustifican para intervenir en todos los aspectos de su vida, bien sea para controlarlos, bien sea para protegerlos. Pero los aspectos que los adultos consideran problemáticos de la vida de los jóvenes no se corresponden necesariamente con las preocupaciones de los interesados. Esta disonancia de modelos explicativos dificulta la implementación de intervenciones de tipo profesional, institucional o familiar. Por un lado, los jóvenes se sienten incomprendidos y en lucha constante por construir su autonomía e identidad social, para lo que necesitan de la interacción con sus iguales. Por otro, consideran que los adultos tienden a entender sus preocupaciones como secundarias, subjetivas, poco relevantes y derivadas de una «etapa difícil» del ciclo de la vida. También consideran que sus canales de comunicación y espacios de sociabilidad son minusvalorados por los adultos.

Si bien los resultados de nuestra investigación no son extrapolables a la población adolescente catalana en general, éstos indican la necesidad de establecer estrategias dialógicas de intervención. En la medida en que los adolescentes muestran modelos explicativos diferenciados de los sistemas expertos y del mundo adulto en general, es fácil que se desentiendan de las intervenciones que no los involucran como agentes activos. Ellos y ellas quieren ser protagonistas de su propia historia. Por este motivo el fomento de la participación y el diálogo de saberes (expertos y legos) son directrices que, desde nuestra perspectiva, deben estar presentes en cualquier intervención en este ámbito. En ello está la apuesta por reconvertir los modelos explicativos legos y el capital social de los adolescentes en un eje fundamental de los programas en salud mental.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación se inscribe en el proyecto CSO2009-08432 del Ministerio de Ciencia e Innovación. Los autores agradecen al CIIMU (Consorcio Instituto de Infancia y Mundo Urbano) la cobertura de esta investigación, especialmente a Carme Gómez-Granell, Cristina Brullet y Neus Buerba. También agradecen a los informantes, progenitores, profesores y centros en los que se realizó el estudio, por su apoyo y colaboración, así como a Martha Romero por la lectura del texto. Finalmente destacar las valiosas aportaciones de los revisores de Salud Mental.

REFERENCIAS

1. Shaffer D, Waslick B (eds.). *The many faces of depression in children and adolescents*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2002.
2. Ahonen EQ, Nebot M, Giménez E. Negative mood states and related factors in a sample of adolescent secondary-school students in Barcelona (Spain). *Gac Sanit* 2007;21(1):43-52.
3. WHO. World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the challenges, building solutions. *Mental health of children and adolescents*. Helsinki: 2004. Disponible en: www.euro.who.int/document/mnh/ebrief14.pdf
4. Costello EJ, Erkanli A, Fiederman E, Angold A. Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: effects of timing and sex. *J Clin Child Psychol* 1999;28:298-311.
5. Díez E, Barniol J, Nebot M, Juárez O, Martín M et al. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. *Gac Sanit* 1998;12:272-80.
6. Weissman MM, Wolk S, Wickramaratne P, Goldstein RB, Adams P et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:794-801.
7. Geller B et al. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had pre-pubertal major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:125-127.
8. Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention. *Suicide Life-threatening Behaviour* 2001;31:6-31.
9. Duffy CJ, Cunningham EG, Moore SM. Brief report: the factor structure of mood states in an early adolescent sample. *J Adolesc* 2005; 28:677-80.
10. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ* 2000;323:661-74.
11. WHO. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Ginebra: 2001 (acceso 11 de oct. de 2007). Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/en>
12. Fombonne E. Increased rates of psychosocial disorders in youth. *Eu Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998;248:14-21.
13. Ristkari T, Sourander A, Ronning J, Helenius H. Self-reported psychopathology, adaptive functioning and sense of coherence, and psychiatric diagnosis among young men—a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:523-31.
14. Alonso J et al. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand (Supl.)* 2004;420:21-7.
15. Kleinman A. *Rethinking psychiatry*. Nueva York: The Free Press; 1988.
16. Martínez-Hernández A. La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política Sociedad* 2006;43(3):43-56.
17. Martínez-Hernández A. 'Le Prozac est la meilleure de toutes les inventions'. *Biopolitiques, antidépresseurs et autres 'sorcelleries' du capitalisme tardif en Catalogne*. *Socio-Anthropologie* 2007;21:69-89.

18. Zachrisson HD, Rödje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health* 2006;6:34-40.
19. Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *Am J Psychiatry* 2002;159:1235-1237.
20. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 1998;7:3-14.
21. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust* 2007;187(Supl. 7):S35-9.
22. Rickwood DJ, Braithwaite VA. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science Medicine* 1994;39(4):563-572.
23. Andrews G, Issakidis C, Carter G. Shortfall in mental health service utilisation. *Br J Psychiatry* 2001;179:417-25.
24. Olfson M, Klerman GL. Depressive symptoms and mental health service utilisation in a community sample. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol* 1992;27:161-167.
25. Castells M. La era de la información. Economía, sociedad y cultura. 3 Vols. Madrid: Alianza Editorial; 1998.
26. Giddens A. The consequences of modernity. Stanford: Stanford University Press; 1990.
27. García Canclini N. La globalización imaginada. Barcelona: Paidós; 2000.
28. Bauman Z. Vida líquida. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2006.
29. Castel R. La metamorfosis de la cuestión social. Barcelona: Paidós; 1995.
30. Martínez Hernández A, Recio Cáceres C. La salut dels menors i dels joves. Malalties i malestars en una societat desigual. II Informe CIIMU. Barcelona: CIIMU; 2005 (www.ciimu.org).
31. Matud MP, Guerrero K, Matías RG. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *Int J Clin Health Psychol* 2006;6(1):7-21.
32. Morgan A, Swann C (eds.). Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health. Londres: London Health Development Agency; 2004.
33. Campbell C et al. Social capital and health. Londres: Health Education Authority; 1999.
34. Okello ES, Neema S. Explanatory models and help-seeking behavior: Pathways to psychiatric care among patients admitted for depression in Mulago hospital, Kampala, Uganda. *Qualitative Health Research* 2007;17(1):14-25.
35. Pereira B et al. The explanatory models of depression in low income countries: listening to women in India. *J Affective Disorders* 2007;102(1-3):209-18.
36. Eberhart NK et al. Understanding the sex difference in vulnerability to adolescent depression: an examination of child and parent characteristics. *J Abnormal Child Psychology* 2006;34(4):495-508.
37. Sauvadet T. Causes et conséquences de la recherche de capital guerrier chez les jeunes de la cité. *Déviance Société* 2005;29(2):111-123.
38. Sauvadet T. Figuras profanas de la locura y control social en un barrio pobre francés. *Política Sociedad* 2006;43(3):29-41.
39. Joubert M. Santé mentale, villes et conduites à risques: les bases d'une réflexion croisée entre chercheurs et acteurs de terrain. En: Joubert M, Giraux-Arcella P, Mougin C (eds.) Villes et toxicomanies. De la connaissance à la prévention. Paris: Erès; 2005.
40. Baudelot C, Mauger G. Jeunesses populaires. Les générations de la crise. Paris: L'Harmattan; 1994.
41. Weller S, Kimball Romney A. Systematic data collection. Sacramento, CA: Sage; 1988.
42. ANTHROPAC. software version 4.98. Analytic technologies. borgatti, 1996 <http://www.analytictech.com/anthropac/apacdesc.htm>
43. Romney A, Kimball SC, Weller R, Batchelder WH. Culture as consensus: A theory of culture and informant accuracy. *American Anthropologist* 1986;88:313-36.
44. Smith CS, Morris M, Hill W, Francovich C, McMullin J et al. Cultural consensus analysis as a tool for clinic improvements. *J Gen Intern Med* 2004;19:514-8.
45. Borgatti SP. Elicitation techniques for cultural domain analysis. En: Schensul J, Weeks M (eds.). The ethnographic toolkit. Sage Publications; 1999.
46. ATLAS-TI. The knowledge workbench, visual qualitative data analysis, version: win 5.0 (Build 61), 2003-2005 by Scientific Software Development, Berlin.
47. Turner V. La selva de los símbolos. Madrid: Siglo XXI; 1980.
48. Good BJ. The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine Psychiatry* 1977;(1):1:25-58.
49. Good BJ. Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective. Lewis Henry Morgan lectures. Cambridge: CUP; 1994.
50. Kleinman A. Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California Press; 1995.
51. Biddle L, Donovan J, Sharp D, Gunnell D. Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociol Health Illn* 2007;29(7):983-1002.
52. Suchman E. Stages of illness and medical care. *J Health Human Behavior* 1965;6:114-128.
53. Mckinlay J. Social network influences on morbid episodes and the career of help-seeking. En: Eisenber L, Kleinman A (eds.) The relevance of social science for medicine. Dordrecht: Reidel; 1981; pp. 77-110.
54. Menéndez E. Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. México: Ediciones de la Casa Chata; 1981.
55. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.

Artículo sin conflicto de intereses