



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

## **POR MÍ MISM@ SALDRÉ ADELANTE. PERCEPCIONES, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS EN TORNO A LOS MALESTARES EMOCIONALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES.**

**Natalia Lledo Carceller Maicas**

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS  
DOCTORAL

“Por mí mism@ saldré adelante”. NATÀLIA LLEDÓ CARCELLER MAICAS



## “Por mí mism@ saldré adelante”.

Percepciones, representaciones y prácticas en torno a los malestares emocionales en adolescentes y jóvenes.

---

NATÀLIA LLEDÓ CARCELLER MAICAS



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

TESIS DOCTORAL  
2017





# ***“Por mí mism@ saldré adelante”.***

**Percepciones, representaciones y prácticas en torno a los malestares emocionales en adolescentes y jóvenes.**

**Natàlia Lledó Carceller Maicas**

**(Natàlia Carceller-Maicas)**

**Tesis Doctoral**

**Dirigida por el Dr. Ángel Martínez-Hernández.**

**Departament d’Antropologia, Filosofia i Treball Social.**



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

**Tarragona, 2017.**





UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA, FILOSOFIA I TREBALL SOCIAL

Avinguda de Catalunya, 35  
43002 Tarragona  
Tel. +34 977 55 9748

e-mail: [sdantro@urv.es](mailto:sdantro@urv.es)  
web: <http://dafits.urv.es>

FAIG CONSTAR que la tesis doctoral de Natàlia Lledó Carceller Maicas titulada "*Por mí mismo saldré adelante. Percepciones, representaciones y prácticas en torno a los malestares emocionales en adolescentes y jóvenes*" que opta a la menció internacional s'ha realitzat sota la meva direcció. Per tal que tingui els efectes oportuns signo aquest "faig constar" en Tarragona, el dos de juny de l'any dos mil disset.

Director de la tesi doctoral

Àngel Martínez Hernáez, Ph.D.



**DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA, FILOSOFIA I TREBALL SOCIAL**

Avinguda de Catalunya, 35  
43002 Tarragona  
Tel. +34 977 55 9748

e-mail: [sdantro@urv.es](mailto:sdantro@urv.es)  
web: <http://dafits.urv.es>

Tarragona, 1 de Junio de 2016

A quien corresponda,

La presente carta es para proporcionar el visto bueno de la tesis doctoral de Natàlia Lledó Carceller Maicas titulada *"Por mí mismo saldré adelante. Percepciones, representaciones y prácticas en torno a los malestares emocionales en adolescentes y jóvenes"* del cual soy su Director.

Se trata de una tesis por compendio de artículos ya publicados en diferentes revistas indexadas en el Science Citation Index y el Social Science Citation Index del Journal Citation Report, así como en otros medios, como libros o capítulos de libro. En este sentido, es una tesis que responde a los estándares de investigación de calidad.

Àngel Martínez Hernáez, Ph.D.  
Profesor Titular  
Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social  
Universitat Rovira i Virgili



## Agradecimientos

En primer lugar y como no podría ser de otro modo, pues al menos así lo siento yo, a Mi Familia, por haberme dado la vida, por haberme cuidado, querido, criado, enseñado y acompañado en todo este proceso que es la vida, por haberme apoyado, por haber creído en mí y haberme motivado durante todo este largo proceso que ha sido la tesis. Porque no es fácil estar siempre ahí, y menos cuando uno no acaba de saber exactamente en qué consiste aquello que está haciendo el otro. Gracias desde lo más profundo de mi corazón a mi padre Toño, a mi madre Conchín, y a mis queridísimas *hermanis* Silvia y Marta; pues si no hubiera sido por ell@s yo no hubiese llegado hasta aquí.

Gracias a todas las personas increíbles que forman y han formado parte de mi camino. Gracias a mis amigas y amigos, pues ell@s forman parte también de mi familia, de la familia que se elige, y no podría haberme encontrado con mejores personas para tejer esta maravillosa red de gente linda.

Gràcies a *la gent de la terreta*: A Iris Martínez por cruzarte y quedarte en mi vida con tu magia y ganas infinitas de vivir intensamente y conscientemente (o no tanto) la vida y ser uno de mis grandes apoyos en los buenos y malos momentos; a Jaume y a Pinya porque da gusto tener amigos como vosotros i *pels sopars de dijous!*; a Pablo Canales por su paciencia y bondad infinitas y por tantas tareas y risas compartidas, y las que vendrán. A Naiara, Arcia, Tico, Richi, Marta, Blasa, Marieta, Neus, Ale y tant@s otr@s compañer@s de vida aquí.

A la *genteta de Tarragona*, gracias en primer lugar a Jordi Rofàs por estar a mi lado *gracias y pese* a todo siempre; a mis grandes y maravillosas amigas: al torbellino de pasión y energía desmedida de María Antonia Monserrat; a la dulzura y ternura de Carla Aguilar, a la complicidad y conexión de Cinta Fabregat; a la bondad, perseverancia, entrega y ejemplo constante de lucha y resistencia de Noor; a mis *nenis* favoritas Jesica Martínez y Vane Cabrera, porque tener unas amigas-hermanas que te quieran, te entiendan, te apoyen y te

conozcan así de bien no tiene precio; a la autenticidad y reivindicación de Carmen Laura Paz; a Lina Massana por ser amiga, mentora y confidente; a la alegría, comicidad e inteligencia desbordantes de Marine Bertrand; a Araceli Muñoz por ser un ejemplo constante de vitalidad, pasión, alegría, energía, sabiduría, y una gran referente y confidente; a Isabel Osorio, Àlex Pérez, Xavi Cela, Urko Diaz, David Roca, Arantza Begueria, Rosa Limperg, Ana Giné, Nuria Bota, Anna López, Ilaria Cover y tant@s otr@s antropoloc@s que conocí en la academia y se quedaron a formar parte del resto de ámbitos de mi vida. Gracias muy especialmente a Natalia Alonso y Laia Ventura por ser las mejores amigas, por saber estar cerca a pesar de la distancia, por tantas risas, confianzas y momentos increíbles compartidos, por estar siempre a mi lado cuando más falta hace (tenéis un sexto sentido) para escucharme, aconsejarme y apapacharme, porque sin vosotras nada sería lo mismo: ¡os admiro y os amo muchísimo!

Gracias a mis amig@s de otros lares, sobre todo a: Chema Sanmorán porque nadie como él sabe acompañar, apoyar, motivar, escuchar y reconfortar haciéndose sentir plenamente presente a pesar de la distancia; a Esther Vinuesa (la gran Ela Vin) por acompañarme en los momentos más oscuros y llenarlos de luz y esperanza (y por tener el corazón más grande y bondadoso que he conocido); a Miriam Tudela por ser un regalo omnipresente y permanente en mi vida.

A mis compañer@s de clase, de trabajo, de congresos y a mis profesores y tutores, por haberme enseñado tanto, de la academia y de la vida; por haberme cuestionado, retado, ilustrado, inspirado y acompañado a lo largo de todos estos años. Gracias a Ricardo Burg Ceccim, Isabella Frieze Passos, Leticia Madeiros, Mónica Franch, Laia Grau, Alba Zamora, Tré Borràs, Toni LLort, Artur Sardà, Carlos Chirinos, David Pere Martínez, Otger Amatller y tantas otras personas por compartir vuestros saberes y experiencias conmigo. Gracias a la familia de la URV: Jordi Roca, Oriol Romaní, Joan Prat, Josep M<sup>a</sup> Comelles, Jordi Moreras, Gaspar Maza, Mari Luz Esteban y demás maestros y profesores. Gracias a Pedro Marta y Nuria Martorell por estar siempre ahí incondicionalmente, ha sido un verdadero placer compartir con vosotros todos estos años (sin vosotros el DAFITS no sería lo mismo). Muy especialmente gracias a l@s miembr@s de mi equipo de investigación, es decir, a aquellos que trabajaron codo a codo conmigo en el proceso de

investigación de los proyectos y que me animaron a iniciarme en la aventura de realizar esta tesis: Tonyi Martorell, Carmina Puig, Martín Correa, Susan DiGiacomo, Santi Ariste y Carmen Vega, ha sido un verdadero placer aprender tantísimo de vosotros.

Thank you to the colleges of the Croatian Anthropological Society for sharing with me so much interesting and exciting meetings and debates during these years, and for giving me the opportunity to get to know your wonderful country and people, it has been a pleasure.

Gracias a la gente del CIESAS y de México por recibirme con los brazos abiertos, por permitirme hacer mi estancia doctoral con ustedes y por enseñarme otras visiones de la vida. Muy especialmente quiero agradecerle a la Dra. Rosa María Osorio, grandísima amiga y maestra, “golondrina viajera” y mujer asombrosa donde las haya, a la cual admiro profundamente en muchísimos sentidos, y sin la cual ni yo misma ni esta tesis estaríamos ahora mismo aquí. Gracias también al Dr. Eduardo Menéndez, por compartir su despacho, sus paseos, sus anécdotas y sus saberes conmigo. Gracias a la Dra. Martha Romero por recibirme en su linda tierra, por compartir conmigo su tiempo y su conocimiento, y por saber leer más allá de lo aparente. Gracias al Dr. Eroza y a la gente del CIESAS Chiapas por abrirme las puertas de su hogar y concederme la oportunidad de trabajar con ellos pese a la distancia. Gracias a mis chicas del CIESAS: Myriam de la Parra, Leti y Romi, por abrirme las puertas de sus corazones y de sus casas. Gracias de todo corazón a Mauricio, Osvaldo, Valeria y Odette por ser tan maravillosos conmigo. Y gracias también a Carlos Sanroman por toda su ayuda y apoyo.

Gracias a mi tía Mari Maicas, mi tío José Salvador, Julia Zurruga, Laura Borel, Javier, Alfonso, Mari Sol, Miguel Ángel, Rita, y Julia por contribuir a mi salud y bienestar haciendo posible que llegara hasta aquí.

Gracias a tod@s y cada un@ de mis informantes: adolescentes, jóvenes y profesionales; pues sin ell@s esta tesis no hubiera sido posible. Gracias por compartir su tiempo, sus narrativas, sus vivencias y experiencias a lo largo de todos estos años. Muy especialmente a l@s que han seguido participando en las etapas de construcción de la Guía de Buenas Prácticas y del Corto Documental y a aquell@s que reencontré en 2016, gracias por vuestro interés en la investigación, por vuestra implicación y por inspirarme y motivarme para seguir en nuevas líneas futuras más adelante.

Gracias también a mí misma por no haber tirado la toalla, por haber sido constante y perseverante y haber logrado cumplir mi meta.

Y por último pero no por ello menos importante gracias a Ángel Martínez-Hernández, por ser no solo mi profesor, director de tesis y en ocasiones mi jefe, sino por ser mi mentor en mayúsculas. Por haber confiado en mí. Por haberme enseñado tanto en todos estos años, y haberme orientado paciente, sutil y sabiamente. Por haberme apoyado en mis “ideas locas”. Por haberme adentrado y orientado en el mundo académico y de la investigación. Y por tantos cafés, conversaciones, risas y viajes compartidos.

En definitiva...(como diría la gran Mercedes Sosa)...

¡¡¡Gracias a la Vida!!!

## Nota sobre las imágenes de la portada:

Las cuatro imágenes en forma de collage que componen la portada de la presente tesis son fotografías realizadas por mí misma. Las fotografías muestran las cortezas de varios árboles, todos ellos *lledoners* (en valencià) o almeces (en castellano), ubicados en los alrededores de un Instituto de Educación Secundaria.

Las imágenes muestran las inscripciones y grabados que adolescentes y jóvenes han ido realizando sobre ellos a lo largo de los últimos años (tal y como se puede apreciar en una de las imágenes en la que figuran las fechas, desde 2007 a 2012). En ellas han plasmado dibujos, símbolos, fechas, nombres y textos...que de un modo u otro pretendían immortalizar.

Decidí incluir estas fotografías por diversos motivos, en primer lugar porque la autoría de los grabados pertenece a los mismos adolescentes y jóvenes, con lo cual mi intención es reconocer así su papel pro-activo, participativo y esencial a lo largo de esta investigación. Son sus intereses, motivaciones, preocupaciones, en definitiva, diversos ámbitos importantes para ellos (relaciones de amistad “friends 4 ever”, la importancia de las redes sociales “#”, el papel de las drogas en esta etapa vital “el dibujo del joven fumando con una sonrisa”<sup>1</sup>) los que quedan allí plasmados, narrando así de forma espontánea parcelas de su vida a todo aquel que pase por allí y quiera pararse a contemplar. En segundo lugar los grabados en el árbol (a mi modo de ver) no dejan de ser marcas, heridas, cicatrices en la piel del propio árbol, las cuales me evocan en cierto modo una sensación de dolor, de padecer, de malestar, el cual nos es de este modo transmitido y narrado pero no hablado<sup>2</sup>. Y por último en tercer lugar, este tipo de árbol, el *lledoner*, es un árbol especialmente típico de mi tierra (Castelló) y no es por casualidad que mi segundo nombre (Lledó) sea el nombre de su fruto; incluirle a él me permite así incluir también simbólicamente una parte de mí (su corteza, mi piel) la cual se ha ido curtiendo y transformando a lo largo del proceso de investigación de esta tesis.

---

<sup>1</sup> A lo largo de la presente tesis se analizan y exponen en detalle temáticas relacionadas con algunas de estas imágenes, tales como el papel que juega la red de iguales (Publicaciones 4, 5 y 6), el consumo de tabaco como estrategia de auto-atención/auto-medicación del malestar emocional (Publicación 7), y el papel de las redes sociales tanto físicas (Publicaciones 2, 3,4, 5 y 6) como virtuales (Publicación 10).

<sup>2</sup> Este malestar narrado por medio de marcas, cicatrices y tatuajes configura una de las líneas futuras de investigación que me gustaría desarrollar en una fase post-doctoral, la cual se expone en el apartado “Tareas para el futuro” dentro del Bloque de Cierre.



## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b><u>AGRADECIMIENTOS</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b><u>NOTA SOBRE LAS IMÁGENES DE LA PORTADA:</u></b>	<b><u>11</u></b>
<b><u>RESUMEN</u></b>	<b><u>17</u></b>
<b><u>TESIS POR COMPENDIO DE PUBLICACIONES</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b><u>INFORME DE INDEXACIONES E ÍNDICES DE IMPACTO:</u></b>	<b><u>25</u></b>
<b><u>BLOQUE I: INTRODUCCIÓN</u></b>	<b><u>31</u></b>
1. ¿POR QUÉ INVESTIGAR ESTE TEMA? REFLEXIÓN SOBRE LOS ITINERARIOS VITALES QUE ME TRAJERON HASTA AQUÍ.	33
2. LOS PRIMEROS PASOS DE LA INVESTIGACIÓN: “HELP-SEEKING”, “NON-PROFESSIONAL-HELP-SEEKING” Y EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD.	36
3. AMPLIANDO LA MIRADA: “ILLNESS BEHAVIOUR”, “CARRERA DEL ENFERMO” E ITINERARIOS TERAPÉUTICOS.	40
3.1. REPRESENTACIONES SOCIALES Y MODELOS EXPLICATIVOS LEGOS DE MALESTAR.	42
3.2. AUTOATENCIÓN DEL MALESTAR EMOCIONAL Y FORMAS PROFANAS DE AFRONTAR LA ADVERSIDAD.	45
3.3. LA CREACIÓN DE MATERIALES PRÁCTICOS POR MEDIO DE LOS SABERES COMPARTIDOS	50
4. EL PAPEL CLAVE DE LAS EMOCIONES:	51
<b><u>BLOQUE II: METODOLOGÍA</u></b>	<b><u>53</u></b>
1. REFLEXIONES INICIALES: DE POSICIONES, VISIONES Y PERSPECTIVAS:	56
1.1. “USTED SE ENCUENTRA AQUÍ”, O DE CÓMO LA INVESTIGADORA REFLEXIONA EN CUANTO A SU POSICIONAMIENTO EN EL CAMPO Y SU CONOCIMIENTO SITUADO.	57
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	63
3. EL NACIMIENTO DE UNA TESIS:	65
4. PROYECTOS E INVESTIGACIONES PRECEDENTES:	67
4.1. PANEL DE FAMILIAS I INFANCIA (2006-2010):	67
4.2. “LOS MALESTARES DE LOS ADOLESCENTES. ESTILOS DE VIDA, SALUD MENTAL Y ESTRATEGIAS PROFANAS PARA AFRONTAR LA ADVERSIDAD”. (2009-2014):	68
5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y PARTICIPANTES	70
5.1. REFLEXIONES PREVIAS SOBRE EL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:	70
5.2. SELECCIÓN Y COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA:	71
5.3. FASES DE LA INVESTIGACIÓN	75
5.3.1. Fase 0: Análisis estadístico de los datos del PFI.	75
5.3.2. Fase 1: Entrevistas cualitativas-cuantitativas.	75
5.3.3. Fase 2: Grupos focales y grupo mixto de discusión.	77

5.3.3.1. Grupos focales adolescentes:	78
5.3.3.2. Grupo focal con profesionales:	79
5.3.3.3. Grupo Mixto de Discusión:	79
<b>5.3.4. Fase 3: Creación de una Guía de Buenas Prácticas.</b>	<b>80</b>
<b>5.4. FINANCIACIÓN Y ESTÁNDARES ÉTICOS</b>	<b>83</b>
<b>6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS</b>	<b>84</b>
<b>6.1. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA:</b>	<b>84</b>
<b>6.2. TEST PSICOLÓGICOS Y CUESTIONARIOS:</b>	<b>89</b>
<b>6.2.1. Inventario de depresión BDI-II (Beck Depression Inventory- II).</b>	<b>90</b>
<b>6.2.2. Screening de la GHQ (Goldberg Health Questionary) para depresión y ansiedad:</b>	<b>90</b>
<b>6.2.3. Entrevista Manheim de Soporte Social (Manheim Interview on Social Support-MISS).</b>	<b>91</b>
<b>6.2.4. Cuestionario sobre consumo de sustancias psicoactivas.</b>	<b>92</b>
<b>6.3. GRUPOS FOCALES</b>	<b>93</b>
<b>7. DATOS Y ANÁLISIS</b>	<b>99</b>
<b>8. VENTAJAS DE EMPLEAR METODOLOGÍAS MIXTAS CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS:</b>	<b>101</b>
<b>9. ¿POR QUÉ HABLAR DE MALESTARES EMOCIONALES EN LUGAR DE DEPRESIÓN/ANSIEDAD O TRASTORNOS MENTALES?</b>	<b>103</b>

### **BLOQUE III: RESULTADOS** **107**

<b>PUBLICACIÓN 1: NON-PROFESSIONAL-HELP-SEEKING AMONG YOUNG PEOPLE WITH DEPRESSION: A QUALITATIVE STUDY.</b>	<b>109</b>
<b>PUBLICACIÓN 2: LOS SENDEROS DE LAS EMOCIONES. NARRATIVAS SOBRE EL MALESTAR DEPRESIVO EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES CATALANES.</b>	<b>123</b>
<b>PUBLICACIÓN 3: MUNDOS VITALES DE PALABRAS: ANÁLISIS DEL SUFRIMIENTO ADOLESCENTE MEDIANTE NARRATIVAS DE MALESTAR.</b>	<b>151</b>
<b>PUBLICACIÓN 4: MODELOS EXPLICATIVOS DEL MALESTAR EMOCIONAL. ETIOLOGÍAS LEGAS.</b>	<b>177</b>
<b>PUBLICACIÓN 5: SOCIAL SUPPORT AND GENDER DIFFERENCES IN COPING WITH DEPRESSION AMONG EMERGING ADULTS: A MIXED-METHODS STUDY</b>	<b>213</b>
<b>PUBLICACIÓN 6: SELF-CARE STRATEGIES FOR EMOTIONAL DISTRESS AMONG YOUNG ADULTS IN CATALONIA: A QUALITATIVE STUDY</b>	<b>227</b>
<b>PUBLICACIÓN 7: EL CONSUMO DE TABACO COMO AUTOMEDICACIÓN DE DEPRESIÓN/ANSIEDAD ENTRE LOS JÓVENES: RESULTADOS DE UN ESTUDIO CON MÉTODO MIXTO.</b>	<b>241</b>
<b>PUBLICACIÓN 8: SHARING WISDOM(S) TO ENRICH KNOWLEDGE: WORKING IN A TRANSDISCIPLINARY RESEARCH TEAM IN MEDICAL ANTHROPOLOGY</b>	<b>255</b>
<b>PUBLICACIÓN 9: ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE JÓVENES Y ADOLESCENTES. RESULTADOS DE UN PROYECTO PARTICIPATIVO CON JÓVENES Y PROFESIONALES.</b>	<b>267</b>



**BLOQUE IV: CIERRE** **353**

<b>1. CONCLUSIONES</b>	<b>355</b>
<b>2. TAREAS PARA EL FUTURO</b>	<b>365</b>
<b>PUBLICACIÓN 10: JÓVENES, SALUD Y REDES SOCIALES. INSTAGRAM COMO HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN EN LA COMUNICACIÓN DE LA SALUD.</b>	<b>369</b>

**BIBLIOGRAFIA** **379**

<b>OTRAS PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS:</b>	<b>395</b>
---	------------

**ANEXOS:** **397**

<b>1- BECK DEPRESSION INVENTORY-II (BDI-II).</b>	<b>399</b>
<b>2- MANHEIM INTERVIEW ON SOCIAL SUPPORT (MISS)</b>	<b>403</b>
<b>2.1. TABLA RESPUESTAS MISS</b>	<b>407</b>
<b>2.2. TABLA SISTEMATIZACIÓN DATOS MISS</b>	<b>415</b>
<b>3- CRIBADO ANSIEDAD-DEPRESIÓN GOLDBERG (GHQ).</b>	<b>419</b>
<b>4- CUESTIONARIO CONSUMO DE SUSTANCIAS</b>	<b>423</b>

**LISTADO DE TABLAS Y CUADROS**

<b>TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE PARTICIPANTES ADOLESCENTES Y JÓVENES.</b>	<b>73</b>
<b>CUADRO 1: GUÍA DE LA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA.</b>	<b>87</b>
<b>CUADRO 2: GUIÓN GRUPO FOCAL ADOLESCENTES.</b>	<b>94</b>
<b>CUADRO 3: GUIÓN GRUPO FOCAL PROFESIONALES.</b>	<b>98</b>

**LISTADO DE FOTOGRAFÍAS**

<b>FOTOGRAFIA 1: COLLAGE DE PERSPECTIVAS</b>	<b>58</b>
<b>FOTOGRAFIA 2: COLLAGE PROCESO DE CREACIÓN</b>	<b>61</b>
<b>FOTOGRAFÍAS 3 Y 4: PHD IN PICTURES</b>	<b>62</b>
<b>FOTOGRAFIA 5: ÁRBOL DE MIRADAS</b>	<b>353</b>



## Resumen

Los problemas de salud mental son comunes en la adolescencia y la juventud, especialmente los malestares clínicos y subclínicos de tipo depresivo y ansioso. La prevalencia de los malestares emocionales de este tipo aumenta a medida que se pasa de la adolescencia a la primera juventud, y a la juventud adulta. Sin embargo se ha evidenciado que la mayoría de jóvenes con malestares depresivos y/o ansiosos (clínicos o subclínicos, es decir, diagnosticados o auto-percibidos) no buscan ayuda profesional. Este fenómeno es un tema prioritario en la investigación en salud, pues el hecho de disponer de unos dispositivos profesionales especializados y no utilizarlos se considera (por parte de los profesionales y de los sistemas de salud) como un comportamiento de riesgo que puede afectar de manera nociva a la salud presente y futura de la gente joven.

El análisis de los itinerarios de atención seguidos por adolescentes y jóvenes para hacer frente a su malestar emocional nos habla de la importancia que tienen las percepciones y representaciones legas de la angustia mental a la hora de decidir e implementar sus procesos de búsqueda (o no) de ayuda, remitiéndonos a sus modelos explicativos legos del malestar emocional y a la influencia que éstos tienen en la elección de las estrategias empleadas para hacerle frente.

Resulta por tanto interesante poder llegar a conocer los saberes adolescentes y juveniles a partir del análisis de sus formas de *entender* y *atender* su malestar emocional. Para ello la interrelación de representaciones y prácticas debe ser pensada en términos de una dinámica permanente de saberes populares que incorporan sentidos y significados procedentes de diferentes modelos médicos dando lugar a sus propios modelos explicativos de padecer (*explanatory models*) en el marco de una estructura social determinada. Para entender las razones que impulsan a adolescentes y jóvenes a optar por unas u otras opciones en la atención de su malestar es necesario, tal y como afirman diversos autores, poner el foco en cómo los síntomas son percibidos, interpretados y gestionados por las personas y comunidades.

La diversidad de percepciones, representaciones y experiencias en torno al malestar emocional inserta en la conformación de los modelos explicativos juveniles podría estar influyendo en las elecciones que adolescentes y jóvenes hacen a lo largo de su “carrera vital” para hallar solución a sus problemas emocionales; pudiendo darse en base a éstas variaciones en las articulaciones de los diferentes modos y sistemas de atención elegidos e implementados. Es por este motivo que resulta de interés indagar en el proceso de salud/enfermedad/atención y dirigir la mirada analítica, además de hacia el *non-help-seeking*, hacia otras de las múltiples opciones que barajan adolescentes y jóvenes para atender el malestar emocional. El análisis del proceso de autoatención se configura así como un punto particularmente atrayente, pues son los individuos y grupos sociales quienes constituyen el eje central de acción al devenir los agentes que utilizan, sintetizan, articulan, mezclan y/o yuxtaponen las diferentes formas de atención, reconstituyendo y organizando una parte de éstas en actividades de autoatención. Situarnos en este punto estratégico nos permite conocer las maneras en las que la gente joven *entiende* y *atiende* realmente sus malestares emocionales, incluyendo dentro del mapa de acción la articulación de las diferentes formas de atención generadas por la población.

Implementar investigaciones en esta línea de trabajo que aborden el tema desde la investigación-acción participativa posibilita además que adolescentes y jóvenes se integren en el proyecto como parte pro-activa e implicada en el proceso, permitiendo en última instancia la creación de “otro tipo de materiales” que además de proveernos de resultados teóricos favorezcan la creación de materiales prácticos elaborados colaborativamente.

## Tesis por compendio de publicaciones

La presente tesis doctoral se defiende bajo la modalidad de compilación de publicaciones. La parte publicada previamente se compone de seis artículos académicos publicados en revistas indexadas, dos capítulos de libros, y un libro. Todos estos materiales, a excepción de un artículo académico que se expone en el apartado de “Tareas para el futuro”, se presentan en el bloque de “Resultados” el cual incluye también un artículo que actualmente está en proceso de revisión y evaluación en una revista internacional indexada.

A continuación se citan las publicaciones que integran la presente tesis doctoral en su orden de aparición en este escrito:

- “Non-professional-help-seeking among Young people with depression: a qualitative study” (2014). Angel Martínez-Hernández, Susan M DiGiacomo, Natàlia Carceller-Maicas, Martin Correa-Urquiza, y Maria Antonia Martorell-Poveda. *BMC Psychiatry*, 14:124.
- “Los senderos de las emociones. Narrativas sobre el malestar depresivo en una muestra de adolescentes catalanes”. (2013) Natàlia Carceller-Maicas. En: Martínez-Hernández, A., Massana, L., DiGiacomo, S.M. (Eds.) *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Publicacions URV. Col·lecció Antropologia Mèdica, nº11, pp.297-322.
- “Mundos vitales de palabras: análisis del sufrimiento adolescente mediante narrativas de malestar”. Natàlia Carceller-Maicas. (Material inédito. Artículo actualmente en proceso de revisión en la *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*).
- “Modelos explicativos del malestar emocional. Etiologías legas”. (2013). Natàlia Carceller-Maicas. En: Martínez-Hernández, A.; Carceller-Maicas, N.; Correa-Urquiza, M.; y Martorell-Poveda, M.A. (2013). *Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad*. Publicacions URV. Col·lecció Antropologia Mèdica, nº15.

- “Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study”. (2016). Angel Martínez-Hernández, Natàlia Carceller-Maicas, Susan M DiGiacomo, y Santiago Ariste. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10:2.
- “Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study”. (2015). Maria-Antonia Martorell-Poveda, Angel Martínez-Hernández, Natàlia Carceller-Maicas, y Martin Correa-Urquiza. *International Journal of Mental Health Systems*, 9:9.
- “El consumo de Tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto”. (2014). Natàlia Carceller-Maicas, Santiago Ariste, Àngel Martínez-Hernández, Maria-Antonia Martorell-Poveda, Martin Correa-Urquiza, y Susan M DiGiacomo. *Adicciones*, 26 (1):34-45.
- “Sharing Wisdom(s) to Enrich Knowledge: Working in a Transdisciplinary Research Team in Medical Anthropology”. (2015). Natàlia Carceller-Maicas. *Collegium Antropologicum*, 39(2):307–315.
- *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y profesionales*. (2013). Coordinación de Natàlia Carceller-Maicas, Carmina Puig Cruells, Carme Vega Monteagudo y Àngel Martínez-Hernández. Publicacions URV. Col·lecció Antropologia Mèdica, n°14.
- “Jóvenes, Salud y Redes Sociales. Instagram como herramienta de investigación en la comunicación de la salud”. (2015) Natàlia Carceller-Maicas. *MÈTODE Science Studies Journal*, 88 :3-9. Universitat de València. DOI: 10.7203/metode.6.6555

### **Notas aclaratorias:**

- 1- Del capítulo de libro “Modelos explicativos del malestar emocional” en la presente tesis se expone solamente su parte final “Etiologías legas” dedicada al análisis de las causas de malestar emocional. La primera parte del mismo, centrada en el análisis de las nosologías legas de malestar, se omite para evitar reiteraciones de información, pues los resultados más significativos y actualizados a este respecto se muestran y amplían en el artículo “Mundos vitales de palabras: análisis del sufrimiento adolescente mediante narrativas de malestar”.
  
- 2- Con respecto a la bibliografía: Al final de cada una de las publicaciones se encuentran las referencias bibliográficas específicas empleadas en cada una de ellas. Las referencias citadas en el resto de apartados (incluyendo la Introducción, la Metodología, y el Cierre) se exponen en la Bibliografía final.





Tarragona, 1 de Junio de 2016

A quien corresponda,

Con esta carta, los abajo firmantes, en tanto que co-autores de las publicaciones de referencia que se indican seguidamente, autorizamos a Natàlia Lledó Carceller Maicas, co-autora también de los textos, para su uso en la presentación de su tesis por compendio de publicaciones titulada "Por mí mismo saldré adelante. Percepciones, representaciones y prácticas en torno a los malestares emocionales en adolescentes y jóvenes".

- "Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study" (2014) Angel Martinez-Hernaez, Susan M DiGiacomo, Natàlia Carceller-Maicas, Martin Correa-Urquiza, y Maria Antonia Martorell-Poveda. *BMC Psychiatry* 2014, 14:124.
- "Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study" (2016) Angel Martinez-Hernaez, Natàlia Carceller-Maicas, Susan M DiGiacomo, y Santiago Ariste. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (2016) 10:2.
- "Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study" (2015) Maria-Antonia Martorell -Poveda, Angel Martinez-Hernaez, Natàlia Carceller-Maicas, and Martin Correa-Urquiza. *International Journal of Mental Health Systems* (2015) 9:9.
- "El consumo de Tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto" (2014) Natàlia Carceller-Maicas, Santiago Ariste, Ángel Martinez-Hernaez, Maria-Antonia Martorell-Poveda, Martin Correa-Urquiza, y Susan M DiGiacomo. *Adicciones*, 26 (1):34-45.
- *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y profesionales.* (2013) Coordinación de Natàlia Carceller-Maicas, Carmina Puig Cruells, Carme Vega Monteagudo y Àngel Martínez-Hernández. Publicacions URV. Col·lecció Antropologia Mèdica, nº14, 2013.



**Santiago Ariste**



**Susan M. DiGiacomo, Ph.D**



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA, FILOSOFIA I TREBALL SOCIAL

Avinguda de Catalunya, 35  
43002 Tarragona  
Tel. +34 977 55 9748

e-mail: [sdantro@urv.es](mailto:sdantro@urv.es)  
web: <http://dafits.urv.es>

**Carme Vega Monteagudo**

**Maria Antonia Martorell, Ph. D**

**Martín Correa-Urquiza, Ph. D**

**Àngel Martínez Hernáez, Ph.D**

**Carmina Puig Cruells**

## Informe de Indexaciones e Índices de Impacto:

Este apartado expone de forma breve y concisa las publicaciones que conforman la presente tesis doctoral, las revistas y medios en los que éstas han sido publicadas, las áreas de conocimiento en las que se inscriben, así como las razones por las cuales se decidió dirigir los escritos a estos medios y no a otros.

Esta tesis se defiende dentro del Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universitat Rovira i Virgili, y pertenece a la especialidad de Antropología Médica. Es debido a la particularidad y riqueza de matices de esta disciplina que las publicaciones han decidido dirigirse no sólo a revistas pertenecientes al ámbito puramente antropológico sino también a otro tipo de revistas en las que se trabaja el ámbito de la salud mental desde diversas perspectivas disciplinares. Las publicaciones que integran la presente tesis están redactadas de forma alterna en castellano e inglés. La decisión de emplear ambas lenguas responde al interés de difundir y dar a conocer la investigación y los hallazgos en ella realizados al mayor público posible, siendo de este modo accesible (ya sea por medio de unos u otros textos) tanto al público de habla hispana como al de habla inglesa. Además esta particularidad lingüística permite al mismo tiempo contribuir a la extensión, difusión e intercambio del conocimiento, al dar a conocer autores y trabajos referentes de habla hispana entre la academia de habla anglosajona, y viceversa, haciendo pues las veces de nexo entre ambas.

En términos generales es preciso señalar que las revistas elegidas son revistas indexadas y muchas de ellas disponen asimismo de Factor de Impacto (detallaré posteriormente las particularidades de cada una de ellas). Se decidió que las publicaciones cumplieran *sine qua non* el requisito de dirigirse a revistas de acceso libre, pues consideramos que el saber y el conocimiento son mejores cuando son libres y compartidos. Del mismo modo los libros en los que se integran las publicaciones se encuentran también en acceso abierto, y son descargables gratuitamente en versión pdf<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> El número total de citaciones de las publicaciones que integran la presente tesis doctoral (actualizadas a fecha 1 de Junio de 2017) es de 32, contabilizadas a partir de los datos proporcionados por fuentes como Google Scholar, SCOPUS y Researchgate. Concretamente la Publicación 1 tiene 7 citas, la Publicación 5 tiene 9, la Publicación 6 tiene 5, la Publicación 7 tiene 8, la Publicación 9 (la cual se encuentra también disponible en Google Books) ha sido citada en una ocasión, y por último la Publicación 10 ha sido citada 2 veces.

En primer lugar el artículo “Non-professional-help-seeking among Young people with depression: a qualitative study”, se publica en 2014 en la revista académica *BMC Psychiatry*. Esta revista está indexada en numerosas bases de datos entre las que destacan especialmente DOAJ, MEDLINE, PubMed, PubMed Central, Science Citation Index Expanded, SCImago y Scopus, se encuentra en el JCR en el área de Psychiatry en el Cuartil Q2: 57/142 y tiene un Factor de Impacto de 2.576<sup>4</sup>. Publicar este material en la citada revista permite difundir la investigación entre un público considerado de especial interés, los profesionales del ámbito de la salud mental insertos dentro del sistema biomédico clínico. Nuestra intención por medio de esta publicación es hacer llegar al potencial público objetivo de la revista nuestro modo de abordar y trabajar la salud mental juvenil desde un posicionamiento crítico alejado del Modelo Médico Hegemónico, y compartir con ellos a través de este material las potenciales ventajas que este posicionamiento teórico-metodológico ofrece.

La segunda publicación que compone la tesis es un capítulo de libro que recibe el nombre de “Los senderos de las emociones. Narrativas sobre el malestar depresivo en una muestra de adolescentes catalanes”, el cual se integra en el libro *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*, publicado por Publicacions URV en 2013 en la Col·lecció Antropologia Mèdica<sup>5</sup>, nº11 y cuyos editores son Angel Martínez-Hernández, Lina Massana y Susan M. DiGiacomo. Este libro surge fruto de la reflexión colectiva que tuvo lugar en el marco del X Coloquio REDAM (Red de Antropología Médica) bajo el título “De la evidencia a la narrativa en la atención sanitaria: biopoder y relatos de aflicción”, el cual se realizó en junio de 2013 en Tarragona. Este encuentro se centró en analizar las “narrativas de la evidencia” (entendidas como estrategias de construcción de la prueba en biomedicina) y la “evidencia de las narrativas” (entendida como constatación de que aquello que está o debería estar en juego en la atención sanitaria es principalmente la enfermedad como forma de sufrimiento); contribuyendo por tanto el presente capítulo, dentro de ese contexto dialógico de intercambio de ideas, a la construcción de una perspectiva antropológica de los sistemas médicos y de las aflicciones humanas.

---

<sup>4</sup> En el siguiente link se puede acceder a la información actualizada sobre la citada revista: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/about>

<sup>5</sup> La Col·lecció Antropologia Mèdica está disponible gratuitamente en acceso abierto en formato pdf.

La tercera publicación de la tesis la compone el artículo “Mundos vitales de palabras: análisis del sufrimiento adolescente mediante narrativas de malestar”, el cual se encuentra actualmente en proceso de revisión en la *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, esperándose su publicación este año 2017. La revista esta indexada en múltiples bases de datos y repositorios entre los que destacan especialmente: Redalyc, Scielo, Latindex, Dialnet, ProQuest, DOAJ, SherpaRomeo, UNAM y Recolecta, entre muchos otros. La razón por la que se decide publicar en esta revista es dar a conocer la investigación y los hallazgos en una revista especializada en población juvenil desde el ámbito multidisciplinar. La elección de este medio de difusión nos posibilita además ampliar nuestra red y enlaces académicos e investigativos al difundir el material en el contexto sud-americano, pues concretamente la revista en cuestión pertenece al Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales, en Colombia.

La cuarta publicación es un fragmento del capítulo de libro “Modelos explicativos del malestar emocional”, concretamente la segunda parte del mismo dedicada al análisis de las “Etiologías legas”<sup>6</sup>. Forma parte integrante del libro: *Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad.*; publicado por Publicacions URV en la Colección Antropología Mèdica, nº15, y coordinado por Martínez-Hernández, A.; Carceller-Maicas, N.; Correa-Urquiza, M.; y Martorell-Poveda, M.A. Este libro expone en sus diversos capítulos las principales temáticas abordadas y hallazgos obtenidos a lo largo del proyecto “Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad”.

La quinta publicación es el artículo “Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study”, publicado en 2016 en la revista académica *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (2016) 10:2. Es la revista oficial de la International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, y está indexada en diversas bases de datos y repositorios internacionales entre los que destacan especialmente DOAJ, PsycINFO, PubMed, PubMed Central, SCImago, Science Citation Index Expanded (Web of Science) y Scopus, en el JCR se encuentra en el área de Psychiatry en el Cuartil Q2: 52/139, y dispone de un Factor de

---

<sup>6</sup> En este punto se expone solamente la segunda parte del capítulo con la finalidad de evitar redundancias en algunos datos y resultados, pues la primera parte del capítulo aborda las nosologías legas de malestar, temática que ya se expone (con mayor profundidad y nuevos análisis) en la publicación comentada anteriormente (enviada a la *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*).

Impacto de 2.134. Publicar en esta revista nos permite acceder a una plataforma internacional de comunicación científica (extensa, rápida y completa) centrada en el abordaje de la salud mental infantil y juvenil por medio de diferentes trasfondos y contextos culturales. Posibilitándonos por tanto difundir nuestra investigación antropológica en un foro multicultural e interdisciplinar de investigación integrado por profesionales de ámbitos principalmente biomédicos como la psiquiatría, pediatría, psicología o la neurociencia.

La sexta publicación la conforma el artículo “Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study” publicado en 2015 en la revista académica *International Journal of Mental Health Systems*. Esta revista tiene un Factor de Impacto de 1.229, esta indexada en DOAJ, Embase, PsycINFO, PubMed, PubMed Central, SCImago, Scopus, y Social Sciences Citation Index, entre otros, y se encuentra en el área Psychiatry del JCR en el Cuartil Q3: 93/139. Entre los objetivos que se propone la revista destaca su manifestado compromiso con la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, razón por la cual publicar en este medio nos permite participar de forma activa en la consecución de este propósito común.

La séptima publicación es el artículo “El consumo de Tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto”, publicado en 2014 en la revista *Adicciones*. Publicar en esta revista especializada en el abordaje de las adicciones nos permite difundir nuestros resultados cualitativos y cuantitativos de forma integrada, visibilizando así la potencialidad que en nuestro caso tiene emplear una metodología de tipo mixto. Al mismo tiempo también nos posibilita que los hallazgos sean diseminados tanto en el ámbito biomédico como en las ciencias sociales, pues esta revista consta en el Journal Citation Report de Ciencias y en el de Ciencias Sociales<sup>7</sup>, en el área de Substance Abuse en los cuartiles Q4: 15/18 y Q3: 19/34 respectivamente. Esta revista tiene un Factor de Impacto de 1.780, y entre sus indexaciones más destacadas se encuentran Medline, Scopus, Repositorio Español de Ciencia y Tecnología, Índice de impacto de Revistas Españolas de Ciencias Sociales, Latindex, Scimago Journal, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud, Índice Médico Español, y DIALNET.

---

<sup>7</sup> Thomson Reuters-Journal Citation Report-Sciences Citation Index, Thomson Reuters-Web of Science-Social Sciences Citation Index, Thomson Reuters-Web of Science-Sciences Citation Index, y Thomson Reuters-Journal Citation Report-Social Sciences Citation Index.

La octava publicación la conforma el artículo “Sharing Wisdom(s) to Enrich Knowledge: Working in a Transdisciplinary Research Team in Medical Anthropology”, publicado en 2015 en la revista *Collegium Antropologicum*. La revista oficial del Croatian Anthropological Society esta indexada en Abstracts in Anthropology, HRČAK, International Bibliography of Social Sciences, International center for scientific research (CIRS), Index medicus, Medline, PubMed, y ROAD (Directory of Open Access Scholarly Resources), entre otros; y dispone de un Factor de Impacto en JCR de 0.609 (en 2013) y en Scimagojr de 0.358 (en 2015). Tanto el volumen de la revista como este artículo en concreto nacen a partir del 35th Anthropology and Health Meeting: “The convergence of anthropological subfields in research on health and illness: cultural, biological, archaeological, and linguistic factors” el cual tuvo lugar en Agosto de 2014 en Dubrovnik, Croacia. Este encuentro especializado en antropología médica y dedicado al debate en “petit comité” (pues para favorecer el debate en profundidad los ponentes fuimos los únicos asistentes al evento) ofreció la oportunidad de realizar un intercambio de conocimiento entre los expertos de los distintos subcampos implicados, en el cual se pudo dar a conocer nuestra investigación y nuestros modos de trabajar desde la URV<sup>8</sup>.

La novena publicación es el libro *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y profesionales*, publicado en 2013 por Publicacions URV en la Col·lecció Antropologia Mèdica, n°14. Este libro es una guía de buenas prácticas para la atención de los problemas psicoemocionales de los adolescentes y jóvenes. Surge como material práctico fruto del proceso de investigación habiendo contado con el trabajo participativo de los adolescentes, jóvenes y profesionales informantes. La razón práctica de su elaboración es la infrautilización de los servicios profesionales por parte de este grupo de edad ante situaciones de depresión y ansiedad, principalmente; aunque también ante los malestares propios del ciclo vital. La razón más teórica, sin embargo, trasciende el objetivo específico para delinear un modo de investigación-acción participativa propio de la salud mental colectiva. El libro está disponible en castellano, valenciano e italiano en formato pdf.

---

<sup>8</sup> Gracias a este interesante encuentro amplié mi red de contactos y vínculos académicos, y posteriormente en 2016 fui invitada, junto con mis compañeros del equipo de investigación, a presentar y coordinar una mesa sobre investigación-acción participativa en salud en el IUAES.

La décima y última publicación es el artículo “Jóvenes, Salud y Redes Sociales. Instagram como herramienta de investigación en la comunicación de la salud”, publicado en 2015 en la revista *MÈTODE Science Studies Journal*; concretamente en el monográfico “Communicating Health: Medical outreach efforts in the media”, coordinado por Lucía Sapiña. El artículo fue escrito originalmente en valenciano, y posteriormente fue traducido al castellano y al inglés, encontrándose disponible por tanto en las tres lenguas<sup>9</sup>. Publicar en esta edición fue una oportunidad para compartir una idea metodológica incipiente que me gustaría implementar en un futuro (en una fase post-tesis que se expone con mayor detalle en el apartado de “Tareas para el futuro”), y poder comprobar la aceptación que en el ámbito académico se tenía de la misma. Concretamente esta revista pertenece a la Universitat de Valencia, y esta indexada en múltiples bases de datos y repositorios entre los que destacan: Scopus, Emerging Sources Citation Index (ESCI), ERIH PLUS, REDIB, Latindex, Dialnet, DOAJ, Dulcinea, Sherpa-Romeo y Research Bible.

---

<sup>9</sup> La razón por la que decidí redactarlo inicialmente en valenciano fue porque raramente se presenta la oportunidad de poder redactar y publicar en mi lengua materna en una revista indexada y me hacía especial ilusión expresarme de este modo. Cabe señalar que esta revista maneja los tres idiomas indistintamente, y ella misma se encarga de la posterior traducción a las otras dos lenguas.



# Bloque I: Introducción



# 1. ¿Por qué investigar este tema? Reflexión sobre los itinerarios vitales que me trajeron hasta aquí.

En el momento en que decidimos embarcarnos en una empresa como la elaboración de una tesis doctoral no estamos dando un paso casual y espontáneo nacido de un impulso momentáneo, sino más bien un paso meditado que surge fruto de un proceso de reflexiones y experiencias previas. La complejidad de esta decisión se evidencia, entre otros aspectos, en la elección del objeto de estudio. En esta elección se entretajan nuestras trayectorias, intereses y motivaciones, tanto íntimos y personales como profesionales y académicos, los cuales, al mismo tiempo, han de cumplir imprescindiblemente con los criterios de pertinencia y rigurosidad que la disciplina investigativa establece. Se trata de hallar un equilibrio perfecto, de escoger una temática de investigación que además de resultar de importancia e interés para la comunidad científica y la sociedad general apasione a la persona investigadora de tal modo que le haga persistir en su misión afrontando sequías y tempestades.

Desde muy joven supe que quería ser antropóloga. Recuerdo que me encantaba ver documentales sobre culturas y países lejanos, devoraba las imágenes con los ojos en un intento de materializarme en aquel extraño lugar mientras preguntaba a mis padres qué había que estudiar para poder dedicarme a hacer lo mismo que “el señor de dentro de la tele” hacía. Amaba los libros de aventuras que narraban historias sobre gentes de otras culturas y lugares exóticos, y los libros de arquitectura que mostraban las maravillosas construcciones del pasado. Los primeros pasos hacia la antropología los realicé en el instituto de la mano de mi profesora de la asignatura “Viaje a otras culturas”<sup>10</sup>. En el último año de secundaria (en 4º de E.S.O.), mientras mis compañeros/as de clase se planteaban “qué querían ser de mayores”, yo ya tenía claro que quería a ser antropóloga. Vi que el

---

<sup>10</sup> “Viaje a otras culturas” fue una asignatura optativa “inventada” por mi profesora de filosofía en el primer año que surgió la E.S.O. Recuerdo aquel momento como un punto de inflexión en la que sería posteriormente mi trayectoria vital, pues la profesora al ver mi pasión, interés y conocimientos previos del tema, me animó a crear conjuntamente con ella el temario de la asignatura; con lo que yo le fui llevando los libros y materiales de los que disponía y ella me mostró cómo aquel interés que yo tenía podía llegar a ser más que un hobby, y que aquello que tanto me apasionaba se llamaba antropología.

camino hasta mi sueño era largo, pues se trataba de una carrera de segundo ciclo, pero siempre creí que quien desea algo no puede no luchar con todas sus fuerzas para lograrlo.

Del mismo modo que un marinero analiza antes de su partida las rutas de navegación posibles y sopesa las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, yo analicé cuáles eran mis rumbos posibles. Mi mayor fascinación siempre fue el ser humano, por lo que las Humanidades y la Psicología eran las rutas de entrada que mejor encajaban con mi propósito final. Tras analizar en detalle ambas opciones me incliné por la Psicología, pues vi que la estadística sería una de las herramientas que me pedirían en Antropología, por lo que prefería llegar lo más formada posible. Inicé la carrera de Psicología, y las circunstancias vitales de mi contexto inmediato me llevaron a interesarme y especializarme en drogodependencias y terapia familiar sistémica. Realicé mis prácticas en un centro de atención a personas con problemas de adicciones, en el cual observé, esta vez desde una posición emocionalmente más lejana y profesionalmente más cercana, lo imbricadas que pueden llegar a estar las angustias vitales con los consumos de sustancias, e implementé junto con mi compañera de prácticas (que era estudiante de Trabajo Social) un proyecto de Patología Dual<sup>11</sup>. Cargada con estos saberes y experiencias llegué a la Licenciatura de Antropología, y mientras me empapaba del saber antropológico trabajé como psicóloga en la Sección de Acogimientos a Menores de la Conselleria de Benestar Social de Castelló, y como profesora y técnica de participación juvenil en diversos proyectos en la ciudad de Tarragona. Estas experiencias laborales me permitieron entrar en contacto con la población adolescente y juvenil, aprender sobre ellos y sobre sus intereses, pasiones y problemas, así como comprobar las oportunidades y dificultades del trabajo participativo con este colectivo. Posteriormente, y gracias a las orientaciones de mis profesores, llegué al Master de Antropología Médica y Salud Internacional, en el cual mis dos formaciones académicas (Psicología y Antropología) hallaron su punto exacto de interconexión. Mi interés en la interrelación existente entre las angustias vitales, el consumo de sustancias y la influencia del contexto seguía vigente, por lo que mi Trabajo Final de Máster (TFM) se centró en

---

<sup>11</sup> La “Patología Dual” es una categoría diagnóstica que a pesar de no existir dentro de los manuales referentes del diagnóstico psiquiátrico como el DSM y el CIE es comúnmente empleada por los/as profesionales de la salud mental. Esta categoría “informal” “hace referencia a los pacientes que presentan un trastorno mental y un trastorno por abuso de sustancias al mismo tiempo, constituyéndose así como un gran cajón de sastre donde reina la ambigüedad y escasea el consenso” (Carceller-Maicas, 2012: 84). Más información en: Carceller-Maicas, N. (2012) “Patología dual: la nosología incierta. Narrativas profesionales sobre un cajón de sastre” En: Arxiu d'Etnografia de Catalunya, n.º 12, 2012, 83-105. ISSN: 0212-0372 – EISSN: 2014-3885.

investigar de nuevo sobre Patología Dual, aunque esta vez ya desde una mirada antropológica.

Mientras finalizaba el TFM me incorporé como coordinadora técnica al proyecto de investigación “Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad”<sup>12</sup>, y mis ansias de conocimiento y aprendizaje sobre el mundo adolescente siguieron creciendo. Los inicios de mi labor en el proyecto “Los malestares adolescentes” y los buenos consejos de mis compañeros/as de trabajo me ayudaron a ver claro enseguida hacia donde quería seguir y cómo hacerlo, e inicié mi tesis doctoral.

Así pues mi investigación doctoral nació dentro del proyecto “Los malestares adolescentes”, en el cual trabajé como coordinadora técnica de investigación desde 2010 hasta 2014 que finalizó el estudio. El objetivo principal del citado proyecto (el cual se explica con mayor detalle en el bloque de Metodología) fue indagar sobre los malestares de tipo depresivo y/o ansioso de los adolescentes y jóvenes catalanes, y en la relación de estas aflicciones con sus estilos de vida y con los modelos profanos de afrontar la adversidad. Y es dentro de este marco de investigación donde se fue perfilando mi proyecto de tesis.

Pese a que mi objetivo final fue siempre el mismo: **dar a conocer el modo en que adolescentes y jóvenes viven, sienten, perciben y afrontan sus malestares emocionales, y poder aportar a partir de este conocimiento herramientas prácticas construidas participativamente que contribuyeran a difundir su saber lego**; el proyecto de tesis fue sufriendo variaciones a lo largo del proceso. Lo que inicialmente fue una meta utópica e inabarcable debido a la ambición y ganas de saber de aquella joven investigadora, logró posteriormente, gracias a los buenos consejos y orientaciones de mi director de tesis, convertirse en un proyecto sólido, acotado y viable.

---

<sup>12</sup> A partir de ahora se hará referencia a este proyecto como “Los malestares adolescentes” para facilitar la lectura y evitar redundancias.

## **2. Los primeros pasos de la investigación: “Help-seeking”, “Non-professional-help-seeking” y Evitación de los servicios profesionales de salud.**

Los problemas de salud mental son comunes en la adolescencia y la juventud, especialmente los malestares clínicos y subclínicos de tipo depresivo y ansioso (Balázs et al., 2013). La prevalencia de los malestares emocionales de este tipo entre los adolescentes de 13 a 18 años es del 14,3% y el 31,9% respectivamente (Merikangas et al., 2010), mostrándose una mayor incidencia y prevalencia de la depresión entre los jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y 29 años (Kessler y Walters, 1998). Sin embargo, a pesar de estas cifras se ha evidenciado que la mayoría de jóvenes con malestares depresivos y/o ansiosos (clínicos o subclínicos, es decir, diagnosticados o auto-percibidos) no buscan ayuda profesional (Zachrisson et al., 2006; Essau, 2005; Rickwood et al., 2007; Zwaanswijk et al., 2003). La evitación o infra-utilización de los servicios de salud es una constante también entre la población adulta con problemas de salud mental. Un estudio comparativo realizado en seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) halló que, entre aquellos que presentan una necesidad de atención de salud mental, sólo el 51,7% estaba utilizando algún tipo de servicio profesional de cuidado de salud, y tan sólo el 25,1% había sido visto por un profesional de la salud mental durante los 12 meses anteriores (Alonso et al., 2007). Estas cifras resultan ser aún más bajas entre los adolescentes y jóvenes, pues diversos estudios han encontrado que en muchos países con altos niveles de ingresos, sólo entre el 18% y el 34% de los adolescentes con trastornos depresivos diagnosticables o con trastornos de ansiedad son tratados por profesionales de atención primaria y profesionales de la salud mental, aunque estos servicios sean proporcionados de forma gratuita a través del sistema nacional de salud (Kessler y Walters, 1998; Essau, 2005; Rickwood et al., 2007; Zwaanswijk et al., 2003; Alonso et al., 2007). Este fenómeno es un tema prioritario en la investigación en salud, pues el hecho de disponer de unos dispositivos profesionales especializados y no utilizarlos se considera (por parte de los profesionales) como un comportamiento de riesgo que puede afectar de manera nociva a la salud presente y futura de las personas (Taber et al., 2014; Byrne, 2007). Este interés se hace también patente en nuestro contexto más inmediato de investigación en el hecho de que una de las líneas propuestas en la convocatoria de la Fundació La Marató de TV3 (una de las entidades financiadoras del proyecto “Los malestares adolescentes” del que surge

esta tesis doctoral) señaló el “uso de los servicios de salud mental” como una de sus líneas de investigación prioritaria, motivo por el cual el proyecto “Los malestares adolescentes” fue seleccionado y subvencionado para dar luz sobre este fenómeno en el contexto catalán.

La investigación (tanto del proyecto global como de mi tesis doctoral) se centra por tanto inicialmente en analizar el llamado “ciclo de evitación” o “no-búsqueda-de-ayuda” por medio del cual adolescentes y jóvenes evitan acudir a los dispositivos profesionales de atención a la salud mental (el análisis y los resultados más relevantes hallados a este respecto se presentan en el bloque de Resultados de la presente tesis en el artículo “Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study”). Pero, ¿Qué se entiende por evitación? Y ¿Qué es exactamente la búsqueda o no-búsqueda de ayuda?

El *help-seeking* se define como un proceso activo de búsqueda y uso de relaciones sociales, formales o informales, para recibir ayuda con respecto a problemas personales (Rickwood et al., 2005; Moore et al., 2015). Este proceso tiene en cuenta tanto los aspectos personales como los interpersonales, así como las interacciones posibles entre ambos (Rickwood et al., 2005)<sup>13</sup>. Con el objetivo de entender el proceso de “búsqueda de ayuda” o *help-seeking* se han desarrollado diferentes modelos, tanto en lo que respecta a la búsqueda de ayuda en general (Ajzen, 1991; Andersen, 1995) como en el ámbito de la salud mental en particular (Rickwood et al. 2005; Biddle et al. 2007; Gulliver et al. 2010;) mostrando las diversas actitudes existentes dentro del citado proceso (Mackenzie et al., 2014; Owens et al., 2011; Moore et al., 2015; Biddle y Gowen, 2009).

El estudio de Rickwood et al. (2005) es uno de los más destacados en lo que respecta a la búsqueda o no búsqueda de ayuda en salud mental juvenil. El modelo que proponen defiende que la búsqueda de ayuda (*help-seeking*) es un proceso complejo el cual incluye cuatro pasos esenciales: 1-percepción o toma de conciencia (*awareness*) y evaluación del problema, 2-expresión de los síntomas y necesidad de apoyo, 3-disponibilidad de las

---

<sup>13</sup> Rickwood et al. definen el *help-seeking* como: “a term that is generally used to refer to the behaviour of actively seeking help from other people. It is about communicating with other people to obtain help in terms of understanding, advice, information, treatment, and general support in response to a problem or distressing experience. Help-seeking is a form of coping that relies on other people, and is therefore often based on social relationships and interpersonal skills. Help can be sought from a diversity of sources varying in their level of formality. Informal help-seeking is from informal social relationships, such as friends and family. Formal help-seeking is from professional sources of help; that is, professionals who have a recognised role and appropriate training in providing help and advice, such as mental health and health professionals, teachers, youth workers, and clergy. Increasingly, however, help can be sought from sources that do not involve direct contact with other people, such as the internet” (Rickwood et al., 2005:4).

fuentes de ayuda, y 4- disposición a buscar y revelar dichas fuentes de ayuda (Rickwood et al., 2005). Especial atención merecen también las aportaciones hechas por la socióloga médica Lucy Biddle y su equipo, quienes dos años más tarde, en 2007, desarrollaron un modelo dinámico para entender la reticencia de los jóvenes a la hora de buscar ayuda para afrontar la aflicción mental (*mental distress*). Su propuesta es el “Cycle of Avoidance (COA) model of helpseeking” (Biddle et al., 2007), o “ciclo de evitación”. A partir de su estudio llevado a cabo con jóvenes adultos hallaron que era probable que éstos esperaran a buscar ayuda hasta que sus síntomas fueran serios, en comparación con las percepciones de los profesionales de la salud mental, quienes consideraban que la gente debía buscar ayuda antes (para no llegar a los servicios cuando sus síntomas fueran incontrolables). Se observa a partir de estos hallazgos ciertas disonancias en las percepciones legas y profesionales sobre el malestar emocional (a lo largo de la presente tesis se analizan, en diversos textos integrantes del bloque de resultados, los diversos modelos explicativos de malestar, así como las convergencias, divergencias y articulaciones halladas entre ellos).

Para explicar el proceso de *non-help-seeking* los autores hablan del *illness behaviour*<sup>14</sup> (comportamiento de enfermedad), el cual consideran como un proceso largo y circular en el que los individuos tratan de negociar y renegociar los síntomas de empeoramiento o deterioro para tratar de entender y aceptar si el padecimiento que sufren es “normal” o “real”<sup>15</sup>. En base a sus hallazgos Biddle y su equipo afirman que los jóvenes evitan la búsqueda de ayuda durante el mayor tiempo posible, empujando cada vez más el límite o la frontera entre el padecimiento que consideran “normal” y el que consideran “real”, por medio de la normalización de sus síntomas de angustia (Biddle et al., 2007: 893). Este hecho nos habla de la importancia que tienen las concepciones legas de la angustia mental a la hora de decidir emprender o no el proceso de búsqueda de ayuda, remitiéndonos a los

---

<sup>14</sup> Dingwall (1976) y Pescosolido (1991, 1992) conceptualizan que el *illness behaviour* (comportamiento de la enfermedad) no es una respuesta determinista, sino un proceso social interactivo, vinculado al contexto, que es moldeado por la agencia y las redes sociales. No se trata por tanto de una simple decisión sobre si se busca o no ayuda profesional, sino que es más bien una carrera multifacética y prolongada compuesta por una pluralidad de estrategias y personas consultadas durante el proceso de hacer frente a los síntomas de malestar (Biddle et al., 2007).

<sup>15</sup> El padecimiento “normal” era visto por sus informantes como universalmente e inevitablemente experimentado a lo largo de la vida en respuesta a eventos vitales y tensiones comunes. No se consideraba como grave o como enfermedad, sino como una “fase que pasaría con el tiempo”. El padecimiento “real” en cambio se consideró como anormal, raro, y a menudo permanente y fue la categoría que los encuestados percibían como enfermedad mental. (Biddle et al., 2007).



modelos explicativos<sup>16</sup> legos del malestar emocional y a la influencia que éstos tienen en la elección de las estrategias empleadas para hacerle frente (aspectos que se analizan en detalle en la presente tesis en diversos escritos del bloque correspondiente a los Resultados).

Investigaciones precedentes realizadas sobre *(non-)help-seeking* señalan ciertos factores que impiden la búsqueda de ayuda o promueven la evitación de los servicios, tales como: un alto nivel de independencia, la existencia de una percepción negativa y desconfiada de los servicios de salud en general y de los profesionales de la salud mental en particular (Zachrisson et al., 2006; Rickwood, 2011; Rickwood et al., 2005), escepticismo con respecto al tratamiento psiquiátrico (Swami, 2012), un menor grado de conocimiento sobre salud mental (Gulliver et al, 2010; Swami, 2012), el miedo al estigma asociado con la enfermedad mental (Link et al. 2001, Rickwood et al., 2005), el deseo de afrontar la situación solos (Issakidis y Andrews 2002), la creencia de que el problema mejorará por sí mismo (Meltzer et al. 2003), la falta de competencia emocional por parte de los individuos (Rickwood et al., 2005), la dificultad para expresar emociones (Barker et al., 2005; Ciarrochi et al., 2003), la auto-negación (por ejemplo el rechazo a aceptar o acceder a ayuda cuando está disponible), la vergüenza (Rickwood et al, 2005; Forsell, 2006), la falta de apoyo social (Forsell 2006), y la preferencia por buscar formas alternativas de ayuda por medio de estrategias de afrontamiento legas y la confianza en su propia red social de apoyo (Gulliver et al, 2010; Martínez-Hernández y Muñoz-García, 2010a, 2010b). Asimismo existen también factores de tipo estructural que contribuyen a la evitación o “no-búsqueda” de ayuda, como el acceso limitado a los servicios psiquiátricos, la brecha generacional, la falta de conocimiento e información sobre los servicios de atención disponibles, y los apuros o dificultades económicas (Swami, 2012). Pero no todo son razones de evitación, sino que ciertos estudios señalan también la existencia de factores que promueven o favorecen la búsqueda de ayuda, los cuales aluden a las relaciones comprensivas o de apoyo, la competencia emocional, la alfabetización o los conocimientos sobre salud mental, la existencia de experiencias previas positivas de cuidado, y el sentido de control (Rickwood et al., 2005).

---

<sup>16</sup> Arthur Kleinman propone en 1980 el término Modelos Explicativos (EMs) para hacer referencia a las: “naciones acerca de un episodio de enfermedad y su posible terapéutica que son empleadas por todos aquellos involucrados en el proceso clínico. La interacción entre los EMs de los pacientes y los EMs de los profesionales es el componente fundamental de la atención en salud. El estudio de los EMs de los profesionales nos remite a cómo ellos entienden y tratan la enfermedad. El estudio de los EMs de los pacientes y familiares expresa cómo ellos dotan de sentido un episodio de aflicción y cómo escogen y valoran los diferentes tratamientos. La investigación de la interacción entre los EMs de profesionales y pacientes nos permite un análisis de los problemas que aparecen en la comunicación clínica” (Kleinman; 1980:105)

### **3. Ampliando la mirada: “illness behaviour”, “carrera del enfermo” e itinerarios terapéuticos.**

A pesar de la existencia de los citados estudios un artículo reciente en el momento del inicio del proyecto “Los malestares adolescentes” señalaba la ausencia de investigaciones de alta calidad en el estudio de la evitación de los servicios de atención a la salud mental por parte de adolescentes y jóvenes (Gulliver et al, 2010). A partir de la revisión bibliográfica nos percatamos de que las razones de evitación suelen ser conceptualizadas como una serie de barreras separadas (no relacionadas entre sí) en lugar de como un complejo integrado de factores relacionado con el contexto social y con la existencia (o no) de experiencias previas con los servicios de salud mental (Good, 1994, Biddle et al., 2007). Este abordaje fragmentado del fenómeno de investigación ha limitado el conocimiento y la comprensión sobre los modelos explicativos legos, ciñéndose la mayoría de estudios a una mera descripción de los obstáculos en el acceso a los servicios en lugar de atender y tener en consideración las voces de adolescentes y jóvenes, la escucha y comprensión de sus modelos explicativos, y sus propuestas y sugerencias para superar los obstáculos detectados. La presente investigación, de forma interrelaciona con el proyecto “Los malestares adolescentes”, pretende contribuir en la medida de lo posible, a superar las citadas limitaciones, prestando especial atención a estos ámbitos a lo largo del proceso de investigación (los objetivos tanto de la presente tesis como del mencionado proyecto se exponen en detalle en sus correspondientes apartados). La intención es dar a conocer los saberes adolescentes y juveniles a partir del análisis de sus formas de *entender*<sup>17</sup> y *atender*<sup>18</sup> los malestares emocionales. Para ello la interrelación de representaciones<sup>19</sup> y prácticas debe ser

---

<sup>17</sup> Siguiendo las aportaciones de Osorio cuando hablamos de *entender* los malestares emocionales nos estamos refiriendo a “las formas en que los conjuntos sociales construyen socialmente los procesos de salud/enfermedad, a través de un sistema de representaciones” (Osorio, 2001:15).

<sup>18</sup> La atención a los malestares emocionales es pensada en la presente investigación en términos de prácticas sociales las cuales son definidas, siguiendo las aportaciones de Osorio, como “el conjunto organizado de conductas pautadas culturalmente, rutinarias o eventuales, que adquieren diferentes niveles de complejidad y expresan la acción del sujeto en la realidad, a través de una distribución/asunción de roles, funciones e interacciones con el mundo social”. (Osorio, 2001:15).

<sup>19</sup> Entendemos las representaciones como “el conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes, imágenes y valores, elaborados y compartidos socialmente, que estructuran la relación de los sujetos con la realidad (como totalidad significativa) a través de una determinada manera de

pensada, tal y como defiende Osorio, en términos de una dinámica permanente de saberes populares que incorporan sentidos y significados procedentes de diferentes modelos médicos dando lugar a sus propios modelos explicativos de padecer (*explanatory models*) en el marco de una estructura social determinada (Osorio, 2001).

Así pues uno de los pasos para intentar atajar dichas limitaciones se basa en reflexionar sobre el fenómeno de estudio y ampliar las miradas en torno a él para poder vislumbrar las posibles interrelaciones existentes con otros conceptos analíticos cercanos. Inicialmente se ha hablado de la búsqueda o no de ayuda y de la evitación de los servicios, pero es preciso tener presente que tal y como apuntan los estudios sociológicos sobre *illness behavior* (el cual es considerado como un proceso de adaptación a los síntomas (Alonzo, 1984; Mechanic, 1968)), la “búsqueda de ayuda” o *help-seeking* es sólo una de las múltiples respuestas ante el malestar o la enfermedad, pues forma parte integrante de un proceso más amplio conocido en antropología médica como “la carrera del enfermo”<sup>20</sup> (Menéndez, 2003, 2005; Barragán, 2005; López García, 2006; Biddle et al., 2007; Campos-Navarro, 2010), juntamente con el autocuidado, la adaptación y el “enfrentamiento” (*coping*) (Dingwall, 1976; Mechanic, 1968; Pescosolido, 1991). Este concepto más amplio alude a la sucesión encadenada de hechos prácticos encaminados a la terapéutica para encarar la enfermedad, buscándose a partir de estas estrategias la curación o el alivio de la enfermedad, y la disminución de la angustia y preocupación por medio del uso de diversas estructuras de atención combinadas, las cuales pueden estar conformadas en el modelo médico hegemónico, en el modelo médico alternativo o con la práctica de autoatención (Campos-Navarro, 1998; Barragán, 2005); estando por tanto profundamente relacionado con conceptos como “itinerarios terapéuticos”<sup>21</sup> e *illness trajectories*<sup>22</sup>, entre otros.

---

designarla, aprehenderla e interpretarla, orientando sus modos de acción y moldeando sus experiencias en dichos significados” (Osorio, 2001:15).

<sup>20</sup> Tal y como expone Haro: “la “carrera del enfermo” se encuentra referida en la literatura como “carrera moral” (*moral career*, Goffman, 1951), conducta en pos de la salud (*help seeking behavior*, Chrisman, 1979), “proceso del padecimiento” (*sickness process*, Mechanic, 1962), “proceso asistencial” (Comelles et al., 1982), o “itinerario terapéutico” (*itineraire therapeutique*, Igun, 1979)”, (Haro, 2000:138).

<sup>21</sup> En lo que respecta a los itinerarios terapéuticos múltiples son los estudios e investigaciones en antropología médica que se han servido de su análisis para abordar un amplio y diverso abanico de enfermedades y padeceres (Mattosinho y Silva, 2007; Suárez et al., 2004; Molina y Luxardo, 2005; Fleischer, 2006; Osorio, 2008; Masana, 2013; Ruiz et al., 2016; Pasarin, 2011; Molina, 2005; Flores Martos, 2016; Martínez-Hernández y Muñoz-García, 2010a, 2010b; Vieira y Bernstein, 2014). Entendemos por itinerario terapéutico “la secuencia de recursos en la atención, cuidado y

### 3.1. Representaciones sociales y Modelos explicativos legos de malestar.

Pero para poder *entender* las razones que impulsan a adolescentes y jóvenes a optar por unas u otras opciones en su gestión y atención del malestar emocional es necesario, tal y como afirman diversos autores, poner el foco en cómo los síntomas de malestar son interpretados y gestionados por las personas y las comunidades (Clausen y Yarrow 1955, Horwitz 1977). En diferentes contextos nacionales y culturales se ha subrayado la relevancia de los modelos explicativos (*explanatory models*) en los trastornos y estados depresivos (Martínez-Hernández y Muñoz-García, 2010a, 2010b; Weiss y Somma, 2007; Okello y Neema, 2007; Pereira et al., 2007; Waite y Killian, 2009; Dejman et al., 2011; Buus et al., 2012). El análisis de los modelos explicativos juveniles podría aportar información sobre sus percepciones e interpretaciones del malestar, así como sobre los sentimientos y experiencias relacionados. La presente investigación se centra en analizar y dar a conocer diversos aspectos integrantes de los modelos explicativos legos que manejan adolescentes y jóvenes en torno al malestar emocional. Debido al hecho de que diversas investigaciones señalan el análisis del diagnóstico lego como el primer paso crucial a tener presente en el abordaje de los modelos explicativos (Dingwall, 1976; Freidson, 1970; Mechanic, 1968; Suchman, 1965; Zola, 1966; Biddle et al., 2007), decidimos centrarnos en el análisis de las nosologías legas<sup>23</sup>, para proseguir a continuación con el abordaje de las etiologías legas de

---

autoayuda que se han utilizado, los actores sociales que han participado y las decisiones y acciones instrumentadas para estos fines” (Osorio, 2006, 2008:160).

<sup>22</sup> La teoría de las *illness trajectories* o trayectoria del padecimiento se centra en una serie de acontecimientos sociales y culturales que han sido tradicionalmente interpretados sólo en términos médicos (Glaser y Strauss, 1975). Focalizándose además de en los acontecimientos fisiológicos, en aquellos que están íntimamente relacionados con la forma en la que los individuos definen su enfermedad, pues tal y como exponen Peláez-Ballestas y su equipo, las definiciones de su trayectoria pueden diferir ampliamente en función de si su interlocutor es un miembro de la unidad familiar o un profesional médico (Peláez-Ballestas et al., 2006). Así pues la *illness trajectories theory* logra fundamentar la idea de que las enfermedades crónicas siguen un curso variable y modificable (Glaser y Strauss, 1975; Strauss et al., 1984; Good, 2001; Charmaz, 1990); señalando además cinco etapas básicas que conforman dicho proceso: 1-la percepción de los síntomas, 2-las contingencias, 3-los componentes de la enfermedad, y 4-los horizontes temporales y 5-el impacto en la red de apoyo (Glaser y Strauss, 1975; Charmaz, 1990, 1997; Mercado-Martínez et al., 1998).

<sup>23</sup> La nosología lega es entendida en la presente investigación como la parte del saber popular subalterno que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar los malestares y padeceres vitales;

malestar emocional, y en el papel que juega el género en las vivencias y expresiones del malestar depresivo/ansioso; mostrando de este modo las diferentes formas en las que éste es percibido y entendido por adolescentes y jóvenes. El papel del género se analiza inicialmente en el texto “Los senderos de las emociones. Narrativas sobre el malestar depresivo en una muestra de adolescentes catalanes”, las nosologías legas se abordan en el artículo “Mundos vitales de palabras: análisis del sufrimiento adolescente mediante narrativas de malestar”, y los resultados sobre etiologías legas se exponen en el capítulo de libro “Modelos explicativos del malestar emocional. Etiologías legas”; todos correspondientes al bloque de Resultados.

Llegados a este punto es preciso señalar que esta investigación no se centra exclusivamente en adolescentes y jóvenes con diagnóstico clínico y/o enfermedad mental sino que incluye también, dentro de sus intereses y de los informantes, a adolescentes y jóvenes con malestares emocionales auto-percibidos (subclínicos) y otros sin síntomas auto-percibidos de malestar emocional (la composición de la muestra se expone en detalle en el bloque de Metodología). Esta característica de la muestra posibilita recopilar modelos explicativos que integren un abanico de “realidades” diversas a partir de las percepciones, sentires, representaciones y experiencias de la población adolescente y juvenil investigada. Es también debido a esta composición (integrando población control, población con malestar auto-percibido y población con diagnóstico clínico) que se decide hablar de malestares emocionales en lugar de trastornos mentales, pues como se puede observar a lo largo de esta tesis la mayoría de los informantes no se auto-perciben como enfermos mentales, sino simplemente como adolescentes con (o sin) malestar (en el apartado ¿Por qué hablar de malestares emocionales en lugar de trastornos mentales? se exponen en detalle las razones que justifican el uso del concepto “malestar emocional”).

La diversidad de percepciones y representaciones en torno al malestar emocional inserta en la conformación de los modelos explicativos juveniles podría estar influyendo en las elecciones que adolescentes y jóvenes hacen a lo largo de su “carrera vital” para hallar una solución a sus problemas emocionales; pudiendo darse en base a éstas variaciones en las articulaciones de los diferentes modos y sistemas (prácticas) de atención elegidos e implementados.

---

incluyendo por tanto todos aquellos términos, expresiones y nomenclaturas que emplean habitualmente las personas que no están instruidas en el campo de la salud.

Resulta por tanto interesante indagar en el proceso de salud/enfermedad/atención<sup>24</sup> y dirigir la mirada analítica, además de hacia el *non-help-seeking*, hacia otras de las múltiples opciones que barajan adolescentes y jóvenes para *atender* el malestar emocional; resultando particularmente interesante en base a los datos recopilados y a los resultados hallados a lo largo del proceso de investigación analizar la “opción” de la autoatención.

---

<sup>24</sup> Se entiende el proceso de Salud/enfermedad/atención (s/e/a) en base a las aportaciones realizadas por el Dr. Eduardo Menéndez, quien considera que dicho proceso “constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. (...) La respuesta social a la incidencia de enfermedad, daños y/o padecimientos es también un hecho cotidiano y recurrente, pero además constituye una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad. Es decir que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos. Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente. Dado que los padecimientos constituyen hechos cotidianos y recurrentes, y que una parte de los mismos pueden aparecer ante los sujetos y los grupos sociales como amenazas permanentes o circunstanciales, a nivel real o imaginario, los conjuntos sociales tienen la necesidad de construir significados sociales colectivos respecto de por lo menos algunos de dichos padecimientos. El proceso s/e/a ha sido, y sigue siendo, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las sociedades actuales”. (Menéndez, 1994: 71).

## 3.2. Autoatención del malestar emocional y formas profanas de afrontar la adversidad.

Dentro del proceso salud/enfermedad/atención la autoatención se erige como una pieza clave, pues constituye una de las actividades básicas de dicho proceso (Menéndez, 2003). No sólo es la forma de atención a la enfermedad más frecuentemente utilizada por los grupos sociales sino que además constituye “el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no puede funcionar completamente si no se articula con el proceso de autoatención” (Menéndez, 2003:191). Este proceso hace referencia a “ las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa” (Menéndez, 2003: 198).

Tal y como se ha mencionado previamente en base a los hallazgos aportados por las investigaciones realizadas sobre *non-professional-help-seeking* se evidencia cómo entre las razones que fundamentan el no acceso a los servicios profesionales de atención se hallan aspectos relacionados con el proceso de autoatención, como los altos niveles de independencia, el deseo de afrontar la situación por sí mismos, la preferencia por buscar formas alternativas de ayuda por medio de estrategias de afrontamiento legas, y la confianza en su propia red social de apoyo (Issakidis y Andrews 2002; Gulliver et al, 2010; Martínez y Muñoz, 2010a, 2010b). Concretamente en el ámbito de la juventud y la adolescencia investigaciones recientes evidencian que estos grupos sociales optan principalmente por acudir a pedir ayuda a las redes informales como los amigos y la familia (Reavley et al., 2011; Rickwood et al., 2007; Sawyer et al., 2012) o bien, aunque en menor medida, por

tomar opciones que tienen que ver con el estilo de vida o el uso de terapias complementarias (Morgan y Jorm, 2008). En el artículo “Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study” correspondiente al bloque de Resultados se analiza en detalle el papel que las redes sociales de apoyo tiene en la gestión del malestar emocional adolescente y en las estrategias de afrontamiento elegidas para hacerle frente.

La capacidad de “autonomía relativa” que ofrece el proceso de autotención es particularmente interesante y atractiva en estas edades, pues una de las luchas y objetivos de este colectivo durante este periodo vital se basa en alejarse de su etapa infantil y lograr su autonomía como sujetos sociales independientes. Este deseo de independencia se focaliza especialmente frente al adulto-centrismo<sup>25</sup> presente en los sistemas integrantes de nuestra sociedad, no estando el sistema biomédico exento de esta particularidad. Tal y como se mostrará en los resultados hallados en esta tesis, en el acto de demandar ayuda a un profesional los jóvenes hallan una doble barrera, por un lado la existente entre sistema lego y experto (la cual hallan las personas de todos los grupos etarios) y por otro la que se da entre el mundo adulto y el mundo juvenil (la cual se corresponde con la “brecha generacional” señalada por Swami (2012) como una de las causas de evitación de los servicios) , incrementándose por tanto, en base a esta última, la brecha existente entre ambos colectivos. La toma de conciencia sobre esta doble barrera nos invita a no perder de vista el concepto de “sujeto ubicado” (y re-ubicado) de Rosaldo (Rosaldo, 1989:20), y su declaración de que “todas las interpretaciones son provisionales; las realizan sujetos

---

<sup>25</sup> Al prestar atención a nuestro alrededor se puede observar cómo las principales áreas e instituciones de nuestra sociedad son creadas, controladas y gestionadas por la población adulta (<http://www.ipsnoticias.net/1996/01/ecuador-jovenes-contra-la-adultocracia/>). Autores como García Ramírez afirman que vivimos en una especie de adultocracia en la que las personas adultas (gente de 35 a 60 años) ejercen un dominio desigual sobre el resto de grupos de edad, es decir, sobre infantes, jóvenes y ancianos (García Ramírez, 2006:15). Dicha adultocracia, tal y como defienden Aparicio et al. “es una de las bases sobre las que se edifica el moderno sistema socio-cultural en términos de control simbólico y material de los adultos sobre el resto de grupos sociales y etarios”, afirmando asimismo que “en el plano simbólico, la perspectiva del adulto domina el resto de representaciones, en tanto que una óptica ubicua desde la que se valora y mediante la cual se configura el entorno comunicativo y cultural” (Aparicio et al., 2008:1-2). Nos encontramos por tanto ante una cultura popular e institucional “adultocéntrica” en la que “se estabelecem relações de discriminação, negligência, exploração e violência, isto é, de opressão e dominação sobre crianças e adolescentes , num claro (mas raramente reconhecido) processo de hegemonia social, cultural, econômica e jurídica do mundo adulto, em detrimento do mundo infante-adolescente” (Nogueira Neto, 2010:3). Así pues cuando se habla de los servicios de salud mental juvenil se debe prestar atención a los modelos hegemónicos adulto-céntrico y biomédico, puesto que estos modelos crean desigualdades que favorecen la existencia y el mantenimiento de diversos obstáculos en el cuidado y atención de la salud mental juvenil.



ubicados que están preparados para saber ciertas cosas y no otras” (Rosaldo, 1989:30). ¿Desde dónde se observa y analiza el malestar emocional? ¿De dónde emergen los discursos dominantes y hegemónicos sobre este fenómeno? Desde una visión adulto-céntrica de la realidad. Dicha visión de la salud adolescente y juvenil podría llegar a resultar contraproducente pues, tal y como afirma Romaní, si no se parte “del análisis de las situaciones concretas en las que se pueden encontrar las/os adolescentes y jóvenes, muchas veces” se pueden proyectar “sobre ellos los miedos y frustraciones de la sociedad adulta” (Romaní, 2016:104); deviniendo por tanto de interés poder realizar un abordaje del malestar emocional adolescente que parta de la escucha activa y la integración de sus propias voces, saberes y experiencias.

Realizar un abordaje del fenómeno que parta del análisis de las representaciones y prácticas de atención de los sujetos y grupos sociales, en este caso de los/as adolescentes y jóvenes, nos resulta una decisión teórico-metodológica particularmente interesante en el desarrollo de esta investigación; pues son los individuos y grupos sociales quienes constituyen el eje central de acción, deviniendo los agentes que utilizan, sintetizan, articulan, mezclan y/o yuxtaponen las diferentes formas de atención, reconstituyendo y organizando una parte de éstas en actividades de “autoatención” (Menéndez, 2003). Situarnos en este punto estratégico nos permite aproximarnos a conocer las maneras en las que la gente joven *entiende* y *atiende* realmente sus malestares emocionales, incluyendo dentro del mapa de acción la articulación de las diferentes formas de atención generadas por la población. El artículo “Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study” (el cual forma parte del bloque de resultados) se centra expresamente en explorar y analizar las estrategias de autoatención empleadas por los/as adolescentes y jóvenes de nuestra muestra; considerando, en base al citado propósito, el repertorio de actividades y recursos que emplea la gente joven para hacer frente, controlar, aliviar, aguantar y solventar sus situaciones de malestar sin contar con la intervención directa de los servicios (y los) profesionales de salud mental (Helman, 2007; Menéndez, 1984, 2009).

Un concepto íntimamente ligado con la autoatención que nos resulta de interés en el desarrollo de la presente tesis doctoral es el de automedicación. Aunque la autoatención suele ser confundida o identificada por la biomedicina exclusivamente con la automedicación, es decir, con la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados fármacos para tratar determinados padecimientos sin intervención directa y/o inmediata

del médico o del personal de salud habilitado para ello, es necesario tener presente que realmente la automedicación sólo es una parte integrante del proceso de autoatención (Menéndez, 2003). De hecho tal y como subraya Menéndez “la automedicación no refiere sólo a la decisión de utilizar determinados tipos de fármacos desarrollados por la industria química farmacéutica (IQF), sino a todas las sustancias (infusiones de hierbas, alcohol, marihuana, etc.), y para algunos autores actividades de muy diferente tipo (cataplasmas, ventosas, masajes, etc.), que son decididas y usadas por los sujetos y microgrupos con autonomía relativa para actuar respecto de sus padeceres o para estimular determinados comportamientos” (Menéndez, 2003:199) con lo cual se trata de “sustancias y acciones que no sólo posibilitarían salir de la angustia, de la depresión o del dolor, sino que [además] permitirían ciertos rendimientos y goces” (Menéndez, 2003:202) favoreciendo el bienestar integral del sujeto y/o grupo social<sup>26</sup>.

En el artículo “Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study” se analizan y exponen las actividades y prácticas que emplean nuestros adolescentes y jóvenes para autoatender y automedicar sus malestares emocionales a partir del análisis cualitativo de los datos recopilados. Pero como nuestra investigación dispone también de datos cuantitativos (pues es un estudio mixto) y más concretamente de datos específicos sobre uso de sustancias (tanto cualitativos como cuantitativos) decidimos indagar sobre el papel que desempeñan los distintos tipos de sustancias psicoactivas en la gestión de los malestares emocionales adolescentes.

Una de las razones que guió nuestro interés hacia el uso/des-uso de sustancias fue que entre las novedades que encuentra el adolescente en esta etapa de transición hacia la vida adulta el mundo de las drogas es un aspecto que, en mayor o menor medida, se halla presente, puesto que es en esta etapa en la que se suelen iniciar los primeros contactos con las sustancias psico-activas, lo cual ha sido confirmado por múltiples estudios (Bailey y Hubbard, 1991; Botvin y Botvin, 1992; Funes, 1996; García-Señorán, 1994; González-Calleja et al., 1996; Moral, 2002; Ovejero, 2000). Asimismo los malestares emocionales del espectro depresivo/ansioso (frecuentes durante la adolescencia) también han sido relacionados de modo significativo con el consumo de sustancias psico-activas, como el

---

<sup>26</sup> Incluyendo por tanto toda una serie de actividades relacionadas con el desarrollo de ciertos estilos de vida, por medio de las cuales se trata de obtener determinados beneficios físicos y mentales a través de correr, ir al gimnasio, de beber las cantidades recomendadas de agua, hacer dietas, meditaciones, practicar yoga, pintar, bailar, jugar a fútbol, leer o escuchar y/o tocar música (entre muchos otros) (Menéndez, 2003).

alcohol<sup>27</sup>, el tabaco, el cánnabis y otras sustancias ilegales (Graña et al., 2000; Arellanez et al., 2004; Oliver-Quetglas et al., 2013; Martínez Oró, 2013, 2014)<sup>28</sup>. Los resultados a este respecto que se exponen en la presente tesis doctoral son los relacionados con el consumo de tabaco, los cuales están disponibles en el artículo: “El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto”<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> El alcohol, por ejemplo, es una de estas sustancias cotidianas que tanto adultos como jóvenes emplean recurrentemente como herramienta de autoatención para mitigar diferentes males, pues su uso puede ayudar al sujeto a sobreponerse momentáneamente de sus malestares (Martínez-Oró, 2013).

<sup>28</sup> Tal y como defiende Martínez Oró “los consumos de drogas son una estrategia de autoatención válida para mitigar los malestares y obtener sensaciones gratificantes, necesarias para rebajar el asqueo acumulado y funcionar como válvula de escape para soportar la cotidianeidad ingrata” (Martínez Oró, 2012).

<sup>29</sup> Una parte de esta tesis doctoral analiza, a partir de los datos mixtos recopilados, el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes, y el modo en que éste se relaciona con los malestares depresivos y ansiosos durante esta etapa. Centrándose especialmente nuestro análisis en explorar cuáles son las variables personales (malestares auto-percibidos, malestares clínicos diagnosticados depresivos/ansiosos, edad, género, experimentación con drogas, pautas de consumo de drogas, etc.) y sociales (apoyo social auto-percibido de la familia y el grupo de *peers*, consumo de sustancias por parte de los familiares, tamaño de la red de apoyo) que se encuentran influyendo en esta relación.

La razón principal por la que decidimos centrarnos inicialmente en el análisis del tabaco fue que el consumo de esta sustancia ya había sido investigado previamente en la muestra general del PIF (Panel del que se extrae la muestra de este estudio), lo cual nos daba la oportunidad de abordar aquellas cuestiones que no fueron tratadas con anterioridad, y contribuir de este modo a ampliar y enriquecer la información existente.

El consumo de otras sustancias, especialmente del alcohol, también ha sido investigado en el presente estudio, pero se ha decidido incluir solamente en esta tesis los referentes al consumo de tabaco porque son los que han mostrado mayor significación y relevancia respecto a la autoatención y automedicación del malestar emocional.

### **3.3. La creación de materiales prácticos por medio de los saberes compartidos**

Por último, y respondiendo a la vocación práctica de la presente investigación, el lector encontrará en los dos últimos escritos que componen el bloque de resultados en primer lugar un artículo (“Sharing Wisdom(s) to Enrich Knowledge: Working in a Transdisciplinary Research Team in Medical Anthropology”) que reflexiona sobre la experiencia de realizar una investigación-acción participativa implementada por un equipo de trabajo transdisciplinar (como es el caso del proyecto “Los malestares adolescentes”) y en el cual se explica el proceso colaborativo llevado a cabo para construir los dos materiales prácticos resultantes de la investigación; hallando en segundo lugar uno de dichos materiales, concretamente el libro *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y profesionales*.

La intención de la autora con el orden de exposición de los análisis y resultados obtenidos en el proceso de investigación es mostrar al lector cuál ha sido el hilo conductor que ha guiado la investigación. De este modo se expone cuál es la hoja de ruta seguida, así como los pasos y avances teóricos, metodológicos y prácticos que han hecho posible en última instancia la creación colaborativa de un material eminentemente práctico que muestra el universo de factores implicados en la infrautilización de los servicios profesionales por parte de los adolescentes, e invita al mismo tiempo a la reflexión como instrumento de mejora.

## 4. El papel clave de las emociones:

Antes de dar paso al bloque metodológico consideramos que es esencial otorgar un breve espacio de reflexión sobre el mundo de las emociones, puesto que éstas devienen un factor que no puede ni debe dejarse de lado cuando se investiga sobre temas de salud. Emoción, pensamiento y cuerpo están íntimamente ligados por medio de los roles que juegan dentro del campo de la salud/enfermedad, lo cual se hace todavía más evidente cuando se trabaja en el ámbito de la salud mental. No es mi objetivo en este punto hacer una ardua revisión bibliográfica, sino simplemente reconocer la importancia que las emociones, como entes sociales y culturales que son, merecen en la construcción y configuración de mi objeto de estudio, incidiendo de forma transversal.

Hablar de emociones es, como dice Lutz, “hablar de la sociedad” (Lutz, 1988:6), puesto que tanto los *selves* como los *feelings* están configurados por la cultura (Rosaldo, 1984:142). A menudo se ha considerado a las emociones como entes naturales libres y ajenas de toda influencia y modelado sociocultural, pero gracias a la labor de los científicos sociales esta asumida “naturalización de las emociones” ha sido cuestionada y rebatida en múltiples trabajos e investigaciones (Rosaldo, 1980; Lutz y White, 1986; Lutz, 1986, 1988, 1996; Abu-Lughod, 1988; Abu-Lughod y Lutz, 1990; Le Breton, 2004; Esteban et al., 2005; Surrallés, 2005; Enciso y Lara, 2014, entre muchos otros), aportando así nuevas perspectivas. Existen en función de las culturas, el género, las edades, las creencias, etc. un gran abanico de modos de sentir y de expresar ese sentir, que divergen y se modifican. Es imposible desligar la interrelación existente entre emociones y sociedad y cultura, y esta relación se reconfigura y modifica a medida que la sociedad cambia, lo cual hace que se construyan ciertos “tipos/ideas de persona”, en base a los cuales somos, sentimos, nos expresamos y actuamos de diversos modos. Las emociones están dotadas de tal subjetividad que les otorga un rol fundamental -incluso sagrado- en la individualización de la persona. Tan grande es la importancia subjetiva que se da a la experiencia emotiva que muy frecuentemente “parece que las emociones constituyen, por lo menos en la percepción subjetiva del individuo, la única experiencia verdadera” (Canton Duarte, 1986:105-106). Según esta perspectiva “las emociones son “yo” de un modo que los pensamientos no lo son” (Lutz, 1988:71). Esta afirmación de Lutz resulta aceptable siempre que el análisis sobre el sentir emocional se realice desde la posición de *Ego*, pues las emociones son vistas y sentidas así como algo propio, puro, innato, personal y de muy difícil comprensión si no

se vive algo similar en la propia carne; al contrario de lo que sucede con los pensamientos y creencias, los cuales se asumen como venidos del y/o influidos por el exterior, el contexto, el medio socioculturalmente compartido. Son varios los filósofos y psicólogos (Roberts, 1988; Barrett, 2006; Ben-ze'ev, 2010) que respaldan esta línea de pensamiento en la que resaltan la peculiar egocentralidad de las emociones; pero tal y como defiende Beatty ésta citada egocentralidad no está reñida con las experiencias compartidas o con los patrones emocionales culturalmente típicos (Beatty, 2013). Podría decirse que las emociones habitan un espacio liminal entre lo socioculturalmente establecido y aprendido, y lo personal, exclusivo e intransferible, que surge de la más pura esencia y autenticidad; un no-lugar intangible pero a la vez omnipresente.

Así pues las emociones, al contrario que los pensamientos, tienen un aspecto personal que proviene “de la perspectiva individual, de la experiencia, de los miedos, y preocupaciones” (Solomon, 1995:191), y no de los sentimientos (Beatty, 2013: 419). Es desde esta posición liminar, entre el contexto exterior y el mundo interior del individuo, desde donde han de ser entendidas y abordadas las emociones. Pero no se trata de un limen rígido fácilmente delimitable, sino más bien de un limen en forma de vórtice, permeable y poroso, que permite y propicia la interconexión y retroalimentación continua e incesante entre ambos espacios (el mundo exterior y el mundo interior). Tal y como comenta Beatty “mi ira, esperanza y enfado tienen sentido gracias a unos antecedentes de expectativas culturales y posibilidades sociales, pero toman forma en las circunstancias únicas de una vida, motivo por el cual son más solamente” (Beatty, 2013: 419). Es debido a este foco egocentralista de las emociones, el cual trasciende el contraste entre las ideologías individuales y socio-céntricas, que resulta necesario acudir a las particularidades individuales para abordarlo convenientemente; lo cual sólo deviene posible por medio del uso de narrativas etnográficas capaces de capturar dicha particularidad.

# **Bloque II: Metodología**





Es bien sabido que el proceso de diseño de una investigación consta de momentos clave. Nadie duda de la importancia y dificultad de realizar buenas preguntas de investigación que guíen nuestro camino, del mismo modo que nadie duda de que la elección de la metodología a emplear es un aspecto igual de fundamental. Esta elección debe ser consistente con el marco teórico empleado, la información que esperamos obtener, así como con las características de nuestro objeto de estudio. Existen otro tipo de factores que pese a poder parecer más mundanos no son menos importantes, tales como el tiempo que tenemos para realizar la investigación, los recursos humanos y materiales con los que contamos, y los recursos económicos de los que disponemos. Todos estos factores influyen en el diseño del proyecto de investigación, ya sea limitando o ampliando nuestras opciones, según sea el caso. Debemos pues hacer un intento realista de optimizar nuestros recursos en función de nuestros objetivos teniendo en mente cuáles pueden contribuir en mayor medida a nuestra investigación, qué podemos y no podemos hacer, y cuáles pueden proveernos de información de mayor calidad e interés.

Reflexionar sobre estos aspectos a la hora de diseñar una investigación es clave, pero más aún cuando se trata de una tesis doctoral que nace dentro de un proyecto de investigación más amplio, como es mi caso. El hecho de ir desarrollando dos investigaciones profundamente interrelacionadas, adaptándonos a los tiempos y espacios de ambas para lograr cumplir los objetivos marcados en cada una de ellas, al mismo tiempo que se tratan de optimizar al máximo los recursos disponibles, representa para la investigadora un reto; pues una vez hechas las concesiones de aquello que no podrá ser, por no adaptarse a las necesidades y objetivos de ambas investigaciones por igual, la investigadora ha de lograr articular todas las fichas de las que dispone de la manera más pragmática, creativa y novedosa posible para el buen fin de ambos proyectos.

# 1. Reflexiones iniciales: De posiciones, visiones y perspectivas:

Cada una de nosotras, como parte integrante que somos de la sociedad, estamos posicionadas en un punto concreto de ella, jugamos un determinado rol, y observamos la realidad que nos rodea y de la que formamos parte desde un determinado lugar y no desde otro. Es decir, somos sujetos sociales posicionados. En base a esta afirmación debemos tener presente, por tanto, que “sentimos y pensamos *desde* un determinado punto *hacia* otro, nuestro *lugar*, nuestra *disposición* –en un sentido abstracto– forman parte de nuestras afecciones y de nuestras acciones, y, en ocasiones, llegan incluso a decretarlas” (Infante del Rosal, 2013:3).

Reflexionar sobre esta afirmación en el desarrollo de una tesis doctoral como la que aquí abordo resulta especialmente interesante, pues aspectos que usualmente se consideran propios de la subjetividad, como el sentir y la vida afectiva, ocupan un lugar clave. Esta reflexión me ha llevado a plantearme cuestiones en torno al sentir-pensar-actuar en dos líneas distintas pero íntimamente ligadas en el desarrollo de esta investigación: en primer lugar sobre el posicionamiento de mis informantes, analizando para ello el lugar en el que éstos se encuentran y desde el cual relatan su visión y su vivencia de los malestares emocionales (este punto se desarrolla en los capítulos “Los senderos de las emociones. Narrativas sobre el malestar depresivo en una muestra de adolescentes catalanes”, “Mundos vitales de palabras: análisis del sufrimiento adolescente mediante narrativas de malestar”, y “Modelos explicativos del malestar. Etiologías legas”); y en segundo lugar sobre mi propio posicionamiento como investigadora y las particularidades de los pasos de baile dados en el transcurso de esta danza *etic-emic* que ha devenido el proceso de elaboración de mi tesis doctoral.

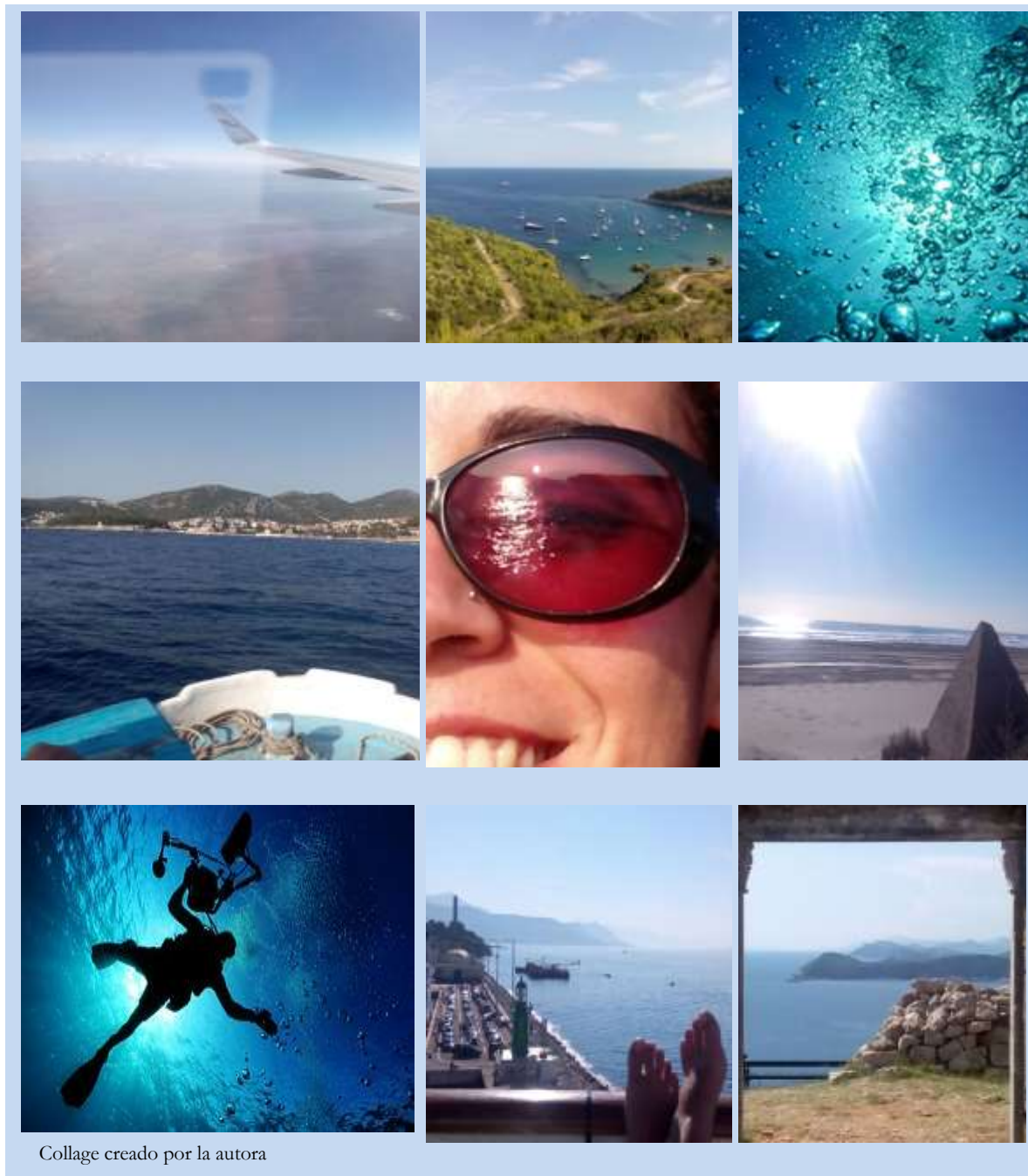
## **1.1. “Usted se encuentra aquí”, o de cómo la investigadora reflexiona en cuanto a su posicionamiento en el campo y su conocimiento situado.**

Reflexionar sobre el lugar en el que nos encontramos, sobre nuestro posicionamiento como investigadores y sobre nuestros conocimientos situados es un ejercicio que resulta de interés realizar de forma continuada a lo largo de nuestro proceso de investigación, pues puede ayudarnos a tomar conciencia de las limitaciones y potencialidades, y orientarnos en los distintos pasos y fases de la investigación.

Nuestro posicionamiento en el medio influye y condiciona los aspectos que observamos a nuestro alrededor, y la importancia y urgencia que consideramos que tiene investigarlos y dedicarles nuestro tiempo y esfuerzo. Dependiendo del lugar desde el que observemos la realidad intersubjetiva de la que todos formamos parte llamarán nuestra atención y nuestra curiosidad ciertas áreas o parcelas de realidad, u otras. Raramente atraerá nuestra curiosidad investigativa un fenómeno que nos resulte lejano y distante. Pero no sólo la familiaridad con dicha temática es relevante, sino también el punto desde el que la observemos, pues éste marcará el abordaje que planteemos para aproximarnos a ella.

Imaginemos por un momento que nuestro foco de interés es el mar, y que deseamos realizar una foto del mismo para mostrarlo a los demás. La imagen que obtengamos del mar dependerá por entero del posicionamiento en el que nos ubiquemos para fotografiarlo. No es lo mismo si nos encontramos navegando en un pequeño barquito pesquero y realizamos una foto enfocando hacia la costa, que si nos encontramos en un trasatlántico en alta mar, o si yacemos plácidamente en la arena mirando el horizonte, o si realizamos una foto subacuática mientras buceamos. Todo es el mar (el fenómeno que vamos a analizar, nuestro objeto de estudio), pero las imágenes captadas resultantes de nuestra labor fotográfica en el campo diferirán en gran medida unas de otras. Pese a su diferencia y diversidad ninguna de las imágenes captadas será más válida que otra, todas ellas serán retratos fieles al original; la única diferencia sustancial entre ellas se basa en el punto en el que nos encontremos nosotros como observadores y hacia el que dirijamos nuestra mirada analítica. Todas y cada una de ellas captan un trocito lícito, correcto y legítimo del tema de estudio abordado. Componiendo pues el conjunto de todas ellas una noción del fenómeno investigado que relata parte de su inmensidad.

### Fotografía 1: Collage de Perspectivas



Collage creado por la autora

Del mismo modo sucede con la labor investigativa. El abordaje que realicemos como investigadoras de un fenómeno social determinado será siempre parcial, pues pretender analizarlo y desmenuzarlo en todas sus partes y desde todas las perspectivas posibles e imaginables, en el caso que fuera posible, necesitaría de infinidad de vidas terrenales dedicadas por entero a tal fin, y aun así difícilmente se lograría. Concibo la objetividad investigativa partiendo de las ideas y aportaciones inicialmente sugeridas por las teóricas feministas, según las cuales el concepto de objetividad como tal requiere “de la localización limitada y del conocimiento situado” (Haraway, 1991:327). El conocimiento situado es definido por Haraway como aquellos conocimientos parciales, localizados, corporeizados y críticos que permiten la posibilidad de redes de conexiones y conversaciones compartidas en comunidades (Haraway, 1988); pero esta “situación” o “ubicación” del conocimiento defendida por Haraway no implica fijación estanca del conocimiento, sino que entiende lo situado, tal y como explican Serrano et al., “como lugar cruzado por nodos, circuitos e inflexiones” (Serrano et al., 2009:128) estando íntimamente relacionado con el concepto de intersubjetividad. Entiendo por intersubjetividad el medio mediante el cual los seres humanos nos relacionamos, conversamos, sentimos, vivimos, experimentamos y finalmente entendemos y comprendemos el mundo y a nosotros mismos (en él). La intersubjetividad tiene en cuenta las diferentes posiciones y localizaciones de las personas y comunidades que habitan el contexto en el que nos movemos y en el que investigamos, y atiende especialmente las redes de relaciones e interconexiones que se crean entre las posiciones múltiples de los integrantes de ese espacio y/o fenómeno investigativo. La intersubjetividad reiterada, la constante interrelación entre mi yo (físico, emocional, mental, social) y los muchos “otros” que se suceden en nuestra cotidianeidad, así como la incesante compartición de los mundos locales vitales interrelacionados, favorecen y propician el desarrollo de actitudes interpersonales de crucial importancia dentro del mundo de las emociones como es el caso de la empatía.

Del mismo modo que, como bien explica Haraway “no existen fotografías no mediadas ni cámaras oscuras pasivas en las versiones científicas de cuerpos y máquinas, sino solamente posibilidades visuales altamente específicas, cada una de ellas con una manera parcial, activa y maravillosamente detallada de mundos que se organizan” (Haraway, 1991:327), tampoco existen aproximaciones investigativas pasivas y neutras, sino que todas son en realidad parciales, activas y detalladas, y se desarrollan desde posicionamientos estratégicos clave en los que la investigadora poseía los recursos, los

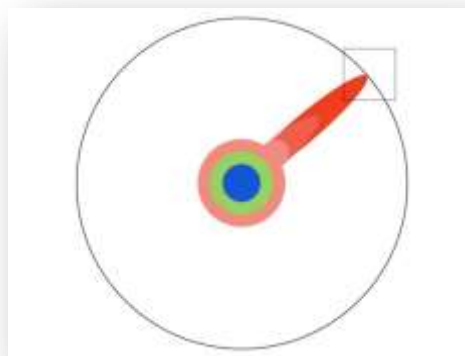
medios y conocimientos situados necesarios e imprescindibles para realizar tal abordaje, parcial pero en profundidad.

Para aproximar a un plano más terrenal y cotidiano esta idea teórica expuesta podemos servirnos de la siguiente metáfora explicativa. Imaginémonos el proceso de confección de un vestido. La parcialidad y el detalle de los “distintos mundos” que comprende este proceso se aprecia en las imágenes que se muestran a continuación. Todas ellas son el vestido, pero las imágenes difieren en función de diversos factores, tales como: 1- la proximidad de la lupa del observador, la cual nos posibilitaría ver la tela del vestido en mayor o menor detalle, apreciando a nivel macro el estampado de la tela (imagen 1) y a nivel micro la trama y las diferentes puntadas y combinaciones que componen la tela (imagen 2); 2- el momento del proceso de confección en el que nos situemos: si estamos aún en un momento inicial de diseño en el que realizamos los primeros trazos del boceto y cómo éste va evolucionando y mostrando los diversos caminos que pueden tomarse hasta desembocar en el patrón final elegido (imagen 3), el patrón del vestido en el que todas sus partes y piezas son definitivas, visibles y se aprecian con gran detalle pero quedan aún distantes del resultado final (imagen 4), o el punto final del proceso en el que el vestido ya ha sido cortado, montado y cosido y forma ya el “objeto” final que formará parte de nuestra cotidianeidad (imagen 5).

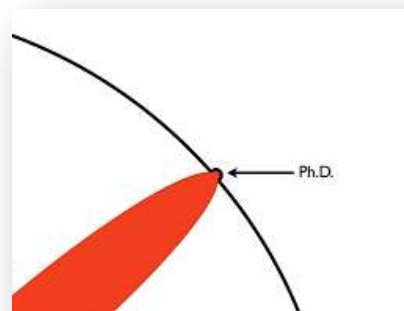
## Fotografía 2: Collage Proceso de Creación.



Lo mismo sucede al abordar el proceso de gestión y atención de los malestares emocionales en adolescentes y jóvenes. La lente con la que observemos el fenómeno, el momento del proceso en el que nos focalicemos, y la proximidad/lejanía que tengamos con respecto a la temática estudiada, así como las herramientas de recogida de datos y de análisis de los mismos de las que dispongamos, marcarán la diferencia; y harán de nuestra investigación, una investigación detallada, parcial y en profundidad, que aportará en última instancia un granito más de conocimiento sobre el fenómeno investigado.



Al fin y al cabo la tesis doctoral, pese que para los doctorandos configura nuestro universo más extenso, amplio e inmediato, no es más que una pequeña mota de polvo en el universo del conocimiento<sup>30</sup>.



---

<sup>30</sup>Fotografías 3 y 4: PhD in pictures. Extraídas de: <http://matt.might.net/articles/phd-school-in-pictures/>



## 2. Hipótesis y Objetivos

La hipótesis de partida sugiere que las tasas de utilización por parte de los adolescentes y jóvenes de los servicios de salud mental (inferiores a las esperadas por los profesionales del sector salud en base a los datos epidemiológicos) (“infra-utilización y/o evitación y/o sub-utilización”) se deben, además de a la existencia de factores estructurales y estructurantes del propio sistema de salud, al manejo por parte de adolescentes y jóvenes de modelos explicativos propios sobre el malestar emocional, los cuales no se corresponden con los modelos explicativos que maneja el sistema médico hegemónico. El manejo por parte de la juventud de discursos y prácticas propios en torno a su salud emocional distintos a los defendidos por el sistema médico explicaría la preferencia de los/as jóvenes por auto-atender (y auto-medicar) sus malestares emocionales en lugar de acudir a los dispositivos especializados.

A continuación se exponen los objetivos de investigación que se plantea la presente tesis, los cuales constituyen los ejes estructuradores de la misma. Los objetivos son:

- 1) Conocer los modelos explicativos que adolescentes y jóvenes manejan en torno al malestar emocional. Centrándome concretamente en analizar:
  - a) las razones que fundamentan la evitación o no búsqueda de ayuda profesional por parte de adolescentes y jóvenes para atender los malestares emocionales en esta etapa vital. Este objetivo se desarrolla en el artículo “Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study”.
  - b) el papel que juegan las emociones y el género en la vivencia y expresión del malestar depresivo, mostrando las diferentes formas en las que se concibe. Este objetivo se encara inicialmente en el capítulo de libro “Los senderos de las emociones. Narrativas sobre el malestar depresivo en una muestra de adolescentes catalanes”.
  - c) cómo entienden adolescentes y jóvenes el malestar emocional, qué nosologías emplean para referir los diversos malestares emocionales que padecen, qué papel juega el discurso médico hegemónico en sus narrativas de malestar y en los modos que tienen de nombrarlos. Este objetivo se aborda en el artículo “Mundos vitales de palabras: análisis del sufrimiento adolescente mediante narrativas de malestar”.

d) cuáles son las causas, motivos y razones que los/as adolescentes y jóvenes señalan como causantes principales de dichos malestares emocionales (etiologías legas). Este objetivo se trata en el capítulo de libro “Modelos explicativos del malestar emocional. Etiologías legas”.

2) Explorar la relación entre el apoyo social percibido y los malestares emocionales, para así identificar el tipo de apoyo social que adolescentes y jóvenes consideran de mayor utilidad y beneficio para afrontar los malestares de esta índole. Este objetivo se acomete en el artículo “Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study”.

3) Identificar las estrategias de autoatención que emplean los/as jóvenes para hacer frente a sus malestares emocionales. Este objetivo se aborda en el artículo “Self-care strategies form emotional distress among Young adults in Catalonia: a qualitative study”.

4) Explorar la relación entre el consumo de drogas, los malestares emocionales y la percepción de los/as jóvenes sobre el uso de drogas como forma de auto-medicación. Este objetivo se plantea en el artículo: “El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio de método mixto”.

5) Crear una herramienta práctica por medio del trabajo participativo y colaborativo de adolescentes, profesionales e investigadores que permita conocer las barreras que dificultan la utilización de los dispositivos de salud mental por parte de los/as adolescentes y jóvenes, y que aporte pautas y recomendaciones para tratar de minimizarlas. Este objetivo se plasma en la redacción del libro: *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y profesionales.*

### **3. El nacimiento de una tesis:**

La presente tesis doctoral nace pues dentro del proceso de investigación de los proyectos “Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad” (financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España) y “The emotional distress of adolescents: lifestyles, mental health and lay strategies used in managing adversity” (financiado por la Fundació La Marató de TV3), cuyo investigador principal fue el Dr. Ángel Martínez-Hernández (mi director de tesis), entrando yo a trabajar en dichos proyectos en 2010 como coordinadora técnica de investigación.

El objetivo principal de dichos proyectos fue indagar sobre los malestares de tipo depresivo y/o ansioso de los adolescentes y jóvenes catalanes, y en la relación de estas aflicciones con sus estilos de vida y con los modelos profanos de afrontar la adversidad; focalizándose la investigación en primer lugar en analizar el llamado ciclo de evitación por medio del cual los adolescentes “evitaban” acudir a los dispositivos profesionales de atención a la salud mental.

Los proyectos se iniciaron a finales de 2009 y 2010 respectivamente, y tuvieron una duración de cuatro años. Durante el primer año la investigación se desarrolló conjuntamente con el equipo del Consorci Institut d’Infància i Mon Urbà de Barcelona (CIIMU), centrándose exclusivamente en realizar un análisis estadístico de los determinantes sociales de los malestares de los adolescentes y jóvenes catalanes a partir de la explotación de los datos del Panel de Famílies i Infància (PFI). (Las características del proyecto “Los malestares adolescentes” así como los objetivos concretos del citado proyecto se exponen con mayor detalle en el apartado “Proyectos e investigaciones precedentes”). Una vez finalizada dicha fase puramente cuantitativa fue cuando entré a formar parte del equipo de investigación e inicié mi labor como coordinadora técnica participando de forma activa en el diseño, organización y ejecución de las posteriores fases del citado proyecto.

Así pues los proyectos “Los malestares adolescentes”, “The emotional distress of adolescents” y la presente tesis doctoral son investigaciones que se encuentran profundamente interrelacionadas, desarrollándose de forma simultánea y fusionada durante un amplio periodo de tiempo. Pero una vez finalizados los proyectos originarios, la presente tesis prosigue sus pesquisas centrada en indagar en profundidad sobre el proceso de atención de los malestares emocionales seguido por adolescentes y jóvenes, haciendo asimismo especial hincapié en sus modos de *entender* el malestar, analizando para ello sus modelos explicativos legos.

## **4. Proyectos e investigaciones precedentes:**

Al tratarse de una tesis doctoral emergida a partir de investigaciones iniciadas con anterioridad resulta preciso dedicar un espacio a explicar con detalle algunos aspectos clave, tales como cuáles son estos proyectos de investigación precedentes, qué objetivos tienen, y cuál es su contribución o contribuciones al surgimiento y desarrollo de la tesis que nos ocupa. Iniciaremos este breve recorrido en orden cronológico para poder observar así como se ha ido desarrollando el proceso de investigación global, y cómo se han ido encadenando las diversas investigaciones, yendo poco a poco de aspectos más globales y fenómenos más amplios a cada vez más acotados y específicos.

### **4.1. Panel de Familias i Infància (2006-2010):**

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, los proyectos “Los malestares adolescentes” y “The emotional distress of adolescents” contaron con un estudio precedente llamado “El Panel de Familias i Infància” (en adelante PFI), un estudio sociológico longitudinal llevado a cabo con estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) realizado desde el Consorci Institut d’Infància i Món Urbà de Barcelona (en adelante CIIMU), en el que el Dr. Àngel Martínez-Hernández era investigador colaborador. Esta entidad elaboró un estudio sociológico longitudinal en cuatro oleadas que se inició en 2006 con una muestra representativa de 3004 adolescentes residentes en Cataluña nacidos entre los años 1990 y 1993, ambos incluidos, y que fue incorporando nuevas cohortes cada año (Institut d’Infància i Món Urbà 2012; Julià et al. 2012, Martínez-Hernández et al. 2012). Este estudio siguió un muestreo realizado en distintas etapas y supuso la selección de 70 centros que impartían E.S.O. en todo el territorio catalán, donde se reclutó a los encuestados. En cada oleada (o cohorte) se entrevistó a un progenitor, así como a los responsables de los centros académicos en los que los adolescentes cursaban sus estudios. La información recopilada en esta investigación longitudinal versaba sobre estados de ánimo negativos mediante una escala auto-administrada (años 2007 y 2008) y sobre la existencia de un diagnóstico previo de depresión/ansiedad (años 2006 y 2010), además de una diversidad de factores sobre consumo de sustancias psicoactivas, sociabilidad, factores económicos, escolares y familiares. Dando como resultado la creación

de una extensa base de datos llamada el Panel de Familias e Infancia (PFI). Este estudio inicial conformó la base de datos y la muestra general a partir de la cual se pudo desarrollar algunos análisis estadísticos previos; radicando especialmente su importancia en que fue a partir de la muestra general de dicho estudio de la que surgió la muestra final de informantes participantes tanto en “Los malestares de los adolescentes” como en la presente tesis doctoral (la selección de la sub-muestra que compone la muestra de la tesis se explica en detalle en el apartado “Diseño de la investigación y participantes”).

La oportunidad de poder contar con esta muestra de informantes aporta ventajas a la presente investigación pues me permite: 1) disponer de una amplia muestra representativa de adolescentes y jóvenes, de distintas edades y con distintas ubicaciones geográficas dentro de Cataluña; y 2) contar con una amplia base de datos que provee información sociodemográfica, educativa, económica, familiar, de los participantes recopilada desde 2006, aportando así a la investigación información previa y dotándola además de un carácter longitudinal que permite observar los cambios acontecidos en la muestra poblacional con el paso de los años.

## **4.2. “Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad”. (2009-2014):**

El proyecto “Los malestares adolescentes” se inició a finales del año 2009 y tuvo una duración de cuatro años. Recibió financiación tanto del Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España (2009-2013) (código de proyecto: CSO2009-08432), como de la Fundació La Marató de TV3, investigación biomédica, recibiendo el nombre en este caso de “The emotional distress of adolescents: lifestyles, mental health and lay strategies used in managing adversity” (2010-2014) (código de proyecto: 090730).

Contó con un planteamiento claramente interdisciplinar, aunque con el predominio en su concepción de las perspectivas propias de la antropología social, de la antropología médica y de la salud mental colectiva. En el estudio participaron antropólogos, psicólogos, psiquiatras, sociólogos, enfermeros, trabajadores sociales y profesionales e investigadores que en algunos casos disponían de una doble formación.

El propósito fue indagar sobre los malestares de tipo depresivo y/o ansioso de los adolescentes y jóvenes catalanes y la relación de estas aficciones con sus estilos de vida y con los modelos profanos de afrontar la adversidad. Concretamente los objetivos principales del proyecto fueron:

- 1) El análisis de los determinantes sociales de los malestares de los adolescentes y jóvenes catalanes a partir de la explotación de los datos del PFI. Este objetivo se desarrolló en la Fase 1 del proyecto y en colaboración con el CIIMU.
  
- 2) El análisis cualitativo en una submuestra del PFI de las estrategias profanas de afrontar las aficciones, el tránsito de la adolescencia a la juventud y el fenómeno conocido como “ciclo de evitación” (*cycle of avoidance*) de los dispositivos profesionales de atención por parte de los jóvenes con malestares de tipo depresivo y ansioso. Este objetivo se asociaba con la Fase 2 de la investigación. Es a partir del análisis del llamado “ciclo de evitación” y de la reflexión crítica emergida a partir de éste que se surgen las preguntas de investigación que dan lugar a esta investigación doctoral.
  
- 3) La creación de un modelo de buenas prácticas en la atención psicosocial de este grupo de edad elaborado de forma participativa y colaborativa entre profesionales de la salud mental, jóvenes y los propios investigadores. Este objetivo se desarrolló en la fase 3, y forma parte integrante de esta tesis doctoral (Ver publicación nº9).

La contribución de este proyecto al surgimiento y consecución de la presente tesis doctoral resulta por tanto mayúscula, pues me proporciona el terreno de cultivo, el germen inicial, y una parte importante de los recursos necesarios para poder plantar y cultivar mi propia investigación. Concretamente, y dejando a un lado las alegrías agrícolas, el proyecto “Los malestares adolescentes” me provee de una amplia muestra de informantes, de un contexto de investigación del que partirán posteriormente las preguntas que guiarán mi tesis, y de gran parte de los materiales económicos (desplazamientos pagados para realizar el trabajo de campo, material de grabación de alta calidad, etc.) y personales (miembros del equipo de investigación) para poder iniciar y desarrollar la tesis.

## 5. Diseño de la investigación y participantes

### 5.1. Reflexiones previas sobre el diseño de investigación:

Es preciso puntualizar que ni el proyecto originario ni la presente tesis doctoral pueden definirse como estudios etnográficos en sentido estricto; pues si se tiene en consideración las vías del trabajo de campo antropológico señaladas por Malinowski (1972) en *Los argonautas del Pacífico Occidental*: 1) el análisis observacional que puede incluir métodos estadísticos, 2) la vivencia junto a los actores sociales objeto de investigación, y 3) la recuperación de las percepciones de éstos, se observa cómo la segunda vía no se cumple, puesto que no se ha realizado observación-participante. No obstante, Hammersley y Atkinson afirman que “en un sentido todas las investigaciones sociales toman forma de una observación participante” (Hammersley y Atkinson, 1994:31), pues todas implican un cierto grado de participación en el mundo social, en el papel que sea, viéndose reflejadas en los productos de dicha participación (Hammersley y Atkinson, 1994). A pesar de que esta licencia nos permitiría calificar estas investigaciones como etnográficas, se considera más pertinente no hacerlo, pues el hecho de no haber convivido durante un periodo de tiempo prolongado con las personas informantes representa una de las limitaciones asumida conscientemente en este diseño de investigación, al no posibilitarnos recabar información que sólo es accesible cuando se tiene la posibilidad de convivir y realizar una inmersión profunda en las vidas y cotidianidades de los informantes. Implementar la observación-participante como técnica de recogida de datos no era en este caso una opción posible debido al hecho de que los informantes que componen la muestra viven en distintos puntos de la geografía catalana y no conforman en sí mismos un grupo de población o comunidad ubicado en un mismo espacio y tiempo para poder ser observados y compartir con ellos su cotidianidad.

Así pues se considera más idóneo definir estas investigaciones como estudios mixtos cualitativos/cuantitativos, dejando el término etnografía para aquellas investigaciones que sí cuentan con una observación participante al uso. A pesar de que las dificultades de los estudios de diseño mixto para aunar una aproximación cuantitativa y otra cualitativa son proverbiales, y a menudo este tipo de diseño de investigación sigue siendo objeto de crítica por no contentar a los partidarios más escorados de una u otra orientación, nosotros



consideramos que la elección de las técnicas específicas a utilizar debe ser dependiente de los objetivos a lograr en la investigación y no de otro tipo de factores. Somos conscientes de que cada una de estas aproximaciones metodológicas muestra indudablemente zonas de rendimiento creciente y decreciente, por lo que en la medida de las posibilidades y de los medios hemos hecho uso de ellas en base a su potencial beneficio para cada uno de los objetivos de investigación. Así pues concretamente los métodos y técnicas de recogida de datos empleados en ambas investigaciones (el proyecto “Los malestares adolescentes” y la presente tesis) incorporan tanto métodos cuantitativos basados en: a) cuestionarios cerrados sobre aspectos socioeconómicos, educativos, familiares, y de salud, b) test psicológicos, c) cuestionarios sobre consumo de drogas, y d) cuestionarios sobre apoyo social auto-percibido; como métodos cualitativos fundamentalmente basados en: a) entrevistas semi-estructuradas, b) grupos focales, y c) grupos mixtos de discusión; así como la reflexividad de la propia investigadora y del resto del equipo de investigación; los cuales se explican en detalle en el apartado: Técnicas e instrumentos de recogida de datos.

## 5.2. Selección y composición de la muestra:

La selección inicial de la muestra la realizó el equipo de investigadores del Consorci Institut d'Infància i Món Urbà de Barcelona (compuesto principalmente por profesionales del ámbito de la sociología y la estadística) quienes a partir de la muestra de 3004 adolescentes que integran el PFI, escogieron 150 informantes para conformar la muestra del proyecto “Los malestares adolescentes” y de la tesis. Dicha selección se llevó a cabo considerando tres grupos diferenciados de participantes: a) Grupo Diagnóstico: conformado por sujetos con depresión/ansiedad diagnosticada en la 1ª o 4ª oleada del PFI según el relato de sus progenitores (la pregunta incidía sobre si existía un diagnóstico profesional de depresión/ansiedad); b) Grupo Malestar: integrado por informantes con malestar auto-percibido de tipo depresivo en las oleadas 2ª y 3ª pero sin diagnóstico de depresión/ansiedad; y c) Grupo Control: compuesto por adolescentes y jóvenes sin diagnóstico ni malestar auto-percibido. La selección se efectuó a través de la técnica *propensity matching score*, que utiliza una probabilidad predicha de pertenencia (en este caso la probabilidad de que tengan depresión) obtenida sobre la base de predictores observables mediante una regresión logística. Inicialmente se seleccionaron 50 jóvenes para cada uno de los tres sub-grupos (n=150). El número de seleccionados respondió a un criterio de conveniencia. El objetivo de esta técnica era encontrar un grupo de no diagnosticados, pero

con alto malestar, comparable con el grupo de diagnosticados y controlado por un grupo sin malestar ni diagnóstico. Se identificaron los casos en cada grupo (diagnosticados, no diagnosticados pero con elevado nivel de malestar, y control) que tuvieran una probabilidad (*propensity score*) más cercana, más parecida (*matching*), de modo que se pudiera “controlar” el efecto de variables explicativas sobre la probabilidad de haber buscado un diagnóstico médico. Finalmente, de los 150 informantes inicialmente seleccionados, participaron en la investigación 105, habiéndose dado una pérdida de 45 informantes (*missings*) debida a cambio de domicilio, imposibilidad de contacto, o negativa a ser entrevistado. Los 105 informantes se distribuyeron en los sub-grupos del siguiente modo: Grupo Diagnostico 37 integrantes, Grupo Malestar 33 integrantes, y Grupo Control 35 integrantes; con una proporción de 31% hombres y 69% mujeres y con las características demográficas que se incluyen en la Tabla 1. La diferencia en la proporción de hombres y mujeres es semejante a la proporción que guardaba en la muestra general del PFI entre personas con diagnóstico y sin diagnóstico, así como entre informantes con malestar auto-percibido y sin este tipo de malestar.

Numerosos estudios e investigaciones precedentes muestran que los síntomas y trastornos depresivos y ansiosos son más prevalentes en las mujeres en comparación con los hombres a lo largo del ciclo vital (Bebbington, 1998; Kessler, 2000; Gómez-Restrepo et al., 2004; Del Barrio et al., 2004; Matud et al., 2006; Barra et al., 2006; Baader et al., 2014; Cardona et al., 2015; Cardila et al., 2015), pudiendo observarse ya estas diferencias al principio de la adolescencia (Hankin et al., 1998; Wade et al., 2000; Hankin y Abramson, 2001; Kessler et al., 2003; Veytia et al. 2012; González-Forteza et al., 2015; Ossa et al., 2016); motivo por el cual se consideró interesante mantener la citada proporción en la configuración de la muestra de investigación. Se planteó la posibilidad de reclutar ulteriormente más informantes en caso de que no se cumplieren criterios metodológicos básicos de la investigación cualitativa como la redundancia y la saturación; lo cual finalmente no fue necesario.

**Tabla 1: Distribución de la muestra de participantes adolescentes y jóvenes.**

		Tipo de diagnóstico								
		Diagnosticados			Malestar			Grupo control		
		N	%	Media	N	%	Media	N	%	Media
Sexo	Hombre	13	39%		9	27%		11	33%	
	Mujer	24	33%		24	33%		24	33%	
Edad	17 años	5	33%		3	20%		7	47%	
	18 años	10	48%		6	29%		5	24%	
	19 años	12	39%		10	32%		9	29%	
	20 años	7	25%		9	32%		12	43%	
	21 años o más	3	30%		5	50%		2	20%	
Nivel estudios padres	Sin estudios o primarios	19	30%		19	30%		26	41%	
	Secundarios o posteriores	18	44%		14	34%		9	22%	
Nivel de ingresos familiares	Menos de 18000€	6	32%		5	26%		8	42%	
	De 18001 a 36000 €	18	41%		13	30%		13	30%	
	36001€ o más	9	43%		7	33%		5	24%	
	No recuerda	4	21%		7	37%		8	42%	
Estructura familiar año 2010	Monoparental	11	34%		7	22%		14	44%	
	Biparental o reconstituida	17	31%		19	35%		19	35%	
	No se dispone de información	9	50%		7	39%		2	11%	
Nivel de BDI	Leve	20	27%		24	32%		30	41%	
	Medio	8	53%		4	27%		3	20%	
	Moderada	4	36%		5	45%		2	18%	
	Severa	5	100%		0	0%		0	0%	
Nivel de ansiedad Goldberg	No ansiedad	10	29%		9	26%		15	44%	
	Si ansiedad	27	38%		24	34%		20	28%	
Nivel de depresión Goldberg	No depresión	8	24%		8	24%		17	52%	
	Si depresión	29	40%		25	35%		18	25%	
Manheim. Número total de familiares				5,1		4,2		4,9		
Manheim. Número total de amigos				8,8		8,2		8,8		

Todos los participantes residían en el territorio catalán, incluyendo zonas rurales, y tenían una edad comprendida entre los 17 y los 21 años en el momento de las entrevistas. Las características sociodemográficas de los casos finalmente no entrevistados no fueron significativamente diferentes con respecto a las de los informantes entrevistados.

Los adolescentes y jóvenes informantes participaron en todas y cada una de las fases de la investigación. Inicialmente respondieron los cuestionarios sociológicos enmarcados en las distintas oleadas del Panel de Familias i Infància; a continuación (ya exclusivamente dentro del proceso metodológico perteneciente a la presente investigación) se les realizaron entrevistas personales semi-estructuradas en las que además de la citada entrevista cualitativa (ver Cuadro 1: Entrevista Cualitativa) respondieron también test psicológicos (ver Anexo 1: BDI-II, y Anexo 3: GHQ) y cuestionarios sobre redes de apoyo social (ver Anexo 2: MISS) y consumo de drogas (Ver anexo 4: Cuestionario Consumo de Sustancias); posteriormente participaron en tres grupos focales; y seguidamente colaboraron en un grupo de discusión mixto integrado por adolescentes y jóvenes junto con profesionales de la salud mental (en el apartado “Técnicas e instrumentos de recogida de datos” se detallan todos los materiales empleados en la presente investigación); finalmente participaron activamente en la construcción de una guía de buenas prácticas realizando labores de revisión, corrección y supervisión tanto del contenido como del formato. (Ver Publicación nº8 y nº9).

Con respecto a la composición de la muestra de informantes, además de los 105 jóvenes, también se contó con la colaboración de un grupo de profesionales dedicados a la atención de la salud mental de la población adolescente y juvenil, especializados en distintos ámbitos de conocimiento. Concretamente se contó con un grupo de 6 profesionales (dos mujeres y cuatro hombres), integrado por una médico psiquiatra y psicoterapeuta, un enfermero psiquiátrico, una trabajadora social, psicóloga y antropóloga, un psicólogo clínico psicoanalista, y un médico psiquiatra psicoanalista. Todos los profesionales participantes desarrollan su labor profesional en territorio catalán, principalmente en centros públicos de atención a la salud mental ubicados en las provincias de Tarragona y Barcelona. La muestra de profesionales seleccionados respondió a criterios de conveniencia, accesibilidad, diversidad disciplinar y, fundamentalmente, a su experiencia clínica en la atención de problemas de salud mental con este grupo de edad. La colaboración de los profesionales en la investigación se centró concretamente en su

participación en un grupo focal formado íntegramente por profesionales, en la participación en un grupo de discusión mixto en el que debatieron juntamente con algunos de los adolescentes y jóvenes participantes en fases previas del estudio, y en la construcción colaborativa de la Guía de Buenas Prácticas (Ver Publicación nº8 y nº9).

## **5.3. Fases de la investigación**

A continuación se exponen las diferentes fases integrantes de la investigación, así como sus correspondencias e interrelaciones con las fases del proyecto “Los malestares adolescentes”.

### ***5.3.1. Fase 0: Análisis estadístico de los datos del PFI.***

Como se ha comentado con anterioridad la presente tesis doctoral se inicia una vez la Fase 1 del proyecto de “Los malestares adolescentes” ha concluido (recordemos que la Fase 1 consistía en el análisis estadístico de los determinantes sociales de los malestares de los adolescentes y jóvenes catalanes a partir de la explotación de los datos del PFI), por lo que nada más comenzar la investigación ya se cuenta con la citada base de datos cuantitativa en formato SPSS.

### ***5.3.2. Fase 1: Entrevistas cualitativas-cuantitativas.***

Esta tesis emerge en los inicios de la Fase 2 del proyecto “Los malestares adolescentes” con el diseño de la metodología mixta, cuantitativa-cualitativa, y con el trabajo de campo realizado con la sub-muestra de 105 informantes provenientes del PFI (entrevistas y cuestionarios).

Mi primera labor en esta fase fue elaborar y/o seleccionar (según el caso) las herramientas de recogida de datos que se emplearían para realizar el trabajo de campo. Se elaboró un guión de entrevista cualitativa, y se seleccionaron y elaboraron test y

cuestionarios para recopilar información sobre consumo de sustancias psicoactivas, síntomas depresivos y ansiosos, y redes de apoyo social auto-percibidas (los materiales se explican en detalle en el apartado “Técnicas e instrumentos de recogida de datos”). Este trabajo se realizó desde finales de diciembre de 2010 hasta febrero de 2011.

Una vez las herramientas y materiales fueron seleccionados y aprobados por todo el equipo de investigación mi labor consistió en contactar con los 150 informantes provenientes del PFI. Los *partners* del CIIMU nos dieron los datos de los adolescentes seleccionados, incluyendo sus datos de contacto (teléfonos de sus padres, dirección, etc), y procedí a contactar con ellos telefónicamente. Esta tarea se desarrolló durante los meses de marzo y abril de 2011. Diversos factores contribuyeron a la extensión temporal de esta tarea: a) el volumen de población de la muestra; b) el hecho de que muchas personas habían cambiado su número de teléfono móvil; c) la dificultad de encontrar a las personas de referencia en los teléfonos fijos debido a los horarios laborales y hallar las horas idóneas para efectuar el contacto; d) el tener que llamar (una vez localizada la persona de referencia) nuevamente para contar con la confirmación de participación tanto de los progenitores como de los propios jóvenes (la cual cosa implicaba en muchos casos tener que llamar hasta tres veces más a la misma persona).

Paralelamente al contacto con los informantes se seleccionó el equipo de entrevistadores, integrado finalmente por once personas formadas en antropología médica y/o psicología; se realizaron dos sesiones con todo el equipo para aunar criterios y coordinar la dinámica de las entrevistas.

Las entrevistas tuvieron lugar entre los meses de abril y octubre de 2011 en base a la disponibilidad de los participantes. Su duración aproximada fue de dos horas, en las que primeramente se realizaba la entrevista semi-estructurada que duraba alrededor de una hora, y posteriormente se respondía a los test y cuestionarios cuantitativos. Todas las entrevistas fueron hetero-administradas, salvo la parte cuantitativa del cuestionario de drogodependencias que fue auto-administrada.

A continuación se procedió a la transcripción de las entrevistas semi-estructuradas, y a la corrección y evaluación de los cuestionarios y test. Con estos materiales resultantes creé dos bases de datos, una cualitativa y otra cuantitativa. La base de datos cualitativa la elaboré utilizando el software de análisis cualitativo Atlas.ti en el cual incluí por cada una de las personas participantes cinco archivos, uno con cada una de las herramientas de

recopilación de datos utilizada (transcripción de la entrevista semi-estructurada, BDI-II, GHQ, MISS, Cuestionario consumo sustancias psicoactivas). Clasifiqué y codifiqué los materiales inicialmente teniendo en cuenta el tipo de herramienta utilizada, el género de los informantes, los sub-grupos a los que pertenecen (Diagnóstico, Malestar y Control), así como las puntuaciones obtenidas en los test psicológicos (esta clasificación se explica con detalle en el apartado “Técnicas e instrumentos de recogida de datos”). La base de datos cuantitativa la elaboré con el software estadístico SPSS combinando los datos extraídos de los test y cuestionarios administrados con los datos anteriormente recopilados en las cuatro oleadas precedentes del PFI, configurando de este modo el equivalente a la 5ª oleada del Panel de Familias e Infancia.

Seguidamente se comenzó el análisis cuantitativo-cualitativo de los datos, centrándose inicialmente en indagar en profundidad sobre el fenómeno conocido como “ciclo de evitación” (*cycle of avoidance*) de los dispositivos profesionales de atención por parte de los adolescentes y jóvenes con malestares de tipo depresivo y ansioso; para seguir a continuación con el resto de aspectos clave integrantes de la investigación, tales como los modelos explicativos de malestar emocional, los itinerarios terapéuticos y el proceso de autoatención seguidos por la juventud, las estrategias profanas empleadas para afrontar la adversidad, así como el papel que juegan las redes de apoyo en este proceso, y la construcción de la Guía de Buenas Prácticas de forma participativa, los cuales se exponen en detalle en el bloque correspondiente a los resultados.

### **5.3.3. Fase 2: Grupos focales y grupo mixto de discusión.**

Una vez realizados los primeros análisis y aproximaciones se realizaron tres grupos focales con adolescentes y jóvenes, un grupo focal con profesionales de la salud mental, y un grupo de discusión mixto integrado por adolescentes y profesionales. Este punto se corresponde con los inicios de la Fase 3 del proyecto “Los malestares adolescentes”.

### 5.3.3.1. Grupos focales adolescentes:

En primer lugar se realizaron los grupos focales con adolescentes y jóvenes. El propósito fue triangular y valorar la información resultante de la Fase 1, así como incidir en aspectos y temáticas que interesaba contrastar y debatir en profundidad. Para este fin se elaboró previamente una guía de preguntas orientativa con los aspectos clave a abordar en dichas sesiones (Ver apartado: “Técnicas e instrumentos de recogida de datos”). Algunas de las temáticas abordadas se centraron en indagar sobre su percepción del sistema de salud, los profesionales de la salud y las instituciones en las que éstos trabajan, las posibles causas de evitación de los servicios profesionales, y las recomendaciones que como potenciales usuarios consideran necesarias para superar los obstáculos y barreras detectados, entre otras.

A la hora de realizar los contactos con los participantes de esta fase se tuvo en cuenta diversos aspectos: a) se trató de lograr conformar grupos que fueran equitativos respecto al género de los integrantes (igual número de hombres y de mujeres), b) que los grupos tuvieran representantes de los tres sub-grupos distintos de la muestra (es decir de los grupos Diagnóstico, Malestar y Control); c) se dio prioridad a los integrantes cuyas narrativas en la fase de entrevistas habían dado lugar a cuestiones que nos resultaba de interés indagar en profundidad; d) así como a los informantes con claridad expositiva y con buena capacidad comunicativa (teniendo como referencia sus intervenciones en la fase de entrevistas) para lograr así la mayor interacción y riqueza de debate posible.

Finalmente se realizaron tres grupos focales integrados por adolescentes y jóvenes que habían sido previamente entrevistados en la fase anterior. El primer grupo constó de nueve participantes, el segundo de once, y el tercero de seis. La composición de los grupos tuvo en cuenta la participación igualitaria de mujeres y hombres, la inclusión de participantes de diferentes edades, así como la pertenencia a cada uno de los tres subgrupos de la muestra (grupo control, grupo malestar y grupo diagnóstico) para mantener así su representatividad y contar con los modelos explicativos y experienciales de malestar de cada uno de ellos. Los grupos tuvieron lugar en un espacio cedido por el centro cívico de Sant Agustí (Barcelona) entre los meses de Abril y Junio de 2012. Las variaciones en el número de participantes de cada grupo focal se debieron a las in/disponibilidades variables de los/as integrantes así como a imprevistos de última hora en sus agendas personales. Pese a que los tres grupos



focales tuvieron lugar en el Convent de Sant Agustí de Barcelona, las procedencias de los/as participantes no eran exclusivamente de la misma ciudad, pues algunas personas se habían trasladado a vivir a Barcelona por motivos de estudios y/o trabajo, y otras se desplazaron expresamente desde localidades próximas para participar en los grupos. Los grupos focales fueron grabados, transcritos e incorporados a la base de datos cualitativa.

### **5.3.3.2. Grupo focal con profesionales:**

Posteriormente, una vez los grupos focales con adolescentes fueron transcritos y su contenido analizado de forma preliminar, se realizó un grupo focal con profesionales del ámbito de la salud mental. Concretamente se contó con la participación de seis profesionales (dos mujeres y cuatro hombres) especializados en enfermería, psiquiatría, psicoterapia, trabajo social, antropología y psicología. Las cuestiones planteadas versaron sobre las mismas temáticas abordadas en los grupos focales de los adolescentes. Se proporcionó información a los profesionales sobre los resultados obtenidos en dichos grupos focales, de modo que fueran conocedores de las opiniones que los jóvenes manejan sobre el ciclo de evitación, y tuvieran así una base a partir de la cual pudieran generar nuevas aportaciones. El grupo tuvo lugar en Octubre de 2012 en la misma ubicación que los grupos focales con jóvenes (centro cívico de Sant Agustí, en Barcelona); y del mismo modo fue grabado, transcrito e incorporado a la base de datos cualitativa.

### **5.3.3.3. Grupo Mixto de Discusión:**

Para finalizar esta fase de investigación se realizó un grupo mixto de discusión integrado por profesionales y jóvenes participantes en los grupos focales precedentes. Concretamente los integrantes fueron los/as seis profesionales del grupo focal profesional, y seis adolescentes y jóvenes (tres chicas y tres chicos), pertenecientes a los tres subgrupos de la muestra, algunos de ellos estudiantes de universidad y otros profesionales del mundo laboral de diversos ámbitos.

El objetivo principal de este grupo de discusión fue debatir conjuntamente sobre los principales obstáculos y barreras para el acceso a los servicios de atención profesionales, así como sobre las recomendaciones y propuestas para superar dichos obstáculos.

Con la intención de verificar y triangular los resultados obtenidos en las fases previas (grupos focales) y disponer al mismo tiempo de una guía orientativa para el debate en grupo se elaboró, a partir de la información recopilada en los grupos focales previos y su consecuente sistematización, un listado que incluía las principales barreras detectadas (tanto por profesionales como por jóvenes). Este listado nos sirvió de hoja de ruta para promover el debate, y nos permitió observar y contrastar los puntos de convergencia y divergencia entre los discursos profanos y profesionales. Obteniendo finalmente, gracias a la colaboración de todos los integrantes, detectar los obstáculos clave que intervienen en el “ciclo de evitación” y generar a partir de ahí colaborativamente recomendaciones y sugerencias para superarlos.

El grupo de discusión mixto tuvo una duración aproximada de tres horas, y tuvo lugar durante el mes de Noviembre de 2012 en el centro cívico del Convent de Sant Agustí de Barcelona. Fue gravado y transcrito.

### ***5.3.4. Fase 3: Creación de una Guía de Buenas Prácticas.***

El paso siguiente se encaminó a la creación de un modelo de buenas prácticas en la atención psicosocial de este grupo de edad elaborado de forma participativa y colaborativa contando con el trabajo conjunto de profesionales de la salud mental, jóvenes y el equipo de investigación.

El proceso de elaboración de la Guía de Buenas Prácticas tuvo una duración de un año, desarrollándose a lo largo de 2013. Se corresponde con la fase 3 del proyecto de “Los malestares adolescentes”, y forma parte integrante de esta tesis doctoral (Ver Publicación nº9).

Para esta fase se conformó un equipo de trabajo transdisciplinar integrado por adolescentes y jóvenes, profesionales de la salud mental, e investigadores con doble formación en ciencias sociales y ciencias de la salud. A lo largo de todo el proceso se cumplió con las cualidades esenciales de un buen modelo participativo: la comunicación horizontal, y las relaciones recíprocas y simétricas entre todos los integrantes del grupo. Fruto del diálogo surgió un análisis crítico interesante en el que tanto el saber profano

como el saber experto fueron escuchados, valorados y considerados del mismo modo. Integrandos de esta manera los diferentes campos de experiencia de los principales actores; lo cual es otro punto esencial de la investigación-acción participativa (Scandroglio y López, 2010). En segundo lugar el proceso de decisión de los modos en que los obstáculos detectados podían ser superados y abordados siguió el mismo proceso interactivo y co-constructivo; analizando y debatiendo colaborativamente todas las posibles soluciones, así como las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos. Toda esta información fue recogida y organizada por el equipo de investigación transdisciplinar conformando el primer borrador de la Guía de Buenas Prácticas. El documento preliminar fue revisado por los profesionales y por la gente joven que participó en el grupo de discusión. Los comentarios, sugerencias y recomendaciones sobre el contenido y la estructura fueron tenidos en cuenta para conformar lo que posteriormente fue el documento final. La coordinación de la guía se desarrolló por un equipo transdisciplinar, compuesto por médicos, trabajadores sociales, psicólogos y antropólogos, todos nosotros especializados en antropología médica. Configurándose pues esta guía como resultado de un esfuerzo participativo, interactivo, y transdisciplinar a tres bandas. Por último, como paso previo a la publicación de la guía, el documento fue revisado por examinadores externos al equipo de investigación, para verificar, así, la comprensión y las cualidades del material construido. Finalizando de este modo un largo y enriquecedor proceso participativo. Y logrando en última instancia crear un material eminentemente práctico a partir de la implementación de la investigación-acción participativa, el cual se publicó en Diciembre de 2013 gracias al trabajo conjunto de adolescentes, profesionales e investigadores.

La descripción de la construcción de la Guía de Buenas Prácticas, así como la reflexión metodológica sobre las potencialidades de la investigación-acción participativa en salud llevada a cabo mediante un equipo de investigación transdisciplinar se exponen en detalle en el artículo *“Sharing Wisdom(s) to Enrich Knowledge: Working in a Transdisciplinary Research Team in Medical Anthropology”* dentro del bloque de resultados. Así mismo el material fruto de esta fase de investigación, la Guía de Buenas Prácticas, se expone también como parte integrante del bloque de Resultados, concretamente en la Publicación nº9, el libro: *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes.*

## **Nota aclaratoria sobre la temporalidad y secuenciación de las fases de investigación:**

El hecho de que la presente tesis doctoral nazca y se desarrolle de forma interrelacionada con el proyecto “Los malestares adolescentes” influye en la temporalidad y secuenciación de las distintas fases de investigación, pues debían cumplirse ineludiblemente las exigencias derivadas de las fechas clave marcadas por los organismos financiadores del citado proyecto.

## 5.4. Financiación y estándares éticos

El estudio “Los malestares adolescentes” fue aprobado y financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España desde 2009 hasta 2013 bajo el nombre “Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad” y el código de proyecto CSO2009-08432, así como por la Fundació La Marató de TV3 (investigación biomédica) desde 2010 hasta 2014 bajo el nombre “The emotional distress of adolescents: lifestyles, mental health and lay strategies used in managing adversity”, código de proyecto 090730.

Posteriormente, en 2016, recibí una beca dentro del Programa “Becas Iberoamérica. Santander Investigación” para el curso 2016-17. Esta beca me permitió realizar una estancia de investigación en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) de Ciudad de México desde Noviembre de 2016 hasta finales de Marzo de 2017 bajo la asesoría de la Dra. Rosa María Osorio Carranza, desarrollando durante dicho periodo el proyecto titulado “La autoatención de los malestares emocionales en los jóvenes catalanes” el cual forma parte integrante de la presente tesis doctoral.

Con respecto a los procedimientos es preciso mencionar que fueron evaluados y aprobados por el Comité de Ética de la Fundació Congrés Català de Salut Mental, una entidad interdisciplinar para la promoción de la salud mental. Todos ellos cumplen los estándares éticos de la Declaración de Helsinki de 1964, incluyendo los referentes al consentimiento informado, pues tanto cada uno de los jóvenes informantes como un adulto con responsabilidad tutorial firmaron dichos consentimientos.

## 6. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Tal y como se ha mencionado previamente esta investigación combina de forma interrelacionada técnicas e instrumentos de recogida de datos cualitativos y cuantitativos, puesto que consideramos que, tal y como defiende Ruiz en *Metodología de la investigación cualitativa* (2012), ambas metodologías son igualmente válidas, estribando su diferencia en la diferente utilidad y capacidad heurística que poseen, lo cual las hace recomendables en casos y situaciones distintas. Por lo que “el acierto del investigador depende, no de la metodología que utiliza, sino del acierto en aplicarla en aquellos casos específicos para los que está más adaptada”, la cual cosa obliga en última instancia a “una reconciliación entre ambas y recomienda su combinación en aquellos y para aquellos aspectos metodológicos que la reclamen” (Ruiz, 2012: 17). Así pues la selección de las herramientas metodológicas empleadas se efectuó teniendo en el punto de mira los distintos objetivos a lograr en la investigación, escogiéndose aquellas que se consideraron más adecuadas para cada una de las fases y propósitos concretos.

### 6.1. Entrevista semi-estructurada:

En primer lugar a los 105 adolescentes y jóvenes se les realizó una entrevista semi-estructurada. Para esta entrevista se diseñó una viñeta inicial en la que un/a joven imaginario/a (Juan en castellano/Joan en catalán o María en castellano/Maria en catalán) de la misma edad que la persona entrevistada mostraba síntomas de depresión siguiendo los criterios que establecen manuales al uso como el *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders Version IV-TR* de la *American Psychiatric Association*, más conocido como DSM-IV-TR (APA 2004), sin explicitar en ningún momento los posibles motivos o causas de dicho malestar. El empleo de la viñeta inicial actúa como un “acontecimiento ficcionado” que permite interrumpir el flujo del devenir y condensar el tiempo, poseyendo “las mismas características y cualidades que los acontecimientos reales” (Gómez-Esteban, 2016:142). Estas particularidades de la viñeta posibilitan que los/as informantes se examinen y se reflexionen sobre acontecimientos imaginados o vividos a través de otros como si ellos/as mismos/as los hubiesen experimentado; permitiéndonos a partir de dicha ficcionalización aproximarnos en mayor medida a sus sentires y realidades emocionales.

Tras la lectura de la viñeta por parte del entrevistador se le preguntaba al informante qué creía que le pasaba a María/Juan, para posteriormente focalizar progresivamente en la propia experiencia del entrevistado, contando para ello con una guía de entrevista orientativa creada *ex profeso* compuesta por una batería de 38 preguntas (ver Cuadro 1: Entrevista Cualitativa). En lo que respecta a la elaboración de la guía de entrevista realicé un primer borrador de la misma atendiendo a los objetivos de investigación planteados, tanto en el proyecto original como en mi tesis en particular, tratando de abordar de modo conjunto y específico las temáticas de interés sobre las que indagar. Posteriormente cada ítem y el diseño general fueron discutidos en una reunión con el grupo de trabajo de campo y mediante un grupo de discusión con profesionales de la salud y la salud mental para maximizar las temáticas a tratar en la entrevista. La versión definitiva de la guía la elaboré incluyendo las aportaciones, sugerencias y recomendaciones efectuadas en tales reuniones; logrando así que ésta incluyera tanto las temáticas a trabajar en el proyecto “Los malestares adolescentes” como los aspectos interrelacionados que trabajo en mi tesis doctoral.

Entre otros aspectos la guía de entrevista incluye cuestiones referentes a las percepciones de los adolescentes sobre las posibles causas del malestar emocional en estas edades, definiciones de los diversos malestares, sintomatología, fenomenología y tratamiento profano y profesional de los malestares de espectro depresivo. Se añadieron además preguntas asociadas con el tránsito de la adolescencia a la edad adulta, la dimensión de género, las formas profanas de afrontar la adversidad, y las razones posibles de evitación de los servicios profesionales.

Es clave mencionar que la citada guía de entrevista sirvió principalmente de base, y sobre ella y en función de las particularidades de cada entrevista y entrevistado/a, se amplió e incidió más en ciertos aspectos y temáticas, en función de las experiencias previas de los jóvenes y sus familias en diversos aspectos de interés. La entrevistadora no citó ni utilizó previamente la palabra “depresión” o cualquier otra categoría diagnóstica. Las entrevistas se realizaron en castellano o en catalán de acuerdo con la lengua materna de la persona entrevistada, para lograr así que se sintiera lo más cómoda posible y se expresara con sus propias palabras sin tener que realizar traducciones de las expresiones y términos que emplea habitualmente. El género del personaje de la entrevista siempre fue el mismo que el de la persona entrevistada, para facilitar de este modo la empatía e identificación del entrevistado con el personaje de la viñeta y que así la persona entrevistada relatara sus

propias vivencias y experiencias personales. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de una hora y media, y todas fueron grabadas y posteriormente transcritas e incorporadas a una base de datos creada con el software de análisis cualitativo Atlas.ti.



## Cuadro 1: Guía de la entrevista semi-estructurada.

María/Joan tiene 17 años y las dos últimas semanas se ha sentido mal. Se siente triste y vacío/a, y a veces esta irritable. Le cuesta mucho concentrarse. Ya no siente placer por las cosas que siempre le han gustado y no tiene ganas de comer. Le cuesta mucho dormir por la noche y pasa el día sin energía para hacer las actividades que siempre había hecho.

1. ¿Qué le pasa a María/Joan según tu punto de vista?
2. ¿Qué nombres recibe lo que le pasa?
3. ¿Me puedes decir qué palabras utiliza la gente de la tu edad para hablar de estos estados?
4. ¿Te has encontrado alguna vez en esta situación o en una parecida? En caso de que sí, explícanos. En caso de que no, ¿conoces alguna persona de tu edad que se haya encontrado en esta situación? En caso de que sí, ¿Cómo recuerdas aquella situación? ¿Qué edad tenías?
5. ¿Cuáles podrían ser las causas del malestar de María/Joan?
6. ¿Piensas que las chicas y los chicos sienten malestar por causas diferentes?
7. En caso que te hayas encontrado alguna vez así, ¿Cuál o cuáles han sido las causas?
8. ¿Piensas que el malestar se vive diferente cuando tienes 15 años que cuando tienes 18? ¿Por qué?
9. ¿Cómo reconoces cuando alguien, sea chico o chica, se encuentra en la situación de María/Joan? (gestualidad, cara, actitudes, etc.)
10. ¿Piensas que hay diferencias entre chicos y chicas a la hora de mostrar el malestar? Explícanos.
11. ¿Cómo reconoces cuando eres tú quien se encuentra mal? ¿Qué te pasa? ¿Cómo te sientes? ¿Qué haces? ¿Qué dejas de hacer? ¿Qué tal te funciona?
12. ¿Qué podría hacer María/Joan para encontrarse mejor? (Enumera, ¿qué más?)
13. ¿Cómo se le podría ayudar? (enumera, ¿qué más?, etc.)
14. Si no nombra a ningún profesional de la salud decirle: María/Joan no quiere acudir a ningún profesional de la salud para pedir ayuda, ¿Por qué piensas que no quiere ir?
15. ¿Qué recursos/personas profesionales de la salud conoces? (Enuméralos)
16. ¿Qué piensas de cada uno de estos dispositivos?
17. ¿Cuál/es le recomendarías a María/Joan? ¿Por qué?
18. ¿Algún amigo tuyo ha ido a estos profesionales? (si dice que sí) ¿Cómo lo sabes? ¿Te lo explicó? ¿Cómo le ha ido? (bien, mal, etc.); (si dice que no) ¿Por qué crees que no ha ido?
19. ¿Acudirías tú a alguno de estos profesionales en caso de sentirte como María/Joan? ¿Por qué? ¿Qué esperarías de estos profesionales?

20. Si no acudirías a ninguno de estos profesionales, ¿A qué lugar o a qué (persona, colectivo/institución, etc.) recurrirías? ¿Por qué?
21. Si sí que acudirías a estos profesionales, ¿Recurrirías además a algún otro lugar, o a alguna otra persona/colectivo/institución, etc.? ¿Por qué?
22. ¿Algún familiar tuyo ha ido a estos profesionales? (si dice que sí) ¿Cómo le ha ido?, (si dice que no) ¿Por qué no ha ido?
23. ¿Qué piensa tu familia sobre estos dispositivos profesionales?
24. ¿Qué harías tú si fueras amigo/amiga de María/Joan?
25. ¿Qué podría hacer su familia para ayudarlo/a?
26. ¿Cuáles crees que son las estrategias que utilizas más a menudo para afrontar tus problemas?
27. ¿Cuáles son las que utilizan tus amigas/ tus amigos?
28. ¿Y las que utiliza tu familia?
29. ¿Qué te gustaría que los otros hicieran por ti para ayudarte a sentirte mejor?
30. ¿Pertenece a alguna asociación juvenil, de voluntariado, canto coral, grupo excursionista, asociación religiosa, grupo de baile/danza, asociación de pintores, etc.?
31. Si es sí, ¿A cuál/es? ¿Por qué? ¿Qué te aportan? ¿Cómo te sientes con estos grupos?
32. Si es no, ¿Por qué? ¿Has pertenecido a algún grupo de estos alguna vez?
33. Si es sí, ¿A cuál? ¿Cuándo perteneciste? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Por qué entraste? ¿Cómo te sentías con el grupo? ¿Cuándo lo dejaste? ¿Por qué lo dejaste?
34. ¿Tienes el mismo número de amigos ahora que cuando tenías 15 años? En caso de que haya cambios en el número de amigos/as, ¿A qué crees que son debidos?
35. ¿Crees que ha cambiado tu manera de vivir la amistad?
36. ¿Les cuentas más cosas ahora a los amigos que antes? ¿A qué crees que es debido?
37. ¿Ha cambiado el tipo de cosas que os contáis? Si es que sí, ¿Por qué crees que han cambiado?
38. ¿Han cambiado tus preocupaciones de cuando tenías 15 años a ahora? Si han cambiado: ¿Cuáles eran antes? ¿Cuáles son ahora? ¿A qué crees que se ha debido el cambio?

## 6.2. Test psicológicos y cuestionarios:

La entrevista semi-estructurada nos permitía conocer las percepciones, sentires y vivencias de los adolescentes con respecto al malestar emocional; pero también nos interesaba poder contar con información extraída a partir de herramientas psicológicas clínicas para disponer así de datos de índole cuantitativa que fueran acorde con el modelo y discurso biomédico y psicológico más ligados al ámbito clínico patológico, para así poder posteriormente contrastar ambos discursos (legos y expertos). Con la finalidad de lograr este propósito realicé una revisión exhaustiva de los test y cuestionarios psicológicos específicos de depresión y ansiedad existentes para evaluar a población adolescente validados en contexto español. Inicialmente revisé artículos psicológicos centrándome en los aspectos clínicos de la depresión y en las particularidades psicométricas de los diversos instrumentos hallados; posteriormente accedí a diversas docimotecas<sup>31</sup> (repositorio de test e instrumentos de evaluación psicológicos de los que disponen las bibliotecas, concretamente consulté las de la Universitat Rovira i Virgili<sup>32</sup> y la Universitat Jaume I<sup>33</sup>) y analicé en profundidad las características, potencialidades, y limitaciones de cada uno de los instrumentos. Finalmente hice una selección de aquellos que resultaban más idóneos para la investigación atendiendo a criterios tales como: a) la especificidad o generalidad de los aspectos y sintomatología que evalúan, b) facilidad de administración del cuestionario, c) tiempo de administración del cuestionario, d) adecuación a las edades de los informantes, e) método de corrección de los cuestionarios y de evaluación de los resultados. Los instrumentos seleccionados se expusieron y discutieron en una reunión con el equipo de investigación, en la que di a conocer el tipo de información que nos permitía recopilar cada uno de los instrumentos, los ámbitos temáticos sobre los que nos aportaban información, los objetivos concretos de la investigación sobre los que nos nutrían dichos datos, así como las potencialidades y limitaciones de cada uno de los instrumentos. Finalmente se escogieron los siguientes:

---

<sup>31</sup> El término Docimoteca procede del término griego “dokimázo” que significa “ensayar”. La Docimoteca reúne los principales instrumentos de evaluación e intervención psicológica, psicoeducativa y logopédica, incluyendo baterías de evaluación informatizadas, sistemas de corrección de tests y redacción de informes de evaluación. (Definición extraída de la web de la Universitat de Valencia, consultada el 19/04/2017: <http://www.uv.es/uvweb/grado-logopedia/es/facultad/servicios-espacios/docimoteca-laboratorios-docentes-1285934736568.html>)

<sup>32</sup> <http://www.urv.cat/ca/vida-campus/serveis/crai/on-podeu-cercar/docimoteca/> consultada el 19/04/2017

<sup>33</sup> <http://www.uji.es/serveis/cd/bib/serveis/docimoteca/> consultada el 19/04/2017

### **6.2.1. Inventario de depresión BDI-II (Beck Depression Inventory- II).**

El objetivo principal de emplear esta herramienta fue poder conocer si en el momento de la entrevista los informantes presentaban síntomas de depresión. Este instrumento, tal y como defienden Sanz, Perdigón y Vázquez, ha sido ampliamente utilizado para medir sintomatología depresiva en pacientes con trastornos psicológicos y en población normal, llegando a ser el instrumento más utilizado para evaluar la depresión en la práctica clínica y en investigación (Beck et al., 1988; Piotrowski, 1996; Muñiz y Fernández-Hermida, 2000; Sanz et al., 2003) tanto en su versión original (Beck et al., 1961) como en la versión validada para el contexto español (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003); la cual empleamos para la presente investigación.

Es una escala que consta de 21 grupos de frases, y el tiempo de administración va de los 5 a los 10 minutos. Fue hetero-administrada. Su corrección y evaluación son fáciles y rápidas, estableciendo una clasificación de depresión leve, media, moderada y severa según la presencia de una serie de síntomas (Beck et al., 1996). El inventario se encuentra disponible en el Anexo 1: BDI-II.

### **6.2.2. Screening de la GHQ (Goldberg Health Questionary) para depresión y ansiedad:**

Goldberg creó esta escala en 1988 con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje, por lo que está diseñada para detectar “probables casos” y no para diagnosticarlos (Goldberg et al., 1988). Es un instrumento ampliamente utilizado en los estudios poblacionales y ha sido validado en contexto español por Montón y su equipo (1993) bajo el nombre “Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg” (Montón et al., 1993).

El *screening* consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, compuestas por nueve ítems de respuesta dicotómica cada una; fue hetero-administrado, y el tiempo aproximado para responderlo fue de 3-4 minutos. Da una puntuación independiente para cada escala, y tanto su corrección como su evaluación son fáciles y rápidas (Rocha et al., 2011). El cuestionario se encuentra disponible en el Anexo 3: GHQ.

### **6.2.3. Entrevista Manheim de Soporte Social (Manheim Interview on Social Support-MISS).**

Se trata de una “entrevista estructurada diseñada para obtener información completa y detallada sobre la disponibilidad y distribución de diversos recursos específicos de apoyo en la red social de un individuo, su tamaño y composición y sobre la satisfacción del individuo con los recursos de apoyo disponibles” (Veiel, 1990: 251). Gracias a su estructura permite diferenciar sistemáticamente: a) apoyo cotidiano y en crisis, b) apoyo psicológico-emocional y material-instrumental, c) personas proveedoras de apoyo, d) diversos focos de evaluación teniendo en cuenta aspectos descriptivos (frecuencia de contacto, tamaño de la red, etc.) y aspectos evaluativos (satisfacción con el apoyo disponible, importancia y satisfacción con la relación) (Vázquez y García-Boveda, 1997:209). Permitiendo en última instancia, a partir de la combinación de las dos distinciones básicas de las funciones de apoyo (psicológico vs. instrumental, diario vs. crisis), recopilar y evaluar la información en base a cuatro categorías generales de apoyo: 1. Apoyo Diario Psicológico (PES) 2. Apoyo Diario Instrumental (IES) 3. Soporte de Crisis Psicológica (PCS) 4. Soporte Instrumental de Crisis (ICS); añadiendo además una pregunta final sobre relaciones conflictivas.

En este estudio se utilizó la versión validada para el contexto español por Vázquez y García-Boveda (1997). La entrevista fue hetero-administrada, y el tiempo de respuesta osciló entre 30 y 50 minutos.

La entrevista combina preguntas de respuesta cerrada tipo Likert con preguntas de respuesta abiertas en las que se recoge información sobre las personas que forman parte de la red de apoyo de la persona entrevistada. Las respuestas tipo Likert se respondieron en el mismo cuestionario. Para las respuestas sobre los miembros integrantes de la red de apoyo social y sus particularidades y especificidades creé dos tablas *ex profeso* que facilitaron tanto la recogida de los datos (Anexo 2.2.: Tabla respuesta MISS) como su posterior sistematización (Anexo 2.3.: Tabla sistematización datos MISS). La entrevista está disponible en el Anexo 2: MISS.

#### **6.2.4. Cuestionario sobre consumo de sustancias psicoactivas.**

Finalmente se aplicó un cuestionario sobre consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, el cual elaboré yo misma *ex profeso* replicando y ampliando con nuevas variables las preguntas realizadas en las diferentes oleadas previas del Panel de Familias e Infancia. Este cuestionario consta de 43 preguntas y dispone de una sección cuantitativa y otra cualitativa.

Fue el único instrumento auto-administrado. La razón por la cual se decidió que este material fuese auto-administrado radica en el hecho de que así se posibilitaba salvaguardar en mayor medida la privacidad de los adolescentes. Las entrevistas tenían lugar mayoritariamente en los domicilios de los informantes, y en ocasiones sus familiares se encontraban en la casa, por lo que el hecho de poder recopilar esta información de forma auto-administrada (en silencio) contribuyó a que los adolescentes se encontraran más cómodos al dar esta información, minimizando así además las posibilidades de falseamiento de respuestas que podría producirse ante la posible escucha de los familiares. El cuestionario está disponible en el Anexo 4: Cuestionario Consumo de Sustancias.

### 6.3. Grupos Focales

Se realizaron tres grupos focales con adolescentes y jóvenes, un grupo focal con profesionales de la salud mental, y un grupo mixto de discusión compuesto tanto por jóvenes como por profesionales. La explicación detallada de la composición y especificidades de estos grupos se da en el apartado “Diseño de la investigación y participantes”.

Se elaboró una guía de preguntas con el propósito de tener una base orientativa a partir de la cual triangular y valorar la información cualitativa resultado de la investigación. La guía se estructura en tres partes diferenciadas. La primera parte se inicia con la misma viñeta que se empleó en la entrevista cualitativa, formulando a partir de esta situación preguntas en torno a las nosologías legas de malestar, las posibles causas que originan el malestar, las repercusiones que tiene el malestar en la vida de los/as jóvenes, el papel que juega el género en el padecimiento de malestares emocionales, y las estrategias de autoatención que emplean para hacerle frente. En la segunda parte se plantean dos posibles continuaciones a la viñeta inicial, en el primer caso se explica que Maria (la joven protagonista de la historia) tras comentar su malestar con amigas/os y familiares decide ir a un profesional de la salud; en el segundo caso se expone un relato referente a Joan (el joven protagonista de la viñeta anterior) en el que se explica que Joan, al contrario que Maria, decide finalmente no acudir a un profesional. A partir de estos dos casos hipotéticos se formulan preguntas encaminadas a profundizar sobre la percepción que tienen tanto los/as jóvenes como sus familias y amigos/as sobre los profesionales sanitarios. Por último, en el tercer bloque, se les retornan a los participantes las razones que han aportado hasta el momento como posibles causas de “evitación” de los servicios profesionales, y se les pregunta sobre aspectos relacionados tanto con los profesionales de la salud mental como sobre los servicios especializados en sí mismos; alentándoles a que formulen recomendaciones sobre aspectos de mejora. A continuación se expone en detalle la guía de preguntas elaborada *ex profeso* (Cuadro 2: Guión Grupo Focal Adolescentes).

## **Cuadro 2: GUIÓN GRUPO FOCAL ADOLESCENTES.**

### **1ª PARTE:**

María/Juan tiene 17 años y las dos pasadas semanas se ha sentido mal. Se siente triste y vacío/a, y a veces esta irritable. Le cuesta mucho concentrarse. Ya no siente placer por las cosas que siempre le han gustado y no tiene ganas de comer. Le cuesta mucho dormir por la noche y pasa el día sin energía para hacer las actividades que siempre había hecho.

¿Qué le pasa a María según vuestro punto de vista?

¿Qué nombres le dais a eso que le pasa?

¿Cuáles creéis que podrían ser las causas del malestar de María/Joan?

¿Creéis que este malestar le influye de alguna manera en su día a día, en la cotidianeidad?

¿De qué maneras creéis que le influye?

¿Creéis que hay diferencias entre chicos/as a la hora de mostrar el malestar?

¿Qué creéis que podría hacer María/Joan para encontrarse mejor?

¿Creéis que chicos y chicas tienen estrategias diferentes a la hora de afrontar el malestar emocional?

¿Cuáles? ¿Por qué?

**2ª PARTE:** Hemos dicho que María se encuentra triste y vacía, que ya no siente placer por las cosas que siempre le han gustado, que se pasa el día sin energía, etc. Después de estar un tiempo sintiéndose así de mal decide hablarlo y explicarle lo que le pasa a sus padres y a sus amigos/as para que le aconsejen que hacer. Finalmente decide ir a un profesional de la salud.

¿Creéis que ha tomado una buena decisión? ¿Por qué (si o no)?

¿A qué profesional creéis que ha ido? ¿Por qué?

¿Le recomendaríais vosotros/as que fuese a algún otro profesional? ¿A cuál? ¿Por qué?

Joan, en cambio, a pesar de encontrarse igual de mal que María, después de hablar con sus padres y amigos/as, finalmente decide no ir a ningún profesional de la salud.

¿Creéis que ha tomado una buena decisión? ¿Por qué?



¿Por qué creéis que no quiere ir?

¿Qué creéis que podría hacer para sentirse mejor?

¿Qué opinión creéis que tiene Joan de los profesionales de la salud?

¿Qué creéis que le ha recomendado la familia de Joan que haga?

¿Qué opinión creéis que tiene la familia de Joan de los profesionales de la salud?

¿Qué creéis que le han recomendado sus amigos/as que haga?

¿Qué opinión creéis que tienen los/as amigos/as de Joan sobre los profesionales de la salud?

¿Y si en lugar de ser Joan quien no quiere ir a un profesional fuese María?

### **3ª PARTE:**

Bien, tal y como habéis comentado antes, algunos de los motivos por los que María y Joan no irían a los servicios de salud a pedir ayuda serían .....

.....

Así pues, ¿creéis que hay alguna característica de los profesionales o de los servicios de salud que hagan que hay gente que opte por no acudir a ellos para pedir ayuda?

En lo que respecta al resto de profesionales de la salud, tales como:

-Psicólogo/a -Psiquiatra -Psicopedagogo/a -Médico de cabecera -Enfermero/a

-Trabajador/a social -Otros...

¿Creéis que hay alguna características que haga que haya gente que no quiera recurrir a ellos/as?

¿Cuáles?

Entonces, en base a todo lo que nos habéis comentado:

¿Cómo creéis que deberían ser/actuar los profesionales de la salud para facilitar que la gente acudiese a ellos/as?

¿Creéis que hay diferencia si se trata de profesionales de la salud pertenecientes al ámbito privado o al ámbito público? ¿Por qué? ¿Qué diferencias hay?

¿Cómo podrían suplirse esos inconvenientes que comentáis?

Hasta ahora hemos hablado de diferentes tipos de profesionales de la salud, pero estos profesionales los podemos encontrar en diferentes servicios y dispositivos, tanto públicos como privados.

¿Qué opináis sobre los dispositivos existentes?

¿Cómo creéis que podrían mejorar?

¿Creéis que hay diferencia si estos son públicos o privados?

¿En qué se diferencian? ¿Por qué?

¿Cómo creéis que deberían ser estos servicios y dispositivos para facilitar el acceso de la gente de vuestra edad?

¿Qué les recomendaríais vosotros/as tanto a los profesionales como a los servicios para que la gente joven no evitara ir cuando consideran que lo necesitan pero no quieren?

Tal y como se ha explicado anteriormente en las fases de investigación, una vez finalizados los grupos focales con adolescentes y jóvenes, se realizó un grupo focal con profesionales de la salud mental pertenecientes a distintos ámbitos (trabajo social, enfermería, psiquiatría, psicología). Se analizó la información recopilada en los grupos focales adolescentes, y se realizó un breve resumen con los puntos clave, el cual se les expuso a los profesionales en el transcurso del grupo focal para poder así darles a conocer escuetamente algunos de los puntos que conforman los modelos explicativos que manejan los jóvenes, y fomentar el debate sobre aspectos clave de la investigación. En vistas a tener una guía orientativa sobre las temáticas cruciales a abordar se formuló un guión breve y conciso en el que se formularon preguntas en torno a la etapa de la adolescencia y la visión y percepción que los profesionales manejan sobre ella, el papel que juega el género según su punto de vista, las posibles disonancias y convergencias respecto a los modelos explicativos del malestar defendidos por legos y expertos, las expectativas (de diferente índole) con las que suelen llegar los jóvenes a sus servicios, así como diversos aspectos sobre los propios servicios en los que ellos/as trabajan y las redes relacionales y de coordinación entre los dispositivos de atención existentes. A continuación se muestra el guión orientativo mencionado.

### **Cuadro 3: GUIÓN GRUPO FOCAL PROFESIONALES.**

¿Por qué pensáis que los adolescentes evitan los servicios profesionales?

(Darles a conocer la imagen que los adolescentes tienen de los profesionales).

¿Qué significa la adolescencia (como barrera, independencia y distanciamiento del mundo adulto).

Diferencias de género: a) en el acceso a los servicios, b) en las causas de evitación, c) etc.

Disonancia en los modelos explicativos legos y expertos. Explicación social de las causas de malestar.

¿Con qué expectativas llegan los/as adolescentes a los servicios profesionales?

-Tratamiento -Tiempos -Fármacos

Organización de los servicios

Barreras

Recomendaciones

## 7. Datos y análisis

Llegados a este punto es preciso recordar que nos hallamos ante una tesis doctoral por compendio de publicaciones, por lo que el lector podrá encontrar en cada una de las publicaciones que configuran el bloque de resultados una explicación detallada y concreta de cuáles han sido específicamente los datos empleados y los análisis realizados en cada una de ellas, atendiendo en todo momento a los objetivos específicos de investigación abordados en las mismas. Así pues para no ser reiterativos dedicaremos este apartado a ofrecer una exposición general sobre los datos y análisis empleados a lo largo del proceso investigativo.

Los datos cuantitativos se analizaron con el software SPSS 20. La información fue codificada e introducida en una base de datos para fusionarse a continuación con la base de datos original del PFI, la cual contenía 2416 variables de las consultas precedentes para los 105 sujetos de análisis, integrando de este modo en una única base de datos los resultados cuantitativos obtenidos a lo largo con las cinco oleadas. Inicialmente se realizó un análisis de consistencia para crear posteriormente nuevas variables que recogieran información tanto de nuestra oleada (la quinta) como de las cuatro anteriores. Al contar con una muestra limitada, se optó por la creación de variables dicotómicas que permitieran realizar el análisis manteniendo un número de sujetos mínimo en cada categoría. Se llevó a cabo estadística descriptiva y bivariada, cálculo de *odds ratio*, intervalos de confianza y significancia estadística. Finalmente se elaboró un análisis exhaustivo de las principales variables para escoger posteriormente las relaciones estadísticamente más significativas. Los datos cuantitativos se obtuvieron tanto a partir de la base de datos inicial del PFI, como de los test y cuestionarios administrados a los informantes durante la quinta oleada; disponiendo por tanto en la última oleada de información extra referente al consumo de sustancias psicoactivas, evaluaciones psicológicas, e información sobre las redes sociales y de apoyo auto-percibidas por los participantes de la investigación.

En cuanto a los datos cualitativos, tras la transcripción de las entrevistas y de los grupos focales y de discusión, se elaboró una base de datos cualitativa en la que se integraron conjuntamente tanto las citadas transcripciones como los test y cuestionarios administrados una vez evaluados, lo cual nos permitió organizar la información y realizar

una primera clasificación de los datos atendiendo a la naturaleza de los mismos. Posteriormente se llevó a cabo un análisis temático inicial para identificar los contenidos principales de los datos obtenidos mediante la discusión de las observaciones. Seguidamente se organizó una estructura de codificación de acuerdo con los principios de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967), el modelo hermenéutico y el método etnográfico, incluyendo el descubrimiento de tipologías nativas o *emic*. Posteriormente se revisaron todas las transcripciones y se aplicaron los códigos incluyendo la identificación y análisis de las excepciones, así como la reflexividad y la revisión entre pares<sup>34</sup>. Los datos cualitativos fueron gestionados con el software ATLAS.ti 6.2.27 (Computer software, 1993-2013).

Adicionalmente se utilizaron técnicas de análisis de dominios culturales con el objetivo de corroborar las tipologías resultantes del análisis cualitativo. Para ello se transformaron algunos datos cualitativos en matrices binarias tipo informante/evento y posteriormente se realizó análisis estadístico básico, análisis de correspondencia y análisis factorial. También se utilizaron modelos de *cluster* y de escalado multidimensional para crear mapas de dominios culturales. Los datos de dominios culturales fueron analizados con UCINET 6.454 (Borgatti et al., 2002).

Con la finalidad de superar el modelo de fragmentación de variables se llevó a cabo, en la medida de lo posible, una integración de los datos cualitativos y cuantitativos mediante una perspectiva relacional, tal y como se puede apreciar en las publicaciones incluidas en el bloque de resultados. La integración de los diferentes tipos de datos se realizó desde una matriz de índole más cualitativa lo cual permitió que no se desdibujara la relevancia de algunos datos cuantitativos que ponían en evidencia asociaciones entre variables. Uno de los mayores retos metodológicos acometidos durante el desarrollo de la presente investigación fue articular las metodologías cualitativas y cuantitativas en base a los objetivos planteados para lograr la mayor calidad y riqueza posible en los resultados y análisis. Tras lo cual emergió el reto analítico consistente en “dar sentido” a una amplia diversidad de datos con formato muy diverso pero que permitían avanzar en la

---

<sup>34</sup> El análisis de las narrativas de malestar desde una perspectiva hermenéutica, tal y como reivindica Masana, “es una tarea laboriosa que va más allá de codificar fragmentos de texto e identificar categorías de análisis para que un programa de tratamiento de datos cualitativos nos extraiga resúmenes y reportes” (Masana, 2013b:254) pues requiere que el investigador se cuestione y reflexione sobre los motivos por los que la persona nos narra dicha experiencia y el modo en que lo hace, pues estos aspectos aportan información relevante que también ha de ser tenida en cuenta.

comprensión de un fenómeno complejo como es el proceso de autoatención de los malestares emocionales de los adolescentes y jóvenes catalanes a partir de la comprensión de sus modelos explicativos.

## **8. Ventajas de emplear metodologías mixtas cuantitativas y cualitativas:**

A continuación se expone de forma breve y concisa las principales ventajas que ha proporcionado el uso de metodología mixta (combinando métodos cuantitativos y cualitativos) a lo largo del proceso de investigación; organizándola en base a las distintas fases de la investigación.

Pese a que la Fase 0 del proyecto “Los malestares adolescentes” no forma en sí misma parte integrante de esta tesis, los datos en ella recopilados y analizados sí que son parte de la investigación, motivo por el cual se le hace mención. Así pues la Fase 0, en la que se realizó el análisis de datos del PFI, proporcionó: a) una gran cantidad de datos sobre aspectos sociales, económicos, educacionales, familiares y relacionales tanto de los informantes como de sus familias; b) una base de datos longitudinal que muestra los cambios y la evolución que ha tenido lugar en el periodo de cuatro años en los que se realizaron las cuatro oleadas.

En la Fase 1 de la investigación, en la que se combinó metodología cuantitativa y cualitativa mediante la implementación de entrevistas semiestructuradas y test y cuestionarios cuantitativos, las potencialidades fueron: a) disponer de una sub-muestra de 105 informantes, lo cual es una muestra considerablemente amplia para un estudio cualitativo; b) recopilar datos por medio de los cuales actualizamos, ampliamos y completamos la base de datos cuantitativa, y creamos una quinta oleada ampliando así la temporalidad y el alcance del estudio longitudinal; c) construir una base de datos cualitativa; d) identificar la singularidad oculta en la regularidad; e) aportar subjetividad a los datos “objetivos” (cara, voz, emoción) como por ejemplo en lo referente a las estrategias de afrontamiento, preocupaciones y redes de apoyo, y a la autopercepción y experiencia del malestar depresivo / ansioso; f) solventar los problemas emergidos durante el análisis cuantitativo previo.

Por último durante la Fase 3 en la que se realizaron los grupos focales y de discusión las ventajas que aportó la metodología mixta fueron: a) poder triangular los datos y verificar así su validez; b) indagar en profundidad sobre los problemas aparecidos en el análisis de los datos cualitativos-cuantitativos; c) incluir las percepciones y saberes de los profesionales de la salud mental dedicados a trabajar con población juvenil; d) integrar conjuntamente las miradas tanto de los jóvenes como de los profesionales participantes; e) implementar el trabajo participativo y colaborativo a partir del cual se integran los puntos de vista de ambos actores principales, y el consecuente enriquecimiento de la información; f) implicación e involucración de los informantes en el proceso de investigación de un modo más proactivo; g) mejores posibilidades de generar cambios.



## 9. ¿Por qué hablar de malestares emocionales en lugar de depresión/ansiedad o trastornos mentales?

Los conceptos de “normal” y “patológico” resultan esenciales para configurar y estructurar el pensamiento y la actividad del profesional de la salud, pues sin ellos la aprehensión y comprensión de tal realidad resulta incomprendible (Canguilhem, 1965). Dentro del ámbito de “lo patológico” emergen los conceptos de “ansiedad”, “depresión” y “trastornos mentales” los cuales están ligados a una perspectiva clínica. Dicha perspectiva considera, en base a la citada polaridad conceptual, ciertos sucesos vitales y modos de ser y/o estar en el mundo como problemáticos, dotándolos de etiquetas diagnósticas que les señalan y definen como enfermos. La asunción de estas etiquetas aleja a las personas del ámbito de la normalidad y las aproxima al polo de lo patológico. Desde la psiquiatría biomédica “las categorías son entendidas como unidades reales y universalmente válidas” (Martínez-Hernández, 2000:267) basadas principalmente en el criterio de fiabilidad diagnóstica. La fiabilidad lo único que demuestra “es que el grupo de profesionales que han de emitir juicios clínicos es lo suficientemente homogéneo como para estar de acuerdo en ciertas presunciones” (Martínez-Hernández, 2000:255) lo cual conlleva a que las categorías diagnósticas defendidas por la mayoría sean las más fiables<sup>35</sup>. Pero esta supuesta “universalidad” (fruto de las opiniones defendidas por esa mayoría) no se basa en el análisis de criterios de validez epidemiológica, sino tan sólo de su fiabilidad, puesto que el análisis de la validez se ha dejado de lado debido a las dificultades que presenta<sup>36</sup>. Determinar la potencialidad de una categoría para definir aquello que tiene que definir resulta harto complicado, pues tal y como Faust y Miner exponen “no existe ninguna base empírica que permita afirmar que un sistema acordado por la mayoría tiene mayor validez científica que otro” (Faust y Miner; 1986:963). Este estudio, en cambio, adopta una perspectiva distinta a la de la psiquiatría biomédica. Considera que una categoría

---

<sup>35</sup> Tal y como nos expone Martínez-Hernández la “validez” es definida en los manuales epidemiológicos como: “el grado en el que los resultados de una medición corresponden con el verdadero estado de los fenómenos que se están midiendo”; siendo la “fiabilidad” definida como: “el grado en el cual las mediciones repetidas de un fenómeno relativamente estable caen cerca unas de otras”. (Martínez-Hernández, 2000).

<sup>36</sup> Para más información ver: Spitzer, R.(1983)«Introducción». En: American Psychiatric Association (Eds). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona. Pp.3-15.

diagnóstica es “una construcción social más o menos arbitraria, que se caracteriza por su inscripción en un contexto cultural e histórico determinado, que es el resultado de formas históricas de tratamiento” (Martínez-Hernández, 2000:267).

La pretensión es dejar de lado las categorías diagnósticas, pensadas para clasificar pacientes siguiendo la orientación biomédica en psiquiatría (o neokraepelinismo), y junto a ellas a su tendencia característica de poner el énfasis en la clasificación (Martínez-Hernández, 2000) por medio de las categorías clínicas recopiladas en manuales *ex profeso*. Y situarse, en contrapunto, en el ámbito de lo cotidiano, en el que las angustias vitales y los malestares emocionales no portan imprescindiblemente diagnósticos clínicos, sino relatos de vida y narrativas de malestar. El proceso salud/enfermedad/atención<sup>37</sup> se entiende como un continuum en el que la salud y la enfermedad no son dos opuestos cualitativos, sino que entre ambas existe una continuidad (Canguilhem, 1978)<sup>38</sup> en la cual co-existen variedad de matices y posibilidades experienciales. Ésta visión de la salud/enfermedad/atención como un continuum pone el énfasis en la importancia del proceso. Son los factores sociales y culturales que inciden en el desarrollo y mantenimiento de los padecimientos emocionales los que captan nuestro interés. El foco se centra en la persona y en la gestión que ésta hace de sus desasosiegos, inmersa en su contexto social y cultural cotidiano. Es su recorrido vital y su modo de percibir y gestionar el malestar el que guía en el abordaje de esta temática de investigación, entrando en el ámbito de lo patológico y de las nosologías clínicas normativas sólo cuando ella misma así lo refiera. Se aboga así por el rescate de los saberes subalternos, los cuales quedan silenciados bajo la hegemonía del Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 1990)<sup>39</sup> y su saber dominante, la biomedicina<sup>40</sup>. Desplazar

---

<sup>37</sup> En el apartado “Representaciones sociales y Modelos explicativos legos de malestar” se expone el concepto de forma más detallada en una nota a pie de página.

<sup>38</sup> Debiendo además tener en cuenta, tal y como propone Canguilhem, que lo normal y lo patológico han de ser entendidos considerando las particularidades de los contextos sociales y de los distintos roles que las personas juegan en ellos, pues lo que para unos puede considerarse como un grave problema para otros puede ser irrelevante. Valga como ejemplo el caso de la hipotensión para un piloto de aviones o para un monje budista: mientras que para el primero supondría un problema de máxima gravedad que podría hacerle perder su trabajo, para el segundo no tendría relevancia.

<sup>39</sup> El Modelo Médico Hegemónico es definido por el Dr. Eduardo Menéndez como el “conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual, desde fines de siglo XVIII, ha logrado identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”(Menéndez, 1990: 83).

<sup>40</sup> Para saber más sobre relaciones de Hegemonía/Subalternidad y el Modelo Médico Hegemónico ver: Menéndez, E. 1981, 1983, 1984, 1990, 1994, 2003.

el foco hacia la subalternidad permite observar el fenómeno desde otro prisma; aporta una perspectiva distinta que observa, atiende y analiza la realidad desde los “ojos de los otros”, esos “otros” cotidianos, singulares y variopintos que en lugar de hablar desde la objetividad normativa hegemónica lo hacen desde la subjetividad propia, experiencial y cotidiana. No se trata de una voz dogmática y omnipotente, sino de una voz inclusiva, heterogénea, conformada por las particularidades de los individuos y de sus propias experiencias y narrativas encarnadas.

Abordar esta temática de investigación denominándola “malestares emocionales” es una declaración de intenciones y de principios, un posicionamiento teórico, metodológico y práctico, que me permite “desarticular, mediante el empleo de esta categoría, el dualismo salud-enfermedad” (Carceller-Maicas, 2013a:299). El empleo del concepto “malestar emocional” da una definición, a nuestro modo de ver, más acertada al fenómeno de estudio, pues con ella se hace referencia a los sufrimientos psíquicos y emocionales emergentes de la condición de ser mujer/hombre (Burin y Velázquez, 1990), “los cuales no implican necesariamente la posesión ni consecución de un diagnóstico psiquiátrico de depresión” (Carceller-Maicas, 2013a:299).

La palabra “mal\_estar” en sí misma hace referencia a la sensación de incomodidad por estar mal física o anímicamente<sup>41</sup>; desazón, incomodidad indefinible<sup>42</sup>; un estado variable, no definitivo, sino pasajero; Según el diccionario etimológico *estar* significa: existir o encontrarse en un lugar, viene del latín *stare* = “estar parado”<sup>43</sup>; por lo que “malestar” se referiría a “estar parado en un mal lugar o de un mal modo”. Este concepto hace referencia al carácter temporal, no definitivo, y por tanto variable, modificable y cambiante de un mal, de algo que produce desazón en la persona; y está alejado por completo de la noción estática característica del diagnóstico patológico psiquiátrico, la cual perdura de por vida e incluso deviene en ocasiones crónica. El diagnóstico patológico psiquiátrico sería así más próximo a la noción de *ser* que a la de *estar*, tal y como expone el diccionario etimológico el verbo *ser* es una fusión de dos verbos latinos *esse* (ser) y *sedere* (estar sentado)<sup>44</sup>, connota pues

---

<sup>41</sup> <http://etimologias.dechile.net/?malestar>

<sup>42</sup> RAE: <http://lema.rae.es/drae/?val=malestar>

<sup>43</sup> <http://etimologias.dechile.net/?estar>

<sup>44</sup> <http://etimologias.dechile.net/?ser>

una situación de inmovilidad y perdurabilidad, empleándose para expresar situaciones esenciales que aluden a la mera existencia.

El malestar emocional, en cambio, es un estado temporal circunstancial ligado al mundo afectivo, que compila un numeroso y variado abanico de “padeceres” los cuales pueden estar relacionados con la enfermedad o con percepciones y sentires cercanos a ésta. La noción de malestar emocional abarca un amplio espectro que engloba desde el más ínfimo y efímero desasosiego, hasta los estados depresivos más longevos; formando todos ellos parte de un contínuum emocional ligado a padecimientos en la salud. El hecho de abarcar este amplio espectro es también una intención metodológica clave en el desarrollo de esta investigación, puesto que al observar desde lo más pequeño a lo más grande permite analizar la evolución de los padecimientos emocionales de más leves y fútiles a más intensos y perdurables.

La cita de Jordina, una informante del grupo diagnóstico, muestra de un modo cercano y en primera persona el continuum de vivencias que se enmarcan dentro del “malestar emocional”. Jordina describe la depresión como: *“un estado más crítico que “estar triste”, más acentuado (...) La depresión es que estás en un estado continuo de tristeza”*; y refiere que ahora mismo ella se siente así: *“Llevo una época que estoy pues bastante... pues, no como ella [alude aquí a la hipotética chica de la viñeta inicial de la entrevista cualitativa], sino peor supongo, y bueno, pues sí, sientes eso, pierdes las ganas de hacer cosas, tienes bajones continuos, y bueno, pero bueno... (...) haré unos 6 meses que estoy así”*. A pesar de que Jordina pertenece al grupo de diagnóstico comenta que es la primera vez que se siente así: *“[antes] podía tener unos días, podía tener un mes malo, pero luego ya volvía a estar bien. Un bajón, tener un bajón, tener días malos, pero tan acentuado, estar mal bastante tiempo, pues no, es la primera vez”*. Citas como esta muestran la multiplicidad de gradientes englobados dentro del malestar emocional, la gravedad otorgada a cada uno de ellos, así como las nosologías legas empleadas para denominarlos y clasificarlos; los cuales se analizan en detalle en los apartados correspondientes de la presente tesis que siguen a continuación.

# **Bloque III: Resultados**



# **Publicación 1: Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study.**

Martínez-Hernández, A., DiGiacomo, S.M., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M., y Martorell-Poveda, M.A. (2014). “Non-professional-help-seeking among Young people with depression: a qualitative study”. *BMC Psychiatry*, 14:124.





RESEARCH ARTICLE

Open Access

# Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study

Angel Martínez-Hernández<sup>1,2\*</sup>, Susan M DiGiacomo<sup>1,2,3†</sup>, Natàlia Carceller-Maicas<sup>1,2†</sup>, Martín Correa-Urquiza<sup>1,4†</sup> and María Antonia Martorell-Poveda<sup>1,4†</sup>

## Abstract

**Background:** Adolescents and young adults often suffer from depression, but tend to avoid seeking professional help. The aim of this study was to explore the reasons for non-professional-help-seeking in a sample of young adults resident in Catalonia with depressive symptoms through a qualitative study. In addition, the subjects were invited to offer their recommendations for making mental health care services more accessible.

**Methods:** We recruited 105 young persons (17–21 years of age) who had participated in a national survey on adolescents. The sample was divided into thirds, with 37 who had a previous diagnosis of depression, 33 who had self-perceived emotional distress, and 35 controls. The participants were interviewed in depth about their reasons for avoiding professional mental health care services, and the interview results were analyzed using both qualitative and cultural domain techniques and corroborated through comparison with the results of three focus groups.

**Results:** Participants' reasons for avoidance varied both by gender and according to prior experience with health services. Male study participants and female controls mainly understood depressive symptoms as normal and therefore not requiring treatment. Female participants with self-perceived distress were more likely to cite problems of access to treatment and fear of speaking to an unknown person about their problems. Females with a diagnosis expressed lack of trust in the benefits of treatment and fear of the social consequences of help-seeking. In their recommendations for best practices, the study participants suggested educational initiatives, as well as changes in the organization of mental health care services.

**Conclusions:** A better understanding of the views of young people and a greater effort to involve them as active participants is important for facilitating help-seeking in this age group, and for adapting mental health care services to adolescent users and their social context.

## Background

Adolescents and young adults often suffer from both clinical and subclinical forms of depression and anxiety [1]. It is estimated that the lifetime prevalence of mood disorders among young people between the ages of 13 and 18 years is 14.3% and 31.9% for anxiety disorders [2]. To this we should add subthreshold depression and anxiety affecting 32% and 29.2% of adolescents respectively [3], and poorly specified and difficult-to-quantify negative mood states and depressive-type emotional

distress [2-4] that may, in some cases, develop into major depression. One well-known study found a higher incidence and prevalence of depression among young people between the ages of 18 and 29 years than in other age groups, and a cumulative prevalence of 25% by age 24 [5]. However, most young people with clinical or sub-clinical depression do not seek professional help [6-9].

Avoidance or under-utilization of health care services is a constant among the adult population with mental health problems as well. A comparative study carried out in six European countries (Belgium, France, Germany, Italy, the Netherlands and Spain) found that among those defined as having a need for mental health care, only 51.7% were using some type of professional health care services, and as little as 25.1% had been seen by a mental health professional in the previous 12 months [10]. Among adolescents

\* Correspondence: [angel.martinez@urv.cat](mailto:angel.martinez@urv.cat)

†Equal contributors

<sup>1</sup>Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili, Avinguda de Catalunya, Tarragona 35 43002, Spain

<sup>2</sup>Department of Anthropology, Philosophy and Social Work, Universitat Rovira i Virgili, Avinguda de Catalunya, Tarragona 35 43002, Spain  
Full list of author information is available at the end of the article

and young adults, the figures are even lower. Several studies have found that in many high-income countries, only 18% to 34% of adolescents with diagnosable depressive disorders or anxiety disorders are treated by mental health care professionals or general practitioners (GPs), even when these services are provided free of charge through a national health care system [6,11].

The literature indicates that in this age group under-utilization or avoidance is associated with a high degree of self-reliance, a negative and distrustful perception of GPs and mental health professionals [6,12], a lesser degree of mental health literacy [11,13], skepticism concerning psychiatric treatment [13], fear of the stigma associated with mental illness, shame [14], difficulty in expressing emotion [15,16], and a preference for seeking alternative forms of help through lay strategies and reliance on one's social network [11,17,18]. Some of these studies point out that reluctance to seek professional help is more frequent among young men [19-21] because in the dominant cultural model of masculinity there is less tolerance for vulnerability, emotional fragility is deemed unacceptable, and use of these resources is perceived as a loss of personal autonomy. Other structural factors contribute to this situation in both sexes as well: limited access to psychiatric services, the generation gap, lack of awareness and information about services, and economic hardship [13], mainly but not only in societies that lack universal health care, as an indirect consequence of social inequalities in health-seeking processes.

A recent review article [11] notes an absence of high-quality research in studies of avoidance of mental health services by young people. Our reading of the literature leads us also to observe that reasons for avoidance tend to be conceptualized, in both qualitative and quantitative studies, as a series of discrete barriers [22] rather than as an integrated complex of factors or help-seeking process [23] linked to social context and previous experience (or lack thereof) with health care services. This fragmented way of approaching barriers to access has limited our knowledge of lay models and the associations between the different obstacles perceived by young people. In addition, most studies are limited to a description of factors that obstruct or facilitate access to health services, without taking into consideration the modifications in mental health care services proposed by young people themselves.

The aim of this study was to explore, through a qualitative research design, the reasons for non-professional-help-seeking in a sample of young adults resident in Catalonia who had participated in a national survey on adolescents. The use of qualitative data analysis techniques together with cultural domain analysis made it possible to find associations between different barriers to access. This in turn allowed us to delineate young people's explanatory

models of emotional distress and map their semantic networks of professional and lay help-seeking corresponding to gender and prior experience of both emotional distress and help-seeking. In addition, we conducted three focus groups to discuss our research results and to involve the participants actively in designing recommendations for improving the accessibility of mental health care services for young people.

## Methods

### Design and sampling

We conducted 105 face-to-face in-depth interviews and three focus groups with adolescents and young adults. The participants were recruited from the Panel of Families and Childhood (Pànel de Famílies i Infància, or PFI), a four-wave longitudinal survey designed and carried out by the Institute of Childhood and Urban Life (Institut d'Infància i Món Urbà) in Barcelona. Initiated in 2006 with adolescents resident in Catalonia who were born between 1990 and 1993, the survey incorporated a new cohort every year until 2009. Information was collected on negative mood states using a self-administered scale of distress in waves 2 and 3, and on diagnoses of depression or anxiety (reported by parents) in waves 1 and 4. It also included information on consumption of psychoactive substances, sociability, and familial and educational variables [24].

The sub-sample was recruited from all over Catalonia, rural areas included, using the Propensity Matching Score technique in order to yield three groups of 50 participants each: one with depression or anxiety diagnosed by a health professional in the first or fourth wave of the PFI, as reported by the parents in response to a direct question; a second group with self-perceived depressive distress in the second and third wave but without a diagnosis of depression or anxiety; and a control group with neither self-perceived distress nor a psychiatric diagnosis. Sample attrition occurred in cases of change of residence, inability to contact the subject, or subjects who declined to be interviewed, and in the end 105 subjects were interviewed (37 with a diagnosis, 33 with self-perceived distress, and 35 controls). The sociodemographic characteristics of the missing subjects were not significantly different from those of the subjects interviewed. The number of cases was sufficient to meet the data saturation point in qualitative research.

The study was approved and monitored by the Spanish Ministry of Science and Innovation, and by the Fundació La Marató de TV3, a Catalan not-for-profit foundation that raises money for biomedical research and funded our project. The study procedures were approved by the ethics committee of the Fundació Congrés Català de Salut Mental, an interdisciplinary entity for the promotion of mental health, and carried out in accordance with the ethical standards established by the Helsinki

Declaration of 1964. Each participant and one adult with parental responsibility provided written informed consent.

### Interviews

The participants' narratives on depression and help-seeking processes were elicited through in-depth interviews. For this interview, we designed an initial sketch in which an imaginary 17-year-old, John or Mary (see Additional file 1: Appendix 1), showed signs of depression according to DSM-IV-TR criteria, but without offering possible reasons or causes. The interviewer did not use the word "depression" or any other diagnostic category. The interviews were carried out in Spanish or in Catalan, depending on the subject's mother tongue. The character in the sketch was always of the same sex as the person interviewed.

After reading the sketch aloud, the interviewer proceeded to the questionnaire, which took approximately an hour and a half to complete. Informants were asked to explain what they thought was happening to John or Mary, and the interview focused progressively on the subject's own experience. The questionnaire included items agreed upon by the research team with the advice of several mental health professionals in psychology, psychiatry, social work and nursing. The questionnaire focused on lay explanatory models [25,26] of depression, lay strategies for confronting adversity, and possible reasons for avoiding professional help. Additional instruments validated in Spain were also used. These included the MISS (Manheim Interview on Social Support) [27] and the BDI-II (Beck Depression Inventory) [28]. The 11 interviewers (including MC, NC and MAM), all of whom were researchers in medical anthropology and/or psychology, participated in two working sessions to unify criteria and coordinate the dynamics of fieldwork and interviews. Interviewing was carried out between March and October 2011 at the convenience of the participants, who were contacted by telephone. Finally, each interviewer wrote up a reflexive evaluation of every interview completed.

### Focus groups

We (AMH, NC, MCU, SMD) conducted three focus groups, each comprising four to eight previously interviewed young adults of both sexes representing all three subgroups (diagnosis, undiagnosed distress, and control). At each session the preliminary results of the interviews were presented in order to facilitate a comparative discussion of the reasons for non-help-seeking and to elicit recommendations for improving the accessibility of mental health services.

### Analysis

Interviews and focus group discussions were audio or video recorded and transcribed verbatim. The data were

managed using ATLAS-Ti 6.5 software [29]. Following an initial analysis to identify the principal themes in the data obtained, we (AMH, NC, MAM and MCU) initiated an independent analysis and subsequently discussed our observations to create a coding framework in accordance with the principles of grounded theory [30] and the ethnographic method, including discovery of emic or native semantic networks. We agreed that the point of saturation had been reached and it was not necessary to include additional cases. Cultural domain analysis techniques using UCINET 6.454 [31] made it possible to identify not only reasons for avoidance of professional services, but clusters or associations between these reasons, by transforming some qualitative data into binary matrices (respondent/cause of non-professional-help-seeking). The results of the analysis were compared with those obtained from the three focus groups.

## Results

### Reasons for non-professional-help-seeking

The sociodemographic characteristics of the participants in each subgroup and the results of the BDI-II questionnaire are shown in Table 1. All of the young people with BDI scores in the severe range were from the subgroup of participants with a diagnosis of depression and/or anxiety.

Of the 105 participants, only 21 (11 with a diagnosis, 7 with undiagnosed distress, and 3 from the control group) were clearly and explicitly inclined to seek professional help for the symptoms of depression. The common characteristic shared by these participants was a positive perception of or experience with mental health professionals. Nevertheless, they always included other resources, such as support from one's social network or reliance on self, as alternatives to professional treatment. In the total sample, reasons for avoiding professional treatment can be summarized in 12 causes shown in Table 2. The most frequently cited reasons were "normalization of the problem", "stigma", "reliance on self", and "no need for professional help". By contrast, the least frequently cited reasons were "lack of accessibility", "impersonal, protocol-driven treatment approach" and "no knowledge of available services". These reasons should be understood as dynamic and interrelated in a semantic network that gives meaning to depressive emotional states and help-seeking. Figure 1 shows the clustering of reasons for avoidance, which fall into three large groups.

1. The first group consists of reasons associated with a condition described by participants as "being normally depressed". In this case, the person's own psychosocial resources (reliance on self and one's social network) are thought to be sufficient to resolve problems of emotional distress.

**Table 1 Socio-demographic characteristics of the sample**

		Participants with diagnosis		Participants with emotional distress		Control participants		Total
<b>Sex</b>	Male	13	39.4%	9	27.3%	11	33.3%	33
	Female	24	33.3%	24	33.3%	24	33.3%	72
	Total	37	35.2%	33	31.4%	35	33.3%	105
<b>Age</b>	17 years	5	33.3%	3	20.0%	7	46.7%	15
	18 years	10	47.6%	6	28.6%	5	23.8%	21
	19 years	12	38.7%	10	32.3%	9	29.0%	31
	20 years	7	25.0%	9	32.1%	12	42.9%	28
	21 years or older	3	30.0%	5	50.0%	2	20.0%	10
	Average	19.3		19.7		19.6		19.5
	Standard deviation	0.877		1.163		1.165		1.075
<b>Family income level</b>	Under 18000 €	6	31.6%	5	26.3%	8	42.1%	19
	18001-36000 €	18	40.9%	13	29.5%	13	29.5%	44
	36001 € or more	9	42.9%	7	33.3%	5	23.8%	21
	Missing data	4	21.1%	7	36.8%	8	42.1%	19
	Under 18000 €	6	31.6%	5	26.3%	8	42.1%	19
<b>Family structure 2010</b>	Single-parent family	11	34.4%	7	21.9%	14	43.8%	32
	Two-parent or reconstituted family	17	30.9%	19	34.5%	19	34.5%	55
	No information	9	50.0%	7	38.9%	2	11.1%	18
<b>BDI score</b>	Minimal	20	27.0%	24	32.4%	30	40.5%	74
	Mild	8	53.3%	4	26.7%	3	20.0%	15
	Moderate	4	36.4%	5	45.5%	2	18.2%	11
	Severe	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
<b>Number of friends at Miss</b>	Average	8.79		8.15		8.76		8.57
	N	34		33		34		101
	Standard deviation	5.432		4.515		3.782		4.590
<b>Number of relatives at Miss</b>	Average	5.15		4.24		4.88		4.76
	N	34		33		34		101
	Standard deviation	2.105		1.640		1.737		1.861

Note: Young people with a diagnosis had a probability (OR) of 3.279 (CI 95%: 1.368 -7.856  $p = 0.008$ ) of having a BDI score in the severe, moderate, or mild range.

- The second group consists of reasons associated with the problematization of emotional distress and possible help-seeking. Here the obstacles to help-seeking lie in the subject (denial) and access to mental health services (not knowing how to access services, fear of speaking to a mental health professional and being diagnosed with a disorder, a user-unfriendly appointment system, inconvenient scheduling, or cost).
- The third group consists of reasons associated with how participants evaluated the consequences, real or imagined, of professional help-seeking. These include social consequences such as stigma and shame, and the kind of treatment the subjects expected to receive from mental health services:

lack of confidence in a positive outcome, and the expectation of a highly standardized, protocol-driven, diagnosis-oriented rather than patient-oriented treatment approach.

What separates the first group from the second has to do with the lay definition of normal and pathological states. The boundary between the second and third groups corresponds to the decision of whether or not to seek professional help. Taken together, the three groups reveal a temporal logic in the form of an itinerary. Initially, young people regard their emotional distress as a normal experience. They rely on their own resources, which include their social networks, and consider professional help unnecessary. When their distress not only

**Table 2 Reasons for avoidance of professional help-seeking by subgroup**

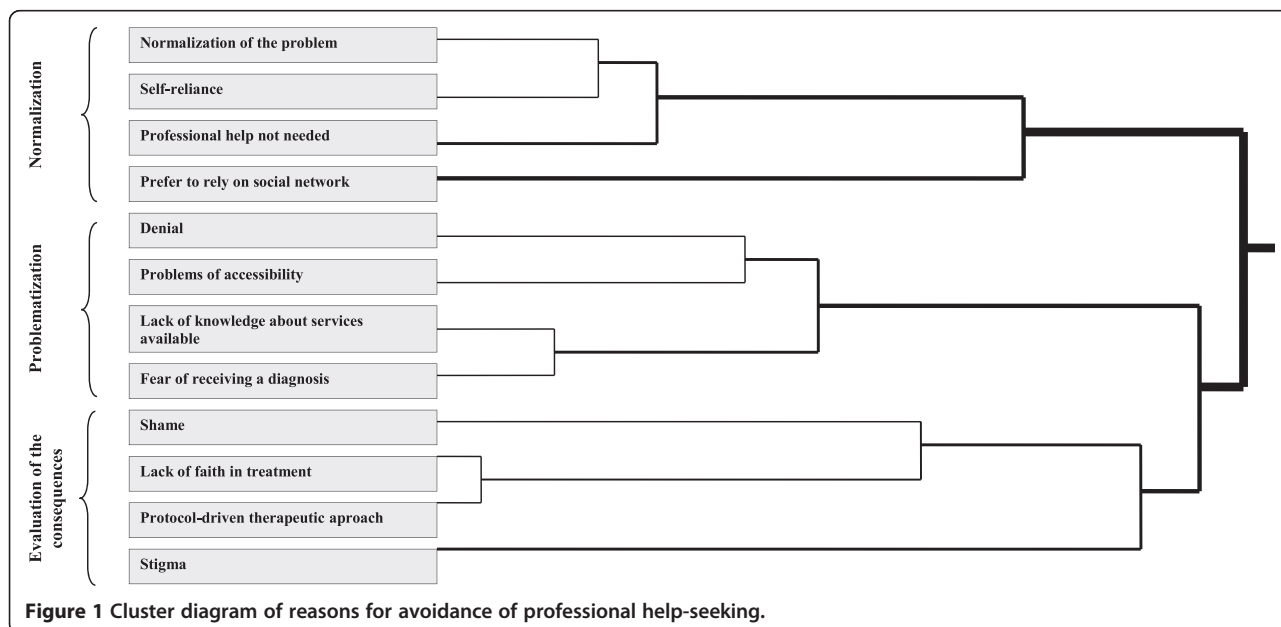
	Female diagnosis		Female distress		Female control		Male diagnosis		Male distress		Male control		Total
Normalization of the problem	4	12.9%	5	16.1%	11	35.5%	5	16.1%	2	6.5%	4	12.9%	31
Stigma	8	28.6%	4	14.3%	7	25.0%	3	10.7%	4	14.3%	2	7.1%	28
Fear of receiving a diagnosis	7	25.9%	8	29.6%	5	18.5%	2	7.4%	3	11.1%	2	7.4%	27
Professional help not needed	2	8.3%	2	8.3%	13	54.2%	2	8.3%	3	12.5%	2	8.3%	24
Self-reliance	4	16.7%	3	12.5%	4	16.7%	5	20.8%	4	16.7%	4	16.7%	24
Prefer to rely on social network	9	42.9%	0	0.0%	7	33.3%	3	14.3%	2	9.5%	0	0.0%	21
Shame	7	41.2%	2	11.8%	4	23.5%	1	5.9%	0	0.0%	3	17.6%	17
Denial	7	50.0%	1	7.1%	2	14.3%	1	7.1%	2	14.3%	1	7.1%	14
Lack of faith in treatment	6	42.9%	3	21.4%	2	14.3%	1	7.1%	1	7.1%	1	7.1%	14
Problems of accessibility	3	37.5%	2	25.0%	1	12.5%	0	0.0%	2	25.0%	0	0.0%	8
Protocol-driven therapeutic approach	3	42.9%	1	14.3%	1	14.3%	0	0.0%	1	14.3%	1	14.3%	7
Lack of knowledge about services available	0	0.0%	2	40.0%	1	20.0%	0	0.0%	2	40.0%	0	0.0%	5

does not go away but becomes worse, they begin to view it as a problem and wonder whether they may have been in denial about its seriousness. At this point they begin to ask themselves what resources they should seek out, whether they would feel able to explain to someone else what is happening to them, and whether this would result in a diagnosis. Then they evaluate the consequences of help-seeking in social terms (shame and stigma) and in terms of whether they would receive care adequate to their needs. This model does not, however, occur in a fixed sequential order, but organizes the experience of young people in a dynamic and recursive way. For example, troubled young persons may foresee stigmatization as a consequence of help-seeking when they become

aware of emotional distress as a problem, and subsequently attempt to normalize their feelings of depression.

**Normalizing emotional distress**

Most of the young people in our sample defined the situation of the character in the sketch as a case of “depression”, but this should not necessarily be taken to mean that they are operating on the mental health professionals’ explanatory model of this concept. Their “depression” is a lay notion that, for the majority of the study participants, is a normal response to adversity that does not require psychotherapeutic or psychopharmacologic treatment. Being “normally depressed” is a consequence of everyday life situations: difficulty at school,



**Figure 1 Cluster diagram of reasons for avoidance of professional help-seeking.**

problems with family or friends, even being in love, and for this reason solutions must be found in the context of everyday life and social relations (see Additional file 1: Appendix 2, point 2.1).

Participants believed that professional help-seeking should be reserved for situations that are more serious than the one described in the sketch. First, one should wait and see if the symptoms go away by themselves and take a proactive approach, going out with friends and participating in cathartic activities: listening to music, dancing, laughing, crying, and other ways of exorcising demons. The perception was that “depression” is more likely to go away when the depressed person faces up to it because he/she controls his/her own experience. On the contrary, help-seeking suggests loss of personal autonomy and control over one’s own life. One’s problems are one’s own, and should be resolved as such, because they are too personal to discuss with anyone else. Taking them to mental health services was seen as weakness of character that compromises their imagined future as independent and autonomous persons (see Additional file 1: Appendix 2, point 2.2).

Social networks, especially the family and one’s circle of friends, can help to mitigate emotional distress or find ways of resolving it, including by evaluating its severity and whether or not professional help is warranted (see Additional file 1: Appendix 2, point 2.3). There is, however, a gender difference: the young men were more likely to seek their friends’ help to “forget about” the problem, while young women wanted to “talk about” their problems.

For our male participants, “forgetting about” their troubles meant going out, having fun, partying. These activities were seen as necessary for taking the edge off emotional distress, not incompatible with “talking about” one’s problems but an activity that precedes it. Often “forgetting about” one’s troubles was a necessary first step that made it possible to “talk about” them later as a lay strategy for confronting emotional distress.

For young women, this strategy tended to work in reverse. Talking about their problems with friends allowed them to problematize and analyze what was wrong through negotiation with an interlocutor and begin to imagine a solution, preferably one their own social world was capable of generating. This was not incompatible with “forgetting about” their problems; they talked about them in order to be able to “forget about” them, inverting the order of their male counterparts’ strategies.

This interpretation is consistent with the observation that while the male participants had recourse to their social networks for normalizing their emotional distress (“forgetting about it”), the female participants tended to understand their social networks as a resource for problematizing it (“talking about it”), and therefore useful for producing awareness of emotional distress.

### **Problematizing emotional distress**

For our informants, their first awareness of the need for help-seeking began with getting beyond denial of the magnitude and severity of their emotional distress. This awareness emerged as a consequence of the duration of the distress or the appearance of unusual behavior, such as unwillingness to leave the house, loss of appetite, or crying for no apparent reason. The severity of the problem and therefore the need for professional help was a matter negotiated within the affected person’s social network of family and friends rather than an independent decision. The awareness of distress was the starting point of a process through which distress was constructed as a problem, which implied crossing the threshold from “normal” depression to pathology (see Additional file 1: Appendix 3, point 3.1). As other studies have also noted [22], among our informants the cutoff point for defining a situation as serious enough to require professional help was not as sharply defined as in the professional explanatory model, and was more likely to include emotional distress in the spectrum of normal responses to difficult life situations.

Denial was an obstacle to help-seeking cited principally by our female study participants with a diagnosis, and recognizing it, according to their narratives, involved “coming out of yourself”, removing the self-imposed blinders that “prevent you from seeing” the problem and “accepting what is happening.” At the same time, they feared the possibility of a diagnosis: “having something”, or that “they [mental health professionals] will find something.” Some informants with a diagnosis of depression told us that they realized that they had a mental health problem when they were unable to identify and explain the reason for their distress, and this made them all the more hesitant to speak with mental health professionals for fear they would be found to be in even worse shape than they suspected.

With self-awareness come the practical questions of how to initiate help-seeking (see Additional file 1: Appendix 3, point 3.2). Our study participants pointed to two obstacles that arose at this juncture: not knowing whom to consult, and problems of accessibility. In the first case, they noted difficulty in distinguishing between a psychiatrist and a psychologist, and how to know which was the better choice. In general, they opted for psychologists because they believed there was less stigma involved than in seeing a psychiatrist. Apart from a few exceptions, most associated psychiatrists only with pharmacologic treatment, which they believed was only necessary for persons suffering from something significantly worse than “normal depression”. Although some informants had difficulty specifying the reasons for their distress, most located both the causes and the solutions of their afflictions in the domain of everyday life and social relationships, not in the brain or the unconscious.

To explain their reluctance to seek professional help, our informants invoked the difficulty involved in getting an appointment to see someone through the public health care system, fear of forgetting the date of the appointment, referral delays, and the tension of waiting (“what are they going to tell me?”). They were unsure of how to go about locating a private therapist and found the cost prohibitive, and these obstacles, along with a certain lack of confidence in the benefits of therapy, contributed to non-help-seeking. Lay strategies re-emerged to take the place of professional help: spending hours alone in their rooms crying or trying to wait it out in the hope that “tomorrow is another day.”

### Evaluation of consequences

The stigma of mental illness was one of the reasons most cited in all three study groups for avoiding professional help. Stigma was understood in relational terms as a distortion of one’s social image and simultaneously as the impact of this distortion on one’s own self-image. In this way it operated on two levels – stigmatization by others (“they’ll think I’m crazy”), and self-stigmatization (“why can’t I get over this by myself?”) – and materialized as fear of rejection by family and friends, in the idea that one’s social prospects and job opportunities would be compromised, and in feelings of shame. Some informants even argued that help-seeking did not solve the problem of emotional distress, and so created not one problem but two: distress plus stigma. In their moral worlds, the stigma of being known as a person in treatment was a more powerful force than the emotional distress that impelled them to seek professional help. They felt vulnerably positioned, not only personally but also socially (“people will talk about you”). Stigma was probably the most universally cited reason across the three subgroups because it defines what is most at stake in the social worlds of young people: the loss of social ties and the possibility of exclusion or marginalization. Shame is a well-known form of social control of individual behavior through internalization of social rules. For the study participants, it was also a mechanism for containing emotional distress within the subjective realm, thereby avoiding the risk of rejection and the stigma associated with expressing distress in public social space, including mental health care services: “these things are so shameful that you can’t even talk about them” (see Additional file 1: Appendix 4, point 4.1).

Fears concerning the real or imagined consequences of mental health service use took the form of two principal reasons for avoidance (see Additional file 1: Appendix 4, point 4.2). The first was mistrust of mental health professionals both in terms of the efficacy of treatment and in terms of patient confidentiality; young people fear that what they say in private to a therapist may be communicated to

their families. The second was a view of therapy as impersonal, protocol-driven and insensitive to the specificity of individual patients’ problems. As the participants saw it, mental health professionals tend to reduce particular and unique problems to standardized diagnoses and treatment approaches. Our participants explained that when they seek professional help for biographical and relational problems and receive a response framed in psychopathological terms they don’t understand, the resulting miscommunication leads to avoidance of mental health services.

### Reasons for avoidance by subgroup

The associations between the reasons described above and the three sample subgroups of young adults are shown in Figure 2:

1. The subgroups of male and female controls and male subjects with a diagnosis were associated with causes such as “normalization of the problem”, “professional help not necessary”, and “reliance on self.”
2. The group of female study participants with a diagnosis was located near “denial” as a reason for avoidance, although it was also close to “lack of trust in mental health professionals” and “impersonal treatment.”
3. Male and female participants with undiagnosed distress were associated with “fear of being diagnosed with a mental health problem”, “no knowledge of available services” and “lack of accessibility.”

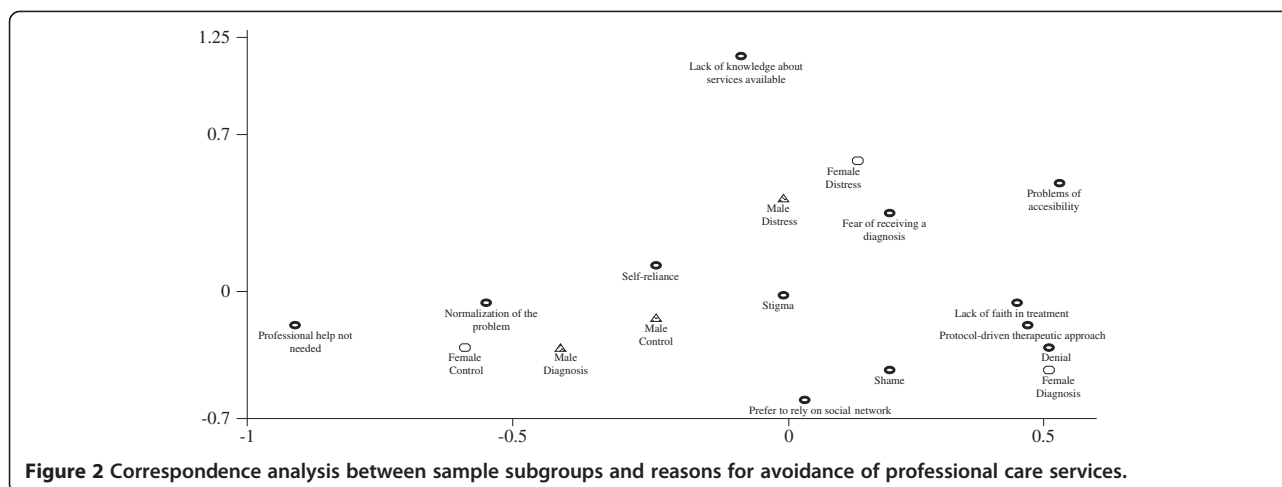
Correspondence analysis reveals that the young women in the sample were located differently in the process of help-seeking or avoidance according to their previous experience with mental distress and mental health services use. The controls were more associated with normalization of emotional distress as a reason for avoidance. Participants with undiagnosed emotional distress were more associated with doubts about how and where to initiate treatment. Young women with a diagnosis were more associated with poor expectations concerning the therapeutic relationship. The young men were more clearly associated with an attitude of self-reliance, whether or not they had a diagnosis.

### Recommendations for improving accessibility

In the focus groups, the participants offered several recommendations for improving the accessibility of mental health care services which can be grouped into two large categories: normalizing help-seeking, and organization of services.

#### Normalizing help-seeking

The participants indicated that a broadly based effort was necessary to eliminate or at least reduce the stigma associated with the use of mental health services in order to



resituate recourse to them as a normal part of daily life. Schools were identified as a privileged space in which to carry out this normalization effort by challenging stereotyped notions about users of mental health services as “crazy” or “weak”. Among other measures, they believed that information on the diversity of users and potential users would help to dispel the notion that there is something strange or bizarre about requesting an appointment with a psychologist or psychiatrist. Educators were identified as people with an especially important role to play in this effort. The informants stressed the need for adolescents and young adults to have an active role in these processes of normalization in order to overcome the generation gap and the communication problems it entails. Their suggestions included workshops held in schools, not as occasional lectures by visiting mental health experts but with meaningful participation by adolescents and young adults, and mass-media exposure of the problems surrounding help-seeking in television series, news reports and advertising in a way that would allow young people themselves to speak openly about their experiences and provide information about talking with mental health professionals, where to find mental health services, and how to get access to them. What all these recommendations have in common is a clear preference for horizontal rather than vertical styles and forms of communication.

#### Organization of mental health care services

Participants considered that in order to make help-seeking easier, the services provided should be less distant, more personalized, and have better continuity at different levels: between pediatricians and GPs, child and adult mental health services, and GPs and mental health professionals. They wanted to see more flexibility and less formality, and more attention to patients’ subjective concerns and less emphasis on diagnosis and protocol-driven

treatment, which they considered to be an obstacle in itself to help-seeking; in sum, they wanted care, not services. Among other initiatives, they proposed that the first visit with a therapist take place at the patient’s home or in a neutral location (for example, while taking a walk) in order to improve accessibility and facilitate good patient-therapist communication. Delays in referral to mental health services can be as long as three months, and they recommended shortening them as much as possible and spacing subsequent visits a week apart rather than two or even four weeks. They noted the need for flexibility in adapting appointment schedules, since public mental health care services generally operate during school hours, and the need to justify their absence makes young patients feel conspicuous and vulnerable to stigma and shame. They recommended that therapists not spend all their time during the appointment taking notes.

#### Discussion

This study explores young people’s reasons for avoiding professional help for depressive emotional states, and offers recommendations generated by the participants themselves for improving the accessibility of mental health services. Young people’s reasons for non-help-seeking are strongly conditioned by gender. The young women in our sample tended to explain their avoidance by reference to prior experience of distress and help-seeking, while the young men tended, independently of previous experience, to treat their perceived distress as a normal part of life. This finding is consistent with a lower propensity on the part of young men to seek professional help because of cultural notions of masculinity that stress self-reliance as a value. As other studies have also demonstrated [13,19-21], psychological symptoms and gender were shown to be more relevant predictors of help-seeking than personality characteristics [32]. Among our informants, a



greater tendency toward avoidance among male participants was associated with a greater preference for “normalization” of symptoms, but also with strategies that delayed awareness and recognition of a problem. In fact, for our male participants, self-control preceded awareness of the problem.

By contrast, the preferred strategy among the young women in our sample was to mobilize their social networks, especially peers, to talk about what was troubling them as a way of bringing the sources of their distress to conscious awareness and problematizing their symptoms. For our female study participants, awareness of the problem preceded self-control.

The results of this study are partially consistent with those reported in a recent systematic review [11] that includes the most important studies carried out in Australia, the United States and the United Kingdom among other countries, and identifies the primary causes for avoiding professional services as stigma, lack of confidentiality and trust, difficulty identifying the symptoms of mental illness, concern about the characteristics of the provider, and reliance on self. In our study, the most frequently cited causes for avoidance were normalization of the problem, stigma, fear of receiving a diagnosis, professional help not needed, and self-reliance. The greater weight of the lay explanatory model of “being normally depressed” (normalization of the problem) in our study can be explained not only by the inclusion of controls, but also by the fact that most studies interpret this tendency toward normalization as a low level of mental health literacy among young people. From our point of view, this interpretation contributes little of relevance to an understanding of lay perspectives because it is medico-centric and does not take into consideration the lifeworld of young people and the meanings they ascribe to their experience. The idea of normalization allows us to get closer to their reality, and taking their perspective into account may be of value to mental health care professionals as they work to create a therapeutic alliance with their patients.

The process of help-seeking involves progressive transfer of subjective psychological problems to the social arena, which may involve a search for lay solutions (friends, social networks, and family), professional solutions, or both. Our data show that the choice of one resource over another does not depend on a decision made by an abstractly conceived rational actor who views access to health services as the solution to his or her problems, but on a process through which emotional distress is negotiated at the subjective level between individuals and their social networks. This is why the reasons for avoidance should not be seen as discrete “barriers”, but processually [33,34] or, more specifically, as a cycle of avoidance [22]. Some authors have indicated that the process begins with awareness of the problem, and

develops subsequently with expression of symptoms and a need for support, availability of sources of help, and finally willingness to seek out and disclose the problem to these sources of help [14]. Our results suggest, however, that awareness of the problem seems to emerge from repeated attempts to normalize its symptoms. This is why our model proposes three phases (normalization of distress, problematization of distress and evaluation of consequences) of help-seeking that are derived from the tacit explanatory model of young people themselves (Figure 1). Its logic is not static but dynamic, since attempts at normalization may be simultaneous with or subsequent to awareness of the problem, especially among male study participants.

### Strengths and limitations

To date we have found no studies comparing the reasons for non-professional-help-seeking by gender and prior experience of emotional distress (diagnosed disorder, self-perceived emotional distress, and controls). Through a detailed qualitative analysis, this study contributes to our understanding of different subtypes of avoidance in a vulnerable population, going beyond a conceptualization of barriers to access as discrete phenomena in isolation from each other. This is also the first systematic study of non-professional-help-seeking among adolescents and young adults with depressive emotional distress to be carried out in Spain in general and in Catalonia in particular. In other European countries with a national health service structured along similar lines, our study furnishes a basis for comparative research.

The most evident limitations of the study have to do with the lack of triangulation with observational data on the use or avoidance of mental health services. A further limitation is the absence of the perspective of mental health professionals, although this article reports on results from the second phase of the study only. In the third phase, we organized focus groups of professionals and one mixed group including both young people and professionals with the purpose of creating a guidebook of best practices and a documentary video [35] to improve the accessibility of mental health services and tailor treatment more closely to the needs of this age group.

### Conclusions

Most severe and recurrent mental health problems appear before the age of 25, and those in the depressive spectrum have significant clinical and social implications that include suicide, poor social adjustment, chronicity, consumption of psychoactive substances, and severe mental disorders in adult life [36]. Preventive strategies are helpful, but neither these nor the organization of mental health services are always well suited to the needs of this population, as recent studies have pointed out [37-39].

This study contributes knowledge that furnishes a basis for policy modifications that would result in mental health services better adapted to young people's needs. For example, our results show that promotion of mental health and strategies for increasing use of professional services among young adults need to be gender-specific, taking into account the dynamic we observed among young men, who first try to "forget about" their distress as a prelude to "talking about" it. It is not by chance that in their recommendations, our male study participants suggested talking with a therapist over coffee or while taking a walk.

The young people who participated in this project offered suggestions for greater accessibility that can and should be taken into consideration. As one of the study participants pointed out, if you are depressed you have not one problem but two: the disorder plus stigma. The normalization of mental health service use can be an antidote to the normalization of depression among young adults, and help to increase mental health literacy. If young people come to see these services as a resource for maintaining mental health and not only as a resource for treating mental disorders, users would be less likely to feel stigmatized, and this in turn would help to remove one of the barriers to access. The same may be said of the need for clinical approaches based on attaching importance to the patient's biographical specificity, and on flexibility, at least in the first encounter between therapist and patient, in order to facilitate the development of a therapeutic alliance.

A final implication of our research is the utility of qualitative approaches in the study of non-help-seeking. To the extent that data collection is carried out dialogically through interviews and permits young people to express their problems and strategies for resolving them freely and in their own words, this encounter generates more than data: it creates social ties. In stimulating reflection by both study participants and researchers, it functions unobtrusively as a form of prevention and as an invitation to young people to engage with mental health care providers and contribute their insights toward improving the accessibility of services.

## Additional file

**Additional file 1: Appendices. Appendix 1:** The qualitative questionnaire. **Appendix 2:** Normalization of the problem. Quotations to support and illustrate the key themes. **Appendix 3:** Problemization. Quotations to support and illustrate the key themes. **Appendix 4:** Evaluating consequences. Quotations to support and illustrate the key themes.

## Competing interests

All the authors declare that they have no competing interests.

## Authors' contributions

AMH conceived and designed the study, analyzed and interpreted the data, and wrote the first drafts of this article. SMD designed the study, analyzed and interpreted the data, and rewrote the final version of this article with AMH. NCM, MCU and MAM participated in data collection, analyzed and interpreted the data, and reviewed the article's intellectual content. All authors read and approved the final manuscript.

## Acknowledgements

This study was funded by the Fundació La Marató de TV3, Grant 090730/31, and by the Spanish Ministry of Science and Innovation, Grants MICINN-CSO2009-08432 and CSO2012-33841. We thank all the study participants, respondents and interviewers for their participation. We are also grateful to the Centre Cívic Convent de Sant Agustí in Barcelona for making space available for the focus groups.

## Author details

<sup>1</sup>Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili, Avinguda de Catalunya, Tarragona 35 43002, Spain. <sup>2</sup>Department of Anthropology, Philosophy and Social Work, Universitat Rovira i Virgili, Avinguda de Catalunya, Tarragona 35 43002, Spain. <sup>3</sup>Department of Anthropology, University of Massachusetts at Amherst, Machmer Hall, Amherst, MA 01003, USA. <sup>4</sup>Department of Nursing, Universitat Rovira i Virgili, Avinguda de Catalunya, Tarragona 35 43002, Spain.

Received: 20 December 2013 Accepted: 22 April 2014

Published: 28 April 2014

## References

- Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, Apter A, Bobes J, Brunner R, Cosman D, Cotter P, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Marusic D, Postuvan V, Resch F, Saiz PA, Sisask M, Snir A, Tubiana A, Varnik A, Sarchiapone M, Wasserman D: **Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk.** *J Child Psychol Psychiatry* 2013, **54**(6):670–677.
- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J: **Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010, **49**(Suppl):980–989.
- Bertha EA, Balázs J: **Subthreshold depression in adolescence: a systematic review.** *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013, **22**:589–603.
- 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**:43–52.
- 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.
- 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, **16**:6–34.
- Essau CA: **Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders.** *Depress Anxiety* 2005, **22**:130–137.
- Rickwood D, Deane F, Wilson C: **When and how do young people seek professional help for mental health problems?** *Med J Aust* 2007, **187** (Suppl 7):S35–S39.
- Zwaanswijk M, van der Ende J, Verhaak PF, Bensing JM, Verhulst FC: **Factors associated with adolescent mental health service need and utilization.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, **42**:692–700.
- Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, De Girolamo G, De Graaf R, Demyttenaere K, Vilagut G, Almansa J, Lépine JP, Brugha TS: **Population level of unmet need for mental healthcare in Europe.** *Br J Psychiatry* 2007, **190**:299–306.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H: **Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review.** *BMC Psychiatry* 2010, **10**:113.
- Rickwood DJ: **Promoting youth mental health: priorities for policy from an Australian perspective.** *Early Interv Psychiatry* 2011, **5**(Suppl 1):40–45.

13. Swami V: **Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample.** *PLoS One* 2012, **7**(11):e49779.
14. Rickwood D, Deane F, Wilson C, Ciarrochi J: **Young people's help-seeking for mental health problems.** *AeJAMH* 2005, **4**(3):3–34.
15. Barker G, Olukoya A, Aggleton P: **Young people, social support and helpseeking.** *Int J Adolesc Med Health* 2005, **17**(4):315–335.
16. Ciarrochi J, Wilson C, Deane F, Rickwood D: **Do difficulties with emotions inhibit help-seeking in adolescence? The role of age and emotional competence in predicting help-seeking intentions.** *Couns Psychol Q* 2003, **16**:103–120.
17. Martínez-Hernández A, Muñoz-García A: **Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte.** *Salud Ment* 2010, **33**:145–152.
18. Martínez-Hernández A, Muñoz-García A: **Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Segunda parte.** *Salud Ment* 2010, **33**:229–236.
19. Oliver MJ, Pearson N, Coe N, Gunnell D: **Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study.** *Br J Psychiatry* 2005, **186**:297–301.
20. Möller-Leimkühler AM: **Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression.** *J Affect Disord* 2002, **71**:1–9.
21. Vanheusden K, van der Ende J, Mulder CL, van Lenthe FJ, Verhulst FC, Mackenbach JP: **The use of mental health services among young adults with emotional and behavioural problems: equal use for equal needs?** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008, **43**:808–815.
22. 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**:983–1002.
23. Good B: *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective.* Cambridge MA: Cambridge University Press; 1994.
24. Martínez-Hernández Á, Mari-Klose M, Julià A, Escapa S, Mari-Klose P, DiGiacomo S: **Adolescent daily smoking, negative mood-states and the role of family communication.** *Gac Sanit* 2012, **26**:421–428.
25. Kleinman A, Benson P: **Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it.** *PLoS Med* 2006, **3**(10):e294.
26. Kleinman A: *Patients and Healers in the Context of Culture.* Berkeley: University of California Press; 1980.
27. Vázquez AJ, García-Boveda RJ: **The Mannheim interview on social support psychometric characteristics of a Spanish version.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997, **32**:208–214.
28. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C: **Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general.** *Clínica y Salud* 2003, **14**:249–280.
29. ATLAS.ti: *Qualitative data analysis. Version 6.2.27.* Berlin: Scientific Software Development; 2013.
30. Glaser BG, Strauss AL: *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Chicago: Aldine Pub Co; 1967.
31. Borgatti SP, Everett MG, Freeman LC: *Ucinet for Windows. Software for Social Network Analysis.* Harvard MA: Analytic Technologies; 2002.
32. Rickwood DJ, Braithwaite VA: **Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems.** *Soc Sci Med* 1994, **39**:563–572.
33. Pescosolido B, Brooks Gardner C, Lubell K: **How people get into mental health services: stories of choice, coercion and 'muddling through' from 'first-timers'.** *Soc Sci Med* 1998, **46**:275–286.
34. Menéndez EL: *De Sujetos, Saberes y Estructuras: Introducción al Enfoque Relacional en el Estudio de la Salud Colectiva.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
35. **Adolescències.** [<http://vimeo.com/82190200>].
36. Birchwood M, Singh SP: **Mental health services for young people: matching the service to the need.** *Br J Psychiatry* 2013, **54**(Suppl):s1–s2.
37. Zwaanswijk M, van Dijk CE, Verheij RA: **Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: time trend analyses.** *BMC Fam Pract* 2011, **12**:133.
38. McGorry P, Bates T, Birchwood M: **Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK.** *Br J Psychiatry* 2013, **54**(Suppl):s30–s35.
39. Lamb C, Murphy M: **The divide between child and adult mental health services: points for debate.** *Br J Psychiatry* 2013, **54**(Suppl):s41–s44.

doi:10.1186/1471-244X-14-124

**Cite this article as:** Martínez-Hernández *et al.*: Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2014 **14**:124.

**Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:**

- **Convenient online submission**
- **Thorough peer review**
- **No space constraints or color figure charges**
- **Immediate publication on acceptance**
- **Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar**
- **Research which is freely available for redistribution**

Submit your manuscript at  
[www.biomedcentral.com/submit](http://www.biomedcentral.com/submit)





## **Publicación 2: Los senderos de las emociones. Narrativas sobre el malestar depresivo en una muestra de adolescentes catalanes.**

Carceller-Maicas, N. (2013). “Los senderos de las emociones. Narrativas sobre el malestar depresivo en una muestra de adolescentes catalanes”. En: Martínez-Hernández, A.; Masana, L.; DiGiacomo, S.M. (Eds.) *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Colección Antropología Mèdica, 11, Pp.297-322. Publicacions URV.



LOS SENDEROS DE LAS EMOCIONES.  
NARRATIVAS SOBRE EL MALESTAR DEPRESIVO  
EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES CATALANES

Natàlia Carceller-Maicas  
Universitat Rovira i Virgili  
carcellermaicas@gmail.com

*Resumen: La prevalencia de la depresión ha aumentado en los últimos años entre los adolescentes y jóvenes, mostrando diferencias de género en los diagnosticados (♀ 11,5%, ♂ 5,9%). En este análisis preliminar del proyecto «Los malestares de los adolescentes», cofinanciado por el MICINN y la Fundació La Marató de TV3, se analiza a partir de las narrativas de 10 adolescentes catalanes (5 mujeres y 5 hombres) el papel que juega el género en la vivencia y expresión del malestar depresivo, mostrando las diferentes formas en las que se concibe. La aparición de estos malestares puede prever diagnósticos futuros. Resulta de notable interés, por tanto, averiguar qué características asociadas al género influyen.*

*Palabras clave: adolescentes, género, narrativas, diferencias socio-culturales, depresión.*

Pathways of emotion: narratives of depressive distress in a sample of Catalan adolescents

*Abstract: The prevalence of depression among adolescents and young adults has increased in recent years, and there are significant gender differences among persons with a clinical diagnosis. Among the participants in a longitudinal survey of adolescent emotional distress in Catalonia, nearly twice as many young women (11.5%) as young men (5.9%) had a diagnosis of depression. For a quantitative/qualitative study of adolescent emotional distress co-funded by the Spanish Ministry of Science and Innovation and the Fundació Marató de TV3, a sample of 105 adolescents was recruited from the survey. This chapter is a preliminary analysis of the interview data*

*collected at the beginning of the qualitative phase of the project, and focuses on the role of gender in the perception, experience and expression of depressive illness through the narratives of 10 Catalan teenagers, 6 with a diagnosis (3 male and 3 female) and 4 with undiagnosed distress (2 male and 2 female), selected from among the study participants. The appearance of depressive symptoms may predict future diagnoses, so it is of interest to identify the gender characteristics influencing the prevalence of diagnosed depression.*

*Keywords: adolescents, gender, narratives, socio-cultural differences, depression.*

### *Hoja de ruta para iniciar la travesía*

La adolescencia es una etapa vital en la que las transformaciones tienen una presencia de peso en el proceso de crecimiento, desarrollo y construcción de la persona en su camino hacia la etapa adulta; y en la que resulta clave el modo en que dichas transformaciones son percibidas, vivenciadas y gestionadas. Es una situación liminal entre la infancia y la adultez, llena de aprendizajes, readaptaciones y construcción de la identidad social de los individuos. Se produce en ella un abanico de emociones específicas que son vividas con intensidad. La incerteza y la ambigüedad predominan en esta etapa, en la que los adolescentes dejan atrás la dependencia, característica de su etapa infantil, en la que vivían al cobijo de sus progenitores, para buscar su autonomía y su futuro como adultos. Entre las características emocionales predominantes en este periodo la vulnerabilidad emocional ocupa un lugar destacado, puesto que, a diferencia de otras etapas vitales, es en la adolescencia cuando se hacen más patentes y perceptibles, tanto para los propios afectados como para los que los rodean. Dicha vulnerabilidad emocional no es una característica aislada e independiente, sino que se encuentra relacionada con determinantes sociales (clase, género, red social, etc.) y con la percepción del mundo que manejan los adolescentes (Martínez-Hernández, 2010). Toda esta amalgama de factores anteriormente citados se encuentra interrelacionada configurando un complejo entramado que influye en el modo en el que los adolescentes viven y narran sus malestares.



De entre los malestares que les afectan nos centramos en el presente texto en analizar uno de los más preocupantes, debido al aumento que ha experimentado y se sigue experimentando en su prevalencia: la depresión. De hecho, uno de cada cinco adolescentes sufre depresión en algún momento, según afirman datos de MedlinePlus (2013).

A pesar de centrarnos, como ya hemos dicho, en el análisis de la depresión, hemos decidido no utilizar el término trastorno por considerarlo impregnado de connotaciones patologizantes que hacen pensar al lector en un diagnóstico psiquiátrico en lugar de en un padecimiento emocional desprovisto de dicha etiqueta clínica. En su lugar se ha escogido emplear el concepto de «malestar» para referirnos con él a los padecimientos vividos por nuestros jóvenes; el motivo de esta elección se debe a la intención de desarticular, mediante el empleo de esta categoría, el dualismo salud-enfermedad. Así pues, utilizando el término de «malestar depresivo» nos referimos, siguiendo las aportaciones de Burin, a los sufrimientos psíquicos y emocionales emergentes de la condición de ser mujer/hombre (Burin *et alii*, 1990), los cuales no implican necesariamente la posesión ni consecución de un diagnóstico psiquiátrico de depresión.

En lo que respecta a la utilización de la expresión «senderos de las emociones», es necesario aclarar en este punto a qué nos referimos con ella, para ubicar así pertinentemente al lector en el texto. Con ella nos referimos a los diferentes modos de vivir, de experimentar y de sentir la depresión y los malestares asociados. Los «senderos de las emociones» son caminos diferentes, con características particulares, que son recorridos por los adolescentes en su proceso vital en cuanto a la vivencia del malestar. Son múltiples y variados los factores que varían en función del género: autopercepción, heteropercepción, emociones y sentimientos asociados al malestar, estrategias de afrontamiento, modos de expresarlo, explicaciones dadas al malestar y necesidades a cubrir para lograr finalmente mitigarlo. Es en torno a estas variables donde los distintos senderos a recorrer se van configurando; conduciendo así a nuestros adolescentes hacia resultados diferentes, en los que las mujeres muestran una tendencia a presentar mayores tasas de diagnósticos por depresión y los hombres a presentar problemas relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas (González-González *et alii*, 2012; Guzmán *et alii*, 2009).

Por último, en referencia a la terminología empleada es necesario matizar que el uso del concepto «emociones» se ha escogido teniendo en cuenta las aportaciones de la antropología de las emociones, la cual nos ofrece un marco comparativo desde el cual observar las emociones como un idioma cultural que permite afrontar y tratar los problemas existentes en las relaciones sociales (Lutz, 1986). Consideramos que, tal y como defiende Hallowell, el campo psicológico en el que vivimos y actuamos se unifica por medio de la concepción de la naturaleza y de los roles de las personas, así como por los valores morales sancionadores, los cuales guían las relaciones de las personas (Hallowell, 1960). Todo esto influirá en el modo en que las emociones se viven y expresan. Así pues, en base a este posicionamiento el objetivo que perseguimos empleando este concepto es analizar el papel de las emociones en la vida social, y más concretamente, en este caso que nos ocupa, en los itinerarios vitales.

Existen, tal y como iremos exponiendo a lo largo del presente escrito, dos tipos de senderos distintos, uno característico del género masculino y otro del género femenino. El sendero masculino está basado en una expresión y vivencia del malestar de índole externa a escala física, y menos expresivo a escala verbal emocional. Los hombres manifiestan el malestar de modo corporal, mediante sus actos y conductas, y desestiman la opción de llevar a cabo una expresión más reflexiva, emotiva y verbal de sus emociones y sentimientos. Tal y como han evidenciado otros autores, los hombres optan por olvidar como estrategia de afrontamiento del malestar (Martínez-Hernández y Muñoz García, 2010). Una vez han dado el primer paso hacia el olvido de la situación y la vivencia de malestar es cuando son capaces, solo a posteriori, de conversar sobre el asunto. Les resulta, así pues, necesario una especie de «reset» inicial que les permita ver el malestar en la distancia, para desde ahí poder ya verbalizarlo y hablar sobre él. En el caso de las mujeres, el sendero es completamente distinto al de sus compañeros, pues está basado en la internalización y psicologización del malestar. Al contrario que los chicos, la estrategia de las chicas es «meterlo hacia dentro», pensar, repensar, comentar, compartir, y conversar sobre su malestar con sus allegados. Se trata de un proceso cognitivo complejo en el que la externalización física no tiene cabida, a no ser que sea mediante el llanto. Es, así pues, mediante el análisis, el

repensar y el dialogar sobre el problema la forma en que son capaces de hacerle frente, para solo así posteriormente olvidarlo.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta al 4% de los adolescentes de entre 12 y 17 años, y al 9% de los de 18 años. La incidencia y prevalencia va en aumento entre los adolescentes, del mismo modo que la autopercepción del malestar entre los jóvenes y los llamados «estados de ánimo negativos»; se prevé que en 2020 la depresión será la segunda enfermedad más prevalente del mundo (Martínez-Hernández y Muñoz, 2010:147). En Cataluña, estudios recientes muestran que el 12,8% de la población de 15 años o más presenta riesgo de padecer una mala salud mental, y que esta prevalencia aumenta con la edad (ver ESCA, 2011).

Así pues, se observa que los adolescentes tienen cada día más posibilidades de padecer un malestar depresivo, ¿pero cómo viven y expresan el malestar? ¿Existen diferencias en las causas que los provocan? ¿Y en el modo de vivirlo y afrontarlo?

Los datos reflejan diferencias en la prevalencia en función del género. Múltiples estudios corroboran la existencia de una mayor prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en mujeres que en hombres (Del Barrio, Mestre, Tur y Samper, 2004; Barra *et alii*, 2006; Gómez-Restrepo *et alii*, 2004; Kessler, 2000; Bebbington, 1998). Estas diferencias se hacen especialmente patentes al principio de la adolescencia (Veytia *et alii*, 2012; Kessler *et alii*, 2003; Hankin y Abramson, 2001; Wade, Carney y Pevalin, 2000), incrementándose notoriamente esta diferencia en el transcurso de los 15 a los 18 años (Hankin *et alii*, 1998).

En Cataluña, los datos muestran que hay diferencias en el grupo de diagnosticados de depresión/ansiedad en función del género, con una prevalencia entre las chicas del 11,5% y entre los chicos del 5,9% (Martínez-Hernández, 2010: 19). Los datos extraídos de una exploración del PIF (*Panel d'Infància i Famílies*) consistente en un estudio de carácter longitudinal en el que participaron más de 3.000 adolescentes de entre 12 y 16 años y sus familias, muestran que los factores de género, así como los de clase social, «son especialmente explicativos de la distribución de los estados depresivos entre los adolescentes catalanes» (Martínez-Hernández y Muñoz, 2010:148). Resultados similares en cuanto a la importancia del género los encontramos en la *Enquesta de Salut de Catalunya* (ESCA) 2006, donde el 10,3% de las catalanas menores de 15 años consideran que es «absolutamente cierto» o «más

o menos cierto» que se sientan infelices o tristes, frente a un 9.2% de los chicos. Según datos más recientes pertenecientes a la ESCA 2010, la prevalencia de padecer mala salud mental, medida a partir de la escala GHQ12 (*Goldberg Health Questionnaire*), es mayor en las chicas que en los chicos menores de 15 años (16,5% y 11,7%, respectivamente), si bien respecto a los datos de 2006 se ha encontrado que la prevalencia en hombres ha aumentado mientras que en mujeres se ha mantenido. A pesar de esto, la mayor prevalencia en las mujeres sigue siendo patente, tal y como refiere la última actualización, ESCA 2011, la cual afirma que la diferencia entre hombres y mujeres mayores de 15 años en cuanto a padecer riesgo de una mala salud mental es significativa estadísticamente, y se mantiene en los diferentes grupos de edad.

Los datos, de la Gerencia de Atención Farmacéutica del Gobierno Catalán 2006, referentes al consumo de antidepresivos, muestran el mismo patrón: las adolescentes ingirieron más del doble de antidepresivos (21,06% del consumo total de psicofármacos) que los varones de la misma edad (9,77%) (Martínez-Hernández y Muñoz, 2010:149).

Como indica Matud (2006:8), «se ha encontrado de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan ansiedad y depresión que los hombres», existiendo algún factor diferencial que hace a las mujeres más propensas a padecer un malestar depresivo. Esa probabilidad aumenta a lo largo del ciclo vital de la mujer, observándose que «el sentimiento de infelicidad y depresión parece ir aumentando en las mujeres con el tránsito de la edad infantil a adulta» (Martínez-Hernández y Muñoz, 2010:148), siendo la adolescencia la etapa clave en la que surge la depresión, y que después se mantiene a lo largo de la vida adulta (Matud, 2006:9). Como vemos, resulta de interés averiguar qué papel juega el género en la vivencia y expresión de los malestares y en la depresión.

Las mayores tasas de diagnósticos depresivos entre mujeres se han asociado con factores biopsicológicos y sociales diversos: vulnerabilidad física, influencia a escala cultural del papel de los modelos tradicionales de masculinidad/feminidad y la existencia de patrones de género en la expresión del malestar emocional y la psicopatología. Los datos muestran diferencias de género en variables analizadas: sentirse triste (5,5% ♂, 13,1% ♀), sentirse demasiado ocupados (22,5% ♂, 31,5% ♀) o sentirse nervioso (18,9% ♂, 27,8% ♀). Las diferencias

en los porcentajes son considerables; así pues, frente a una misma situación, ¿qué es lo que hace que encontremos esta variabilidad en las emociones? ¿Qué papel juegan las variables socioculturales? ¿Podemos afirmar que todos experimentamos los malestares del mismo modo y con la misma intensidad, independientemente del género? Los datos epidemiológicos de prevalencia de diagnósticos depresivos muestran que no. Indican que existe algo en el modo de vivir y construir la feminidad y la masculinidad que hace más vulnerables a las mujeres a los diagnósticos depresivos y a los hombres a las conductas de consumo y abuso de sustancias psicoactivas, y que esta tendencia se hace patente en la adolescencia.

La aparición de estos malestares iniciales puede prever la aparición de diagnósticos futuros, por lo que resulta de interés averiguar cuáles son las características culturales y sociales asociadas al género que están influyendo. La reflexión y el análisis de factores socioculturales y la construcción de roles de género permiten mostrar cómo la cultura y la sociedad influyen en el modo de expresar los malestares y los estados de ánimo según el género. En base a lo argumentado, el objetivo que me propongo es ver en qué modo las diferencias de género en la expresión del malestar afectan a la consecución de un diagnóstico de depresión a partir del análisis de las narrativas de diez informantes.

### *La importancia de una buena brújula: herramientas de trabajo*

Los datos analizados provienen de 10 entrevistas en profundidad de carácter mixto (cualitativas y cuantitativas), realizadas a 5 chicos y 5 chicas de Cataluña, de entre 17 y 20 años de edad. Los informantes forman parte de una muestra más amplia, de un total de 105 informantes, que participan en un estudio que se está llevando a cabo actualmente: «The emotional distress of adolescents: lifestyles, mental health and lay strategies used in managing adversity». De los 105 adolescentes, 70 tienen altos niveles de malestar clínico y subclínico, y los 35 restantes tienen bajos niveles de malestar. Esta muestra de 105 adolescentes es una selección de entre 3.000 adolescentes catalanes participantes de un estudio anterior de carácter longitudinal, el PIF, efectuado de 2006 a 2010. Se realizó el seguimiento de la cohorte de

los 12-16 años hasta la entrada en la adultez mediante tres entrevistas en los centros educativos.

Los cuestionarios combinan preguntas sobre el bienestar social, económico, psicológico y físico de los adolescentes con datos contextuales sobre familia, escuela, amistades, grupo de iguales y relaciones románticas, lo que proporciona la oportunidad de indagar sobre cómo el contexto social y el comportamiento adolescente se encuentra vinculado con un buen estado de salud en la entrada a la vida adulta. El diseño del estudio permite analizar trayectorias de vida, debido a la vida adulta y salud/salud mental a partir de múltiples informantes.

Algunas de las actividades que se han llevado a cabo durante este proceso de recogida y análisis de datos se han realizado conjuntamente con el CIIMU (Institut d'Infància i Mon Urbà), con el que se entabló una estrecha coordinación, y se contó con la participación de profesionales de ambas instituciones, URV y CIIMU.

La primera actividad fue la exploración de datos, seguida de la explotación de datos cuantitativos a partir del análisis univariado y bivariado de las 4 oleadas. Los principales análisis han tenido como variables dependientes los *negative-mood states* (sentirse a menudo triste, solo, nervioso, cansado, aburrido, demasiado ocupado para hacerlo todo y presionado por los padres), la existencia de un diagnóstico médico de depresión/ansiedad, baja autoestima y malestar con el propio cuerpo, y el consumo de alcohol y tabaco. Algunas de las variables independientes han sido: estructura familiar, consumo de sustancias psicoactivas, comportamientos de riesgo, red social, comportamiento del grupo de iguales, relaciones de pareja, estilos parentales y variables sociodemográficas. Con esta explotación se observaron las relaciones más significativas entre variables para un posterior análisis más sofisticado multivariado.

La selección de la muestra se ha realizado a través de la técnica «Propensity Matching Score», que utiliza una probabilidad predicha de pertenencia (en este caso la probabilidad de que tengan depresión) obtenida sobre la base de predictores observables mediante una regresión logística. Se seleccionaron 50 casos para cada grupo. Se obtuvo una submuestra inicial de 150 adolescentes para hacer el estudio cualitativo. El objetivo de esta técnica era encontrar un grupo de no diagnosticados, pero con alto malestar, comparable con el grupo de diagnosticados y controlado por un grupo sin malestar ni

diagnóstico. Se identificaron los casos en cada grupo (diagnosticados, no diagnosticados pero con elevado nivel de malestar, y control) que tuvieran una probabilidad (*propensity score*) más cercana, más parecida (*matching*), de modo que se pudiera «controlar» el efecto de variables explicativas sobre la probabilidad de haber buscado un diagnóstico médico. Finalmente, de los 150 informantes inicialmente seleccionados, participaron en la investigación 105, habiéndose dado una pérdida de 45 informantes (*missings*).

Se diseñó un cuestionario para la realización de la investigación cualitativa y/o etnográfica incluyendo preguntas encaminadas a conocer sus modelos explicativos sobre la depresión, el malestar y la búsqueda y/o evitación de los servicios profesionales. Se diseñó una viñeta inicial en la cual un adolescente mostraba síntomas de depresión siguiendo los criterios del DSM-IV-TR, pero sin especificar las razones de esta aflicción. Cada ítem y el diseño general fueron discutidos en una reunión con el grupo de trabajo de campo y mediante un grupo de discusión con profesionales de la salud y la salud mental para maximizar las temáticas a tratar en la entrevista. El cuestionario incluía percepciones sobre la causa, definición, sintomatología, fenomenología y tratamiento profano y profesional de los malestares de espectro depresivo. Se añadieron preguntas asociadas con el tránsito de la adolescencia a la edad adulta, la dimensión de género, las formas profanas de afrontar la adversidad y las razones posibles de evitación de los servicios profesionales. Al cuestionario cualitativo se le añadieron otros instrumentos:

- Entrevista Manheim para valorar redes sociales y soporte social percibido (MISS).
- Escala Beck de Depresión (BDI-II).
- *Screening* del GHQ de Goldberg, de síntomas de Depresión y Ansiedad.
- Una versión ampliada del cuestionario sobre consumo de sustancias psicoactivas incorporado en las oleadas 2, 3 y 4 del PFI.

La media de tiempo para la entrevista fue de 2 horas, a realizar en una o dos sesiones, dependiendo de la disponibilidad del informante.

Partiendo de toda esta recogida de información cuantitativa y cualitativa, nos centramos en el análisis de los datos relacionados con

las diferencias de género a la hora de vivir y expresar el malestar emocional de los adolescentes.

En el momento de la redacción del presente artículo estamos en una etapa inicial de análisis de información. Se han seleccionado 10 informantes de toda la muestra para realizar un análisis preliminar, el cual se ampliará posteriormente en futuros escritos teniendo en cuenta la totalidad de la muestra. Los 10 informantes seleccionados para esta investigación son 5 chicos y 5 chicas del grupo de niveles altos de malestar, tanto clínico como subclínico, con edades comprendidas entre los 17 y 20 años, todos ellos residentes en Cataluña. A pesar de que el volumen de chicas diagnosticadas de depresión o malestar asociado es mayor que el de chicos, se seleccionó el 50% de informantes de género masculino y el 50% de femenino, debido a que lo que interesa indagar aquí es el modo en el que el género se relaciona con la depresión y con los malestares asociados; centrándonos principalmente en las diferencias de género en la expresión y vivencias del malestar, resultando así pues esta muestra la más pertinente para los fines perseguidos.

Posteriormente se creó una base de datos de ATLAS.ti con la información recopilada: audios, transcripciones, cuestionarios y tests escaneados. Se realizó el análisis de los datos mediante el mencionado software cualitativo.

### *La bifurcación de los senderos: diferencias de género*

Siguiendo las aportaciones de la antropología feminista, entendemos que las relaciones de género se explican partiendo de la idea de que las sociedades se estructuran como «sistemas de género». La noción de «sistema de género» permite hablar de un sistema social que puede adoptar configuraciones distintas, en el que la diferencia (incluyendo las diferencias biológicas) se construye de un modo determinado en un marco global y local concretos (Esteban, 2009). Este modo de entender los sistemas sociales aporta flexibilidad y dinamiza el término, situándolo en estructuras espacio-temporales concretas (Esteban y Díez, 1999). Se trata de sistemas de poder y estructuras complejas que constan de ciertas áreas fundamentales: las relaciones de poder, las relaciones de producción y la configuración de las emociones (Connell,



1987; Saltzman, 1992); siendo esta última área en la que nos centraremos para analizar el tema que aquí nos ocupa.

Las emociones son las formas en las que experimentamos el mundo. Fernández crea una definición de ellas incorporando aportaciones de varios autores, describiéndolas como breves, de aparición abrupta y con manifestaciones físicas, las cuales mueven, dan o quitan ánimo (Fernández, 2011). Las emociones así entendidas quedan libres de toda carga y condicionamiento cultural, para resultar expresiones fenomenológicas que surgen de lo profundo del ser humano. En cambio, las respuestas emocionales se muestran, según Fernández, como reflejos de la cultura, toda vez que son moldeadas por ella (Fernández, 2011). Configuran, así pues, los sentimientos como respuestas emocionales culturalmente codificadas, las cuales dejan la brevedad y fugacidad de sus predecesoras para, ya impregnadas por la cultura, perdurar más en el tiempo. «Los sentimientos son un balance consciente de nuestra situación... experiencias conscientes en las que el sujeto se encuentra implicado, complicado, interesado» (Marina, 2006:27-77). Es, así pues, basado en esto que las emociones, fugaces, puras e indomables, que no saben de diferencias entre géneros, toman senderos distintos al impregnarse de la cultura y de los valores socioculturales, dando así paso a expresiones emocionales y sentimientos que sí se muestran influidos y diferenciados por el género.

En cuanto al concepto de género, entendemos éste siguiendo la definición que construye Esteban basándose en aportaciones de Stolcke, Connell y suyas propias. Entiende el género «como fundamentalmente 'lo que hacemos', acciones sociales e individuales donde la corporalidad es una dimensión fundamental». «Desde este esquema relacional pero también corporal, ser o sentirse hombre, mujer [...] serían procesos totalmente dinámicos, prácticas que irían constituyéndose y modificándose, consciente o inconscientemente dentro de marcos contextuales plurales, pero al hilo también de sensaciones físicas y emocionales que están en permanente discusión con las coordinadas históricas y sociales que las hacen posibles» (Esteban, 2009:51).

La decisión de integrar un análisis de género en esta investigación sobre salud mental, y más concretamente sobre malestares depresivos, radica en la intención de concebir la depresión desde una perspectiva de la complejidad que implique considerar la policausalidad del fenómeno, pensando la salud mental como resultado de distintos

actores que se entretelen: sociales, producción histórica de feminidad y masculinidad, sistema de creencias y valores en torno a la salud y enfermedad, y análisis de las prácticas sociales y las vidas cotidianas (Grela y López).

Para lograr entender los comportamientos de los demás, tal y como defiende Lutz, tenemos que empezar a mirar el modo en el que las personas se describen a sí mismas y a los demás (Lutz, 1985) Así pues, con el objetivo de analizar las diferencias de género en la vivencia y expresión del malestar de los adolescentes catalanes, se ha centrado el análisis en las respuestas que los informantes dieron con respecto a dos temáticas concretas de la entrevista cualitativa. La primera pregunta hacía referencia a las causas del malestar, preguntándoles si consideraban que las causas por las que se sufre un malestar de tipo depresivo eran las mismas en chicos y chicas.

Se encontró cierto consenso en las respuestas de la mayoría de informantes: 8 de los 10 estaban de acuerdo en la idea central, aunque apuntando diferentes matices.

Sara (51-Chica-Malestar), dijo: «Jo crec que la font ve a ser la mateixa...de forma general els hi poden preocupar coses diferents...Però ve a ser el mateix». No encontramos diferencias entre las respuestas de chicos y chicas al respecto, tal y como defiende también Pep (125-Chico-Malestar): «No hi ha diferència de sexes. Per a res. A un noi també li pot afectar lo mateix que a una noia, però no ho expressa tant.»

Meritxell (28-Chica-Diagnosticada), además de compartir la opinión de sus compañeros, va un paso más allá al exponer cuáles cree ella que son las principales causas del malestar: «Un noi i una noia es poden sentir angoixats per lo mateix. No té per què ser diferent. El noi es pot sentir angoixat pels amics, la noia també. La família, els estudis.»

El hecho de compartir las mismas coordinadas históricas y sociales puede que sea el motivo por el cual parte de nuestros informantes considere que hay igualdad en las causas del malestar independientemente del género, puesto que tanto chicos como chicas tienen en común las mencionadas variables, al ser todos de edades similares y provenir de institutos de enseñanza pública de Cataluña.

Solamente dos de nuestros informantes, Julia y Manel, consideran que las causas de los malestares son distintas en función del género. Julia (1-Chica-Diagnosticada) comenta: «Les noies... sobretot amb les

amigues... Són més competitives i solen tenir més problemes. Els nois passen més de tot... no tenen tants problemes els uns amb els altres. Als dos minuts ja estan arreglats. Però les noies no, són més rancoroses. Amb els nuvis i tot això». Considera que una causa de malestar en las chicas que no existe en el caso de los chicos se debe al tipo de relación social que se da entre mujeres, que suele ser más difícil al estar presente en ellas el rencor. Las relaciones entre ellos las considera más «pasotas», y con conflictos más rápidos de solucionar. Al final de la narrativa Julia alude a la temática de las relaciones amorosas como una de las causas de malestar de las chicas: «Amb els nuvis i tot això», lo que deja a este fragmento en consonancia con las aportaciones de Martínez-Hernández y Muñoz, quienes encontraron en su investigación que las relaciones de tipo afectivo eran la segunda causa de malestar y aflicción en las adolescentes catalanas (Martínez-Hernández y Muñoz, 2010).

Manel (95-Chico-Diagnosticado) considera, igual que Julia, que las causas de malestar de chicos y chicas son diferentes, pero señala una causa distinta: «A les dones els afecta més la part social. A mi em critiquen per l'espatlla, i me la porta fluixa. Però a les dones els afecta més»; esta razón en cierto modo no se aleja demasiado de la de su compañera, aunque es clave matizar que, en el caso de Julia, el problema lo ve exclusivamente en el modo en que se dan las relaciones sociales entre chicas, y en el caso de Manel ve que las mujeres dan más importancia a la opinión que los demás tengan de ellas, independientemente de que la crítica venga de una mujer o de un hombre. La relación con las amigas como primera causa del malestar de las adolescentes en contraposición a los chicos es defendida también por otros autores, como Martínez-Hernández y Muñoz, que han observado la existencia de ciertas diferencias en las causas del malestar de los adolescentes catalanes; en concreto, se da una segmentación de género (Martínez-Hernández y Muñoz, 2010).

Esta última idea comentada por Manel referente a la importancia que cree que dan las mujeres a la opinión de los demás la defienden también Siverio y García, que afirman que las chicas presentan mayor *proimagen* que los chicos, lo cual creen que «tiene que ver con la deseabilidad social de las adolescentes, con la necesidad de dar buena imagen de sí mismas» (Siverio y García, 2007: 47). Observan en las chicas cierta necesidad de confirmar su identidad con la opinión y la

mirada de otros, es decir, una dependencia social en la construcción de su autoestima que repercute en una tendencia a mostrar una conducta más complaciente con las demandas de otras personas (Siverio y García, 2007), entendiendo todo esto dentro del sistema de género existente.

Las diferencias, así pues, vienen marcadas por el género, tal y como nos hemos referido anteriormente a él, como un modo de actuar, de relacionarse, de corporeizar la experiencia y la vivencia.

La segunda pregunta analizada hace referencia a los modos en que los adolescentes catalanes tienen de vivir y expresar los malestares emocionales.

Estudios anteriores demuestran que existen diferencias de género en el número de adolescentes diagnosticados de depresión o con malestar subclínico asociado. La investigación realizada por Martínez-Hernández con adolescentes catalanes mostraba un 11,5% de chicas con malestar clínico o subclínico depresivo, frente a un 5,9% de chicos. El autor (Martínez-Hernández, 2010) defiende que el género está asociado con factores biopsicológicos y sociales, como la vulnerabilidad física, el papel del modelo tradicional femenino y sus efectos a la hora de potenciar un «rol de indefensión aprendida», así como patrones diferenciales en la expresión del malestar emocional y la psicopatología; y considera, siguiendo las aportaciones realizadas por Matud, que los modelos tradicionales de feminidad actúan como amplificadores de las pautas de indefensión aprendida que han sido asociadas con el padecimiento de depresión en las mujeres.

Al contrario de lo que sucedía con la primera pregunta, en esta ocasión encontramos unanimidad en las respuestas de los informantes: creen que los modos de expresar el malestar son distintos en función del género. Así pues, no son las causas sino las vivencias lo que marca las diferencias. No son las emociones en sí mismas, sino la interpretación, modulación y expresión que se hace de ellas (en función de los valores socioculturales existentes) lo que varía.

Pep comenta: «als nois mos rellisca molt. Som més simples. La vida la veig més simple. Potser perquè soc noi». Esta idea de que a los chicos les «resbalan» los problemas la comparten otros informantes, como Paula (47-Chica-Malestar), quien expone: «A ells tan se'ls val tot... no els afecten tant les coses»; del mismo modo que Lluís (107-Chico-Diagnosticado), quien, siguiendo la misma línea de pensamiento, dice:

«los chicos como son más simples, no buscamos otro significado». Observamos aquí un paralelismo entre la afirmación de Paula de «tan se'ls val tot», con la afirmación de Pep de que «ens rellisca molt», ya que transmite la misma idea de indiferencia y poca preocupación. La simplicidad de los chicos es el eje central del argumento, autopercibiéndose, en contraposición con las chicas de su edad, como más simple, lo cual trasmite un modo de ver la vida y expresar el malestar emocional modulado por factores de género.

En contraposición a esta simplicidad y pasotismo de los chicos, la expresión del malestar de las chicas se explica por los informantes del siguiente modo. Pep comenta: «a les dones normalment els afecten més les coses perquè li donen més voltes i rebusquen les coses. Es preocupen més, donen més voltes a les coses, tant culebrón, elles són més propenses a sufrir més, perquè ho exageren més o ho pateixen més». Vemos el mismo tipo de comentarios en otros informantes como Sara: «majoritàriament els nois no son de donar-li tantes voltes a les coses, i poder no es preocupen tant, no són tant rebuscats. Som molt més rebuscades i més sentides».

Varios autores defienden la idea aquí presente de que ciertas características de personalidad favorecen la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la hora de presentar malestares depresivos; Matud (2008:81,82) defiende que «en algunas personas predominan las rumiaciones, con pensamientos y conductas centradas en los síntomas y en sus causas y consecuencias, lo cual tiende a intensificar los síntomas y a interferir en la solución de los problemas». Cova (2004) hace mención de la misma característica, apuntada tanto por nuestros informantes como por Matud: la *rumiación*, el dar vueltas a las cosas. Pep y Sara opinan, tal y como hemos visto en sus narrativas, que este rumiar por parte de las mujeres es lo que hace que sufran más, que sean más sentidas. Sus opiniones coinciden con las evidencias mostradas por diferentes autores como Veytia, quien afirma que este estilo de respuesta *rumiativo*, utilizado más frecuentemente por las mujeres para enfrentarse a acontecimientos vitales estresantes, aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos depresivos (Veytia, 2012). Los saberes profanos de nuestros adolescentes no se desvían, así pues, en demasía de las evidencias científicas de los investigadores científico-sociales. Las ideas de base son las mismas, el «razonar excesivo de las mujeres» frente al «no pensar y la búsqueda de lo simple» de los hombres.

Se observa, así pues, cómo lo que difiere en ambos casos es la interpretación (como construcción sociocultural) que unas y otros hacen sobre lo que desencadena el malestar final. Interpretaciones simples, sencillas y sin complicaciones en los chicos les llevan a un camino alejado de la angustia y el malestar. En cambio, interpretaciones complejas y rebuscadas, consideradas por sus *peers* varones como exageradas en comparación a las suyas propias, son las que encaminan a las chicas hacia el padecimiento y el sufrimiento.

Empezamos en este punto a discernir el inicio de una bifurcación de caminos. Lo estándar e igualitario emocionalmente se va diluyendo, al tiempo que vamos encontrando en los modos de vivir y percibir el malestar de los adolescentes diferencias socioculturales marcadas por el género que merecen nuestra atención. Los senderos empiezan a separarse.

La diferente expresión del malestar asociado a la depresión entre chicos y chicas hace pensar, tal y como comentan Martínez-Hernández y Muñoz, en la existencia de modelos diferenciados de vulnerabilidad según el género (Martínez-Hernández y Muñoz, 2008).

Entre los diferentes modos de expresar y mostrar el malestar emocional, uno de los argumentos que hemos encontrado más frecuentemente entre nuestros informantes ha sido la mayor facilidad de las chicas para expresar sentimientos y emociones, en contraposición a un mayor ocultamiento de estos por parte de sus *peers* masculinos.

Sara comenta: «penso que els nois ho amaguen molt, no ho expliquen a ningú. Són molt més tancats, ho porten per dins». Lorena, otra informante, amplía la información con una comparativa entre géneros: «Ellos se callan muchas cosas. No lo expresan tanto. A las chicas se les nota a simple vista», que comparte la misma opinión que expone Rosa (26-Chica-Diagnosticada): «Als nois no els agrada mostrar el que senten i ho amaguen, les noies de seguida t'ho expliquen». Pero no solo nuestras informantes comparten este pensar, sino que nuestros chicos son del mismo parecer cuando reflexionan sobre su propia experiencia. Manel confiesa: «soc molt callat. Intento que no se'm noti... en canvi les noies se'ls nota més»; y Jaume (116-Chico-Malestar) va un poco más allá al exponer su vivencia y la de su novia: «A mí me cuesta mostrar los sentimientos, y, en mi chica —tengo novia— le cuesta mucho menos. Las chicas son más emocionales, les cuesta menos mostrar sus sentimientos.»

Los datos encontrados en la investigación realizada por Martínez-Hernández y Muñoz van en consonancia con las narrativas de nuestros informantes. Afirman que los chicos «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’»; y que expresan de forma más tácita su apoyo por «miedo a romper su imagen de duros y distantes» (Martínez-Hernández y Muñoz, 2010:234). Se observa, así mismo, en el caso de las chicas que éstas necesitaban más comunicar sus sentimientos.

Meritxell, otra informante, menciona un matiz interesante: «un noi potser té més reparo a mostrar-ho davant de la gent». El reparo, la vergüenza, la importancia de lo que pensarán los demás frente a la expresión de emociones de un chico. ¿Es el rol de género interiorizado el que causa el reparo? ¿Es socialmente aceptado que los chicos muestren sus emociones en público? A este respecto Siverio y García defienden que los estereotipos de género mantenidos desde familia y escuela son asumidos por los adolescentes, y es por esto por lo que los hombres que manifiestan tristeza son rechazados por sus iguales, mientras valoran en cambio a aquellos que manifiestan ira (Siverio y García, 2007). La expresión del malestar no es que no sea aceptada entre el género masculino, sino que tiene formas pautadas que son aceptables y otras que no. La tristeza y el llanto se relacionan con estereotipos femeninos, mientras que se reservan para la expresión del malestar emocional de los hombres la agresividad y la ira, las cuales se ciñen más a la virilidad. Como comenta Meritxell: «els nois és el sentiment de ‘machito’ aquest. S’agafa a una altra cosa, s’agafa al beure, s’agafa als amics, s’agafa a qualsevol cosa que no sigui plorar; les noies són les que solen plorar».

Es importante reflexionar sobre el papel que juegan las emociones en la construcción de la identidad de género. La concepción y expresión de las emociones, así como la mayoría de desencadenantes emocionales, se aprenden; hay distintas reglas culturales para su expresión, así como variaciones en función del marco de interrelaciones sociales insertas en cada contexto espacio-temporal y sistema de género concreto. Existen pautas de socialización emocional en función del género que acentúan el desarrollo diferencial de las competencias emocionales (Gutiérrez y Gutiérrez, 2010). Lo que la sociedad espera de hombres y mujeres, lo que acepta o no en cuanto a expre-

sión emocional, está modulado en función del género y condiciona la socialización de los adolescentes y, por tanto, una mayor o menor adaptación al grupo de *peers* en función de la aceptación de ciertos comportamientos.

Siguiendo el hilo de lo antes expuesto por Meritxell, el resto de informantes muestra opiniones similares. Isabel (17-Chica-Diagnosticada) dice: «la chica llora, el chico pasa de todo». Se hace visible en este punto un estilo de afrontamiento que ha sido asociado con el rol masculino, tal y como defienden autores como Fantin, quienes destacan «ignorar el problema» como una de las estrategias preferentemente utilizadas por los varones (Fantin *et alii*, 2005). Rosa, otra de nuestras informantes, incluye en su comentario una alusión a la agresividad en los chicos como modo de expresar el malestar emocional: «Les noies són més de plorar, els nois més agressius»; y Rebeca incluye en su comparativa el término de violencia. Según nuestros informantes, las adolescentes tenderían más a expresarse llorando y los adolescentes mediante conductas agresivas y violentas, todo ello influenciado por estereotipos y roles de género.

Las diferencias emocionales en función del género son expresiones socioculturales de poder. A lo largo de la historia se ha fomentado en los hombres el desarrollo cognitivo, puesto que su ámbito de actuación en la sociedad era el ámbito público, hacia el exterior, donde mostrar sentimientos y emociones era poco recomendable si quería ser aceptado. Según Gutiérrez y Gutiérrez, este contexto histórico y sociocultural es el responsable del «analfabetismo emocional» que padecen los hombres, a causa del cual no saben cómo expresar sus emociones y por eso les cuesta externalizar ciertas conductas emocionales. En el caso de las mujeres, sin embargo, como quedaron relegadas al ámbito doméstico hasta hace poco, la situación es la contraria; han desarrollado un abanico de habilidades expresivas emocionales, que hace que se caractericen por tener una buena extraversión emocional (Gutiérrez y Gutiérrez, 2010). Dicha extraversión emocional no es un factor positivo y ventajoso para las mujeres en lo que respecta a su salud emocional y psicológica. Esa capacidad expresiva se ha desarrollado ligada a la interiorización que las mujeres han hecho de los roles femeninos tradicionales, que están contruidos en torno a los valores clásicos de la feminidad, los cuales acaban propiciando pautas de indefensión aprendida, tal y como defiende Matud (2006). Nuestras



adolescentes no han quedado libres de ello; se nutren de estos valores y los incorporan a su rol de género a través de los modos de actuar, de relacionarse, de pensar. Dichos roles y valores clásicos de feminidad son perjudiciales para la salud de las adolescentes porque generan una mayor vulnerabilidad hacia los malestares depresivos, mientras que los varones quedan protegidos gracias al «analfabetismo emocional» antes mencionado.

Otra aportación de nuestros informantes sobre los modos de expresión del malestar en los adolescentes es el consumo de drogas entre el género masculino. Meritxell compara los llantos de las mujeres con los consumos de sustancias de los hombres: «al noi li dóna per començar a beure... No té perquè ser estrictament així... Potser el noi sí que plora i a la noia li dóna per beure. Però en la majoria de casos que m'he trobat jo, normalment és així». Se ha basado en sus propias observaciones para realizar esta afirmación.

Las estrategias de afrontamiento de chicos y chicas quedan como senderos emocionales diferenciados, alejados el uno del otro. Las estrategias de afrontamiento de los chicos son más activas, en contraposición a las de las chicas, que son más emocionales, más pasivas (Rojo, 2009). Cova, en su análisis de las diferencias de género, usa el constructo «Intensidad emocional» como herramienta explicativa. La Intensidad emocional es el «grado de intensidad con que experimenta afectos de distintas cualidades» (Cova, 2004:166). En su investigación (Cova, 2004) logra resultados semejantes a los de nuestro estudio. Entre las emociones más frecuentes e intensas en hombres destaca la rabia; explica que los hombres se caracterizan por una emocionalidad restrictiva, que es la causa de su imposibilidad para expresar ciertas emociones por no reconocerlas o porque estén enmascaradas por otras emociones más aceptables por la identidad de género masculina, como es la rabia. Los resultados semejantes entre distintos autores evidencian la solidez de la existencia de un patrón diferencial en la expresión del malestar de los adolescentes en función del género, en la que cada individuo se atiene a aquellas formas de expresión que son aceptables en concordancia con su género.

Las expresiones emocionales del malestar en chicos y chicas son igual de intensas, pero se muestran de modos distintos, toman senderos opuestos. Los adolescentes externalizan su disforia a través de actuaciones como el consumo de sustancias y la rabia (Cova, 2004), y presentan estilos de afrontamiento influenciados por el modo en el

que son socializados, más activos e instrumentales (Matud, Guerrero y Matías, 2006). Muestran una expresión del malestar orientada a la acción y al afrontamiento (Martínez-Hernández y Muñoz, 2008), lo cual les encamina hacia trastornos externalizantes, como el abuso de sustancias (Rojo, 2009). Las adolescentes, en cambio, tienden a internalizar su disforia (Cova, 2004) y a desarrollar una mayor psicologización de los problemas (Martínez-Hernández y Muñoz, 2008), puesto que son socializadas para ser más pasivas y centradas en las emociones (Matud, Guerrero y Matías, 2006).

Llegados a este punto, resulta clave comentar que, tal y como defiende Cova (2004), el desarrollo emocional más restrictivo en el caso de los chicos presenta una ventaja: actúa como factor de protección contra la depresión, al contrario de lo que sucede con las chicas, que tienen una mayor vulnerabilidad a los desórdenes depresivos. En cambio, no todo es positivo, puesto que dicha restricción emocional les hace vulnerables a comportamientos y trastornos relacionados con la agresividad y el consumo de sustancias. Otra interpretación que merece ser tenida en cuenta en cuanto a los diferentes modos de expresar el malestar emocional en los chicos defiende que la citada falta de socialización para expresar sentimientos y emociones, junto con las deficiencias existentes en el propio sistema sanitario, podrían estar dificultando el diagnóstico de problemas psicoafectivos en hombres, al encubrirlos mediante somatizaciones y conductas de riesgo como adicciones o agresividad (Bonino, 2001). Así pues, basándonos en esta aportación, la distinta expresión del malestar no significaría que la patología de base fuera distinta, sino que simplemente cada persona haría uso de aquellos patrones de respuestas y expresión que están aceptados y bien considerados social y culturalmente por lo que respecta a los roles de género.

### *El final de los senderos: conclusiones*

Durante la adolescencia, la prevalencia de la depresión es mayor en chicas que en chicos. Existen desigualdades en la salud de los/las adolescentes, que están moduladas por roles y estereotipos de género.

En las causas del malestar no se han encontrado diferencias significativas según el género. Según los informantes, los motivos son los mismos; solo dos causas divergen: las relaciones entre las chicas (que

son más conflictivas, porque se da una mayor competitividad entre ellas) y la mayor deseabilidad social de las adolescentes relacionada con la necesidad de dar buena imagen de sí mismas, lo que está influido a su vez por los valores interiorizados en su rol de género. El que no haya grandes diferencias en las causas de malestar puede ser debido al hecho de compartir las mismas coordenadas históricas y sociales, a que les afecten en general las mismas cosas.

Existen ciertas pautas de socialización emocional en función del género que acentúan el desarrollo diferencial de las competencias emocionales. Dichas competencias influyen en la expresión de los malestares; vemos en nuestros resultados patrones distintos en función del género, debidos a la existencia de modelos diferenciados de vulnerabilidad.

Los resultados indican que las chicas tienen una mayor facilidad para expresar sentimientos y emociones, en contraposición a un mayor ocultamiento de estos por parte de sus *peers* masculinos. Estas expresiones están moduladas por factores diferenciales de género basados en los roles femeninos y masculinos. No se acepta que los chicos muestren emociones prototípicas femeninas, como el llanto o tristeza; para los varones, la expresión adecuada es la ira, la violencia o la agresividad, más acordes con el rol de género masculino.

Otro punto de diferencia en cuanto a la expresión del malestar según el género es la tendencia de las chicas a la *rumiación*, contrapuesta al «pasotismo» y simplicidad manifestado por los chicos. Esta *rumiación* propicia la aparición de trastornos depresivos en las chicas, que las hacen más vulnerables. En cambio, la actitud de los chicos les sirve como factor protector contra la depresión.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se ha visto que las de los chicos son más activas, en contraposición a las de las chicas, que son más emocionales, más pasivas.

Las expresiones emocionales del malestar en chicos y chicas son igual de intensas, pues las emociones de base son las mismas, pero se muestran de modos distintos al estar moduladas y condicionadas por los determinantes socioculturales del sistema de género en el que están inmersos. Los adolescentes expresan su malestar mediante el consumo de sustancias y la rabia, tienen estilos de afrontamiento más activos e instrumentales, y muestran una expresión del malestar orientada a la acción y al afrontamiento, lo cual les encamina hacia

trastornos externalizantes, como el abuso de sustancias. Las adolescentes, en cambio, tienden a internalizar y psicologizar su malestar, y son más pasivas y centradas en las emociones (Matud, Guerrero y Matías, 2006); realizan, en comparación con los varones, una interpretación de las emociones sentidas mucho más compleja, que las acerca a un mayor sufrimiento.

Tal y como defiende Esteban, considerar y comprender la diversidad resulta esencial para una perspectiva completa de las necesidades en género y salud (Esteban: 2010: 45). Visibilizar estas diferencias ya en edades tempranas como la adolescencia muestra el modo en que nuestros jóvenes absorben y se insertan en el sistema de género, reproduciendo roles y prototipos preestablecidos que, a la vista de los resultados, se evidencian como factores de riesgo para la salud. Comprender cuáles son los puntos en los que los senderos empiezan a bifurcarse y los distintos factores socioculturales que se encuentran influyendo, constituye una cuestión clave para reorientar el sistema actual y promover acciones novedosas, encaminadas a erradicar patrones dañinos y obsoletos, perjudiciales para la salud.

En esta primera aproximación al análisis de la expresión del malestar en función del género en los adolescentes se observan dos senderos bien delimitados y distintos, que a primera vista no se hacían tan perceptibles. Así pues, dentro del bosque de nuestra existencia, donde al ir avanzando nos parece que todos tomamos caminos semejantes, encontramos, al observar detenidamente, que los senderos que recorreremos no están determinados por la casualidad, sino que están pautados por patrones socioculturales de construcción de la feminidad y la masculinidad.

A través de la investigación, la escucha activa y el análisis del discurso se hacen visibles las diferencias y se evidencian disparidades, para comprobar finalmente cómo las mujeres tienden hacia el sendero de la internalización y psicologización, y los hombres hacia senderos más externos físicamente, pero más bien de introspección expresiva, como formas distintas de expresar su malestar.

Podemos comprobar, así mismo, la notable importancia que los roles de género marcados por la sociedad tienen en el modo de expresar las emociones, por lo que resulta clave tener presente la noción de género a la hora de analizar los malestares emocionales.

*Bibliografía*

- BARRA, Enrique A.; CERNA, Rodrigo C.; KRAMM, Daniela M.; VÉLIZ, Viviana V. (2006) «Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes». *Terapia Psicológica*. 24 (1): 55-61. Sociedad chilena de psicología clínica. Santiago de Chile.
- BEBBINGTON, P. (1998). «Sex and depression». *Psychological Medicine*, 28:1-8.
- BURIN, M. *et alii* (1990) *El Malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Argentina. Paidós.
- CONNELL, R. W. (1987). *Gender and power*. Sydney, Australia: Allen and Unwin.
- COVA SOLAR, Felix. (2004) «Diferencias de género en bienestar y malestar emocional: evidencias contradictorias». *Terapia psicológica*, 22 (2): 165-169. Sociedad chilena de psicología clínica. Santiago de Chile.
- DEL BARRIO, M.; MESTRE, M.; TUR, A. y SAMPER, P. (2004) «La depresión infante juvenil: El efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57: 5-20.
- ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA (ESCA) 2006, 2010 y 2011. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Puede consultarse en: <[www20.gencat.cat](http://www20.gencat.cat)>.
- ESTEBAN, M<sup>o</sup> LUZ. (2009). «El feminismo como teoría y práctica. El concepto de género». En: *II Jornada de trabajo social: hacia una intervención con perspectiva de género*. Gasteiz. Escuela de trabajo social: 47-53.
- ESTEBAN, M<sup>o</sup> LUZ; COMELLES, Josep M.; y Díez, Carmen (Eds). (2010) *Antropología, género, salud y atención*. Edicions Bellaterra. Barcelona.
- ESTEBAN, M<sup>o</sup> LUZ. (2006) «El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista». *Salud Colectiva*. Buenos aires. 2 (1): 9-20.
- ESTEBAN, M<sup>o</sup> LUZ. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- ESTEBAN, M.L. y Díez MINTEGUI, C. (1999). «Introducción». En: ESTEBAN, M.L. y Díez MINTEGUI, C., (coords.). «Antropología feminista: desafíos teóricos y metodológicos». *Ankulegi-Revista de Antropología Social*: 9-28.

- FANTIN, M., B.; FLORENTINO, M. T.; CORRECHÉ, M., S. (2005) «Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis». *Fundamentos en Humanidades*. IV (011):163-180. Universidad Nacional de San Luis. San Luis. Argentina.
- FERNÁNDEZ PONCELA, Anna María (2011) «Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos. En: *Revista Versión Nueva Época*, nº26.
- GÓMEZ, Mariana (2008) «El género en el cuerpo». *IX Congreso argentino de antropología social: «Fronteras de la antropología»*: 1-12.
- GÓMEZ-RESTREPO, C.; BOHÓRQUEZ, A.; PINTO MASIS, D.; GIL LAVERDE, Jfa.; RONDÓN SEPÚLVEDA, M.; DÍAZ-GRANADOS, N. (2004). «Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana». *Rev Panam Salud Pública*. 16(6):378-86.
- GÓNZALEZ-GONZÁLEZ, A.; JUÁREZ GARCÍA, F.; SOLÍS TORRES, C.; JIMÉNEZ TAPIA, A., MEDINA-MORA, M. E. y FERNÁNDEZ-VARELA MEJÍ, H. (2012). «Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura». *Salud Mental*. 35:51-55.
- GUTIERREZ MOAR, Teresa María; GUTIERREZ MOAR, M<sup>a</sup> del Carmen (2010) *Interpretación del género desde el lenguaje de las emociones*. En RADL PHILLIP, Rita María (Coord.) (2010) *Investigaciones actuales sobre las mujeres y el género*. CIFEX. Universidad de Santiago de Compostela. 263-277.
- GUZMÁN FACUNDO, F. R.; LÓPEZ GARCÍA, K. S.; ALONSO CASTILLO, M. M.; ARÉVALO CHÁVEZ, A. N. y CORRAL ALANA, O. (2009). «Depresión y Consumo de drogas ilegales en población juvenil marginal; comparación entre consumidores y no consumidores». *Revista científica electrónica de psicología*. ICSa-UAEH. Universidad Autónoma de Nuevo León. 7:97-111.
- HALLOWELL, A. I. (1960) «Self, society and culture in phylogenetic perspective». En S. TAX (Ed.) *Evolution after Darwin. Vol II: The Evolution of Man*. Chicago: University of Chicago Press. 309-372.
- HANKIN, B. y ABRAMSON, L. (2001). «Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory». *Psychological Bulletin*, 127:773-796.
- HANKIN, B.; ABRAMSON, L.; MOFFITT, T.; SILVA, P.; MCGEE, R. y ANGELL, K. (1998). «Development of depression from preadolescence to young

- adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study». *Journal of Abnormal Psychology*, 107:128-140.
- KESSLER, R.C. (2000). «Gender differences in major depression». En E. FRANK (Ed.), *Gender and its effects on psychopathology*. APA: Washington DC : 61-84.
- KESSLER, R.C.; BARKER, P.R.; COLPE, L.J.; EPSTEIN, J.F.; GFROERER, J.C.; HIRIPI, E.; HOWES, M.J.; NORMAND, S.L.; MANDERSCHIED, R.W.; WALTERS, E.E.; ZASLAVSKY, A.M. (2003). «Screening for serious mental illness in the general population». *Arch Gen Psychiatry*, 60:184 -189.
- LUTZ, Catherine. (1985). «Depression and the translation of emotional world». En KLEINMAN, A. y GOOD, B. (ed.) *Culture and depression*: 63-100.
- LUTZ C., y WHITE, G., M. (1986). «The anthropology of emotions». *Annual Review of Anthropology*, 15:405-436.
- MARINA, José Antonio (2006). *El laberinto sentimental*. Anagrama. Barcelona.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel y MUÑOZ GARCÍA, Araceli. (2008) «Ratllats, Burxats, Xofs i Deprimits. Com els adolescents perceben el malestar i actuen davant l'adversitat». En BRULLET, Cristina y GÓMEZ, Carme (2008). *III Informe CIIMU. Sobre l'estat de la infància i les famílies*. Vol 1. 360-399.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel (2010) *Anatomía social de les emocions: adolescència, estats d'ànim i salut mental a Catalunya*. Universitat Rovira i Virgili i CIIMU: 1-30.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel y MUÑOZ GARCÍA, Araceli (2010). «Olvidar y conversar. Recursos profanos de los adolescentes barceloneses ante el malestar emocional». En ROMANÍ, O (Ed.) *Jóvenes y riesgos. ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona: Edicions Bellaterra: 109-122.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel y MUÑOZ GARCÍA, Araceli (2010) «Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses. Segunda parte. España». *Salud Mental*, 33 (3): 229-236.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel y MUÑOZ GARCÍA, Araceli (2010). «Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses. España. Primera parte». *Salud mental*, 33 (2): 145-152. Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito federal. México.

- MATUD, M.<sup>a</sup> Pilar; GUERRERO, Kenya; MATÍAS, Roberto G. (2006). «Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión». Universidad de La Laguna. España. *International Journal of Clinical and health Psychology*, 6 (1): 7-21.
- MATUD, M.<sup>o</sup> Pilar. «Género y salud». (2008) *Suma Psicológica*, 15 (1):75-93. Fundación universitaria Konrad Lorenz. Colombia.
- MedlinePlus*, consultada el 19/02/2013 en: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000648.htm>>.
- ROJO, Nieves (2009) «Diferencias de género en la psicopatología de adolescentes». En PÉREZ, Santiago; ROJO, Nieves y HIDALGO, Álvaro (Coords.) (2009) «La salud mental en las personas jóvenes en España». *Revista Juventud*, 84 :11-25.
- SALTZMAN, J. (1992). *Equidad y Género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Madrid: Cátedra.
- SIVERIO EUSEBIO, Miguel Angel y GARCIA HERNANDEZ, M<sup>a</sup> Dolores (2007) «Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: la influencia del género». *Anales de Psicología*, 23 (1): 41-48. Universidad de la Laguna.
- VELEZ GALARRAGA, Rosario; LÓPEZ AGUILAR, Silvia; RAJMIL, Luis (2009) «Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España». *Gaceta Sanitaria*. 23 (5): 433-439.
- VEYTIA LÓPEZ, M.; GONZÁLEZ ARRATIA LÓPEZ, N. I.; ANDRADE PALOS, P. y OUDHOF H. (2012). «Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes». *Salud Mental*. 35:37-43.
- WADE, T.; CAIRNEY, J. y PEVALIN, D. (2000). «Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries». *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41:190-198.



## **Publicación 3: Mundos vitales de palabras: análisis del sufrimiento adolescente mediante narrativas de malestar.**

Carceller-Maicas, N. (2017). “Mundos vitales de palabras: análisis del sufrimiento adolescente mediante narrativas de malestar”. (Material inédito. Artículo actualmente en proceso de revisión en la *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*).



# Mundos vitales de palabras: análisis del sufrimiento adolescente mediante narrativas de malestar\*.

---

Natàlia Carceller-Maicas\*\*

Medical Anthropology Research Center y Universitat Rovira i Virgili, Tarragona,  
España.

## Resumen Analítico:

Para conocer y analizar las nosologías legas que adolescentes y jóvenes emplean para nombrar sus malestares emocionales mediante un enfoque hermenéutico y de interpretación de sus narrativas se empleó metodología cualitativa, realizándose entrevistas semi-estructuradas a una muestra representativa de 105 informantes catalanes/as. Los resultados muestran un continuum nosológico lego que incluye términos coloquiales y biomédicos articulándolos en distintos gradientes de malestar. Normalización y patologización, así como durabilidad y severidad del malestar, devienen conceptos clave en la conformación del continuum. Observándose diferencias por subgrupos de estudio y género. Conocer sus nosologías legas de malestar nos permite entender los modos en que lo perciben, sienten y vivencian, nos aproxima a sus mundos vitales, y posibilita un mayor entendimiento entre adultos/profesionales y jóvenes que contribuye a mejorar su salud emocional.

---

\* Este artículo de investigación científica en Ciencias Sociales en Antropología Médica se basa en la investigación doctoral de la autora, la cual se inició en Mayo de 2013 y finaliza en 2017. Asimismo la presente investigación se deriva de un estudio de mayor escala “Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad”, en el que la autora fue co-coordinadora técnica e investigadora; el proyecto se inició en Noviembre de 2009 y finalizó en Enero de 2014, y fue financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España (CSO2009-08432) y por la Fundació Marató TV3 (090730). La tesis doctoral de la autora titulada: “Análisis del proceso de Auto-atención de los malestares emocionales en adolescentes y jóvenes en Cataluña” le da continuidad al citado proyecto de investigación.

\*\* Máster en Antropología Médica y Salud Internacional, otorgado por la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. Licenciatura en Antropología Social y Cultural, otorgado por la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. Licenciatura en Psicología, otorgado por la Universitat Jaume I, Castelló de la Plana, España. Profesora-consultora en el postgrado de Salud Mental Colectiva de la Universitat Oberta de Catalunya. Investigadora del Medical Anthropology Research Center de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, España.

Correos electrónicos: [carcellermaicas@gmail.com](mailto:carcellermaicas@gmail.com), [natalia.carceller@urv.cat](mailto:natalia.carceller@urv.cat)

### **Palabras clave:**

Adolescencia; juventud; narración; emoción expresada; análisis cualitativo; salud mental; malestares; Cataluña. (Tesauro de la UNESCO y Tesauro Descriptores en Ciencias de la Salud).

Título: “Mundos vitais de palavras: análise do sofrimento adolescente mediante narrativas de mal-estar”.

Resumo analítico: Para analisar as nosologias leigas que os adolescentes e jovens usam para nomear e dar sentido aos mal-estares emocionais a partir de uma aproximação hermenêutica e interpretativa foram desenvolvidas entrevistas semiestruturadas a uma amostra de adolescentes e jovens na Catalunha (Espanha). Os resultados desvelam a existência de um continuum nosológico que articula os gradientes de mal-estar emocional dos mundos vitais dos adolescentes sobre aspectos como a temporalidade, a normalização e a severidade. Observadas diferenças subgrupo de estudo e de gênero. O conhecimento das nosologias leigas permite um acesso a os modos em que o sofrimento psíquico e emocional é percebido, sentido e vivido e, como consequência, pode implicar uma melhora da comunicação entres jovens e profissionais da saúde e da atenção psicossocial.

Palavras-chave: Adolescência; juventude; narração; emoções manifestadas; análise qualitativa; saúde mental; mal-estares; Catalunha. (Thesaurus da UNESCO e Thesaurus Descriptores Ciências da Saúde).

Title: “Vital worlds of words: analysis of adolescent suffering by emotional distress narratives”.

Analytical abstract: In order to analyze the lay nosology that adolescents and young people use to name their emotional distress by means a hermeneutic and interpretative focus qualitative methodology was employed: 105 semi-structured interviews to a sample of adolescents and young people from Catalonia (Spain). Results show the existence of a lay nosology continuum which articulates the gradient of emotional distress that forms their vital worlds; temporality, normalization and severity are key concepts that shape those feelings and sufferings. Differences by subgroups and gender were observed. The recognition of these lay nosologies allows a better access to the

ways in which the emotional distress is perceived, felt and lived; which could lead to improve the communication between young people and mental health professionals.

Keywords: Adolescents; young people; narration; expressed emotion; qualitative analysis; mental health; emotional distress; Catalonia. (UNESCO Thesaurus & Thesaurus Health Sciences Descriptors).

**1.Introducción.-2.La importancia de las narrativas.-3.Metodología.-  
4.Resultados: Nosologías legas de malestar emocional.-5.Conclusiones.-  
6.Bibliografía.**

**1. Introducción:**

*“Los científicos dicen que estamos hechos de átomos...  
Pero a mí un pajarito me contó que estamos hechos de  
historias”*

Eduardo Galeano

De entre los modos que el cuerpo tiene de comunicarse, las palabras son uno de los más poderosos. Un ejemplo de ello se halla en el análisis del malestar emocional mediante “narrativas de enfermedad” (Kleinman, 1988), en las cuales los actores relatan sus historias de aflicción desde su yo encarnado<sup>2</sup> (Lyon y Barlet, 1994; Esteban, 2004) a partir del recuerdo vívido de las mismas, inmersas en el proceso salud/enfermedad/atención. Este proceso se entiende como un contínuum en el que salud y enfermedad no son dos opuestos cualitativos, sino que entre ambas existe una continuidad (Canguilhem, 1978) en la cual co-existen variedad de matices y posibilidades experienciales. Las narrativas de enfermedad permiten indagar sobre multiplicidad de vivencias al rescatar los saberes subalternos, los cuales quedan silenciados bajo la hegemonía del Modelo Médico Hegemónico (MMH) y su saber dominante, la biomedicina (Menéndez, 1985).

El “malestar emocional” hace referencia a los sufrimientos psíquicos y emocionales emergentes de la condición de ser mujer/hombre (Burin et al., 1990), “los cuales no implican necesariamente la posesión ni consecución de un diagnóstico psiquiátrico de

---

<sup>2</sup> El concepto de “yo encarnado” proviene del término inglés “embodiment” desde el cual se entiende el cuerpo como: “Agente en, y como locus de intersección tanto de orden psicológico individual como de orden social, así como para ver al cuerpo como un ser biológico y una entidad consciente, experimentadora, actora, interpretadora (...) La dimensión interactiva de la agencia adquiere una base más amplia cuando se entiende al actor social como un agente encarnado” (Lyon y Barbalet, 1994: 55, 63). Además es “un concepto que integra muy bien la tensión entre el cuerpo individual, social y político” (Esteban, 2004).

depresión” (Carceller-Maicas, 2013:299). Remarca el carácter temporal, no definitivo, y por tanto variable, modificable y cambiante de un mal, de algo que produce desazón en la persona; estando alejado de la noción estática característica del diagnóstico patológico psiquiátrico. El malestar emocional es pues un estado temporal circunstancial ligado al mundo afectivo, que compila un variado abanico de “padeceres” que pueden estar relacionados con la enfermedad o con percepciones y sentires cercanos a ésta; y abarca desde el más ínfimo y efímero desasosiego, hasta los estados depresivos más longevos, formando un contínuum emocional ligado a padecimientos en salud.

Las maneras en las que se expresa el malestar emocional dicen mucho sobre los modos en los que éste es entendido (Cabruja et al., 2000), así como sobre el modo en que es vivido y afrontado por sus protagonistas. La antropología, gracias a su potencial dialógico y a su posición de escucha activa (Martínez-Hernaez, 2010) permite dar voz a los actores principales, recopilando por medio de las narrativas los saberes legos que de otro modo quedarían invisibilizados tras los discursos hegemónicos (Bruner, 2004). Analizar los discursos profanos en general y las narrativas de malestar emocional en particular permite ver los modos en los que se configuran los distintos mundos vitales emocionales; posibilitando evidenciar el rol que el discurso biomédico juega en la concepción de la enfermedad, y los modos en los que se incorpora en el saber profano, configurando una especie de esqueje a partir del cual se producen nuevas y múltiples formas de concebir la realidad.

Las palabras elegidas para explicar las experiencias de malestar y enfermedad resultan cruciales en la subsecuente experiencia vivida, pues las diferentes maneras de percibir, entender, sentir y vivir el malestar resultan en distintos modos de nombrarlo, y viceversa; configurando de este modo los “mundos vitales de palabras”. Este concepto se inspira en los “mundos morales locales”<sup>3</sup> de Kleinman (2013) pero remarca la importancia de los modelos explicativos y las narrativas sobre las experiencias vividas de malestar en la construcción de estos mundos morales locales.

---

<sup>3</sup> “Los mundos morales locales son escenarios de la experiencia moral que expresan lo que más está en juego para las personas en sus redes locales de relaciones en las comunidades. Estos mundos ya no se limitan a los espacios limitados de la etnografía tradicional, como el pueblo, el lugar de trabajo, la favela o el hogar, sino que se extienden a las redes donde la vida cotidiana se promulga y se realiza, donde la experiencia subjetiva interna está en interacción con las prácticas y compromisos de otras personas. Estos podrían ser transcontinentales y transnacionales, o profesionales y de negocios, así como nacionales. Aquí, los valores vividos del individuo y los de la red pueden estar en sintonía o en conflicto, implicando constantes contestaciones y compromisos” (Kleinman, 2013).

Debido a que el mundo adolescente/juvenil posee particularidades que lo diferencian del mundo adulto, es preciso entenderlo como una entidad cultural en sí misma con su lenguaje y simbología propios. Tal y como diría Geertz: “La cultura de un pueblo es un conjunto de textos. (...) Las sociedades contienen en sí mismas sus propias interpretaciones. Lo único que se necesita es aprender la manera de tener acceso a ellas” (Geertz, 1993, p. 372); resultando las narrativas de malestar juvenil una llave maestra que da acceso a una mejor comprensión de su mundo.

Esta investigación aborda el proceso de auto-atención del malestar emocional en adolescentes y jóvenes, y se centra en conocer y analizar los modelos explicativos que manejan en torno al malestar emocional, analizando asimismo las articulaciones existentes entre el discurso médico hegemónico y los discursos juveniles subalternos; contribuyendo de este modo a la democratización de los saberes. Centrándose este artículo en la detección y análisis de las nosologías legas<sup>4</sup> que adolescentes y jóvenes emplean para nombrar su malestar, como primer paso hacia el conocimiento y comprensión de sus modelos explicativos.

### **La importancia de las narrativas:**

Aproximarse al abordaje de los malestares emocionales en adolescentes y jóvenes mediante el análisis de sus narrativas permite “capturar la vívida inmediatez de la experiencia, de la cual el significado no puede separarse” (Beatty, 2013, p. 414). Las narrativas poseen un potencial transformador, pues van más allá del contenido de la narración incluyendo una temporalidad, estableciendo causalidades y produciendo relaciones, lo cual les permite constituirse como vías de acción para el sujeto (Schöngut & Pujol, 2015). Es por estos motivos por los que se considera adecuado, tanto a nivel teórico como práctico, abordar el estudio de los malestares emocionales desde el análisis de narrativas. Autores como Beatty mencionan la relación existente entre emoción y narración, y recomiendan el uso de las segundas para lograr el óptimo estudio de las primeras, pues “una gran labor de la antropología será redescubrir la

---

<sup>4</sup>La Real Academia Española define “nosología” como la: “Parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades”. Inspirado en este término perteneciente al ámbito biomédico el concepto de “nosología lega” refiere, en contrapunto, a la “parte del saber popular subalterno que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar los malestares y padeceres vitales; incluyendo por tanto todos aquellos términos, expresiones y nomenclaturas que emplean habitualmente las personas que no están instruidas en el campo de la salud.



particularidad de la emoción y su dimensión temporal, la cual sólo puede capturarse adecuadamente por medio de la narrativa” (Beatty, 2013, p. 421).

Existe una profunda interrelación entre tres conceptos analíticos clave como son la emoción, la experiencia vivida y la narración, tal y como puede apreciarse en definiciones conceptuales como la propuesta por Shweder para describir el concepto de emoción: “estructuras narrativas complejas que dan forma y significado a experiencias somáticas y afectivas” (Shweder, 1994, p. 37).

Esta investigación aborda los malestares emocionales desde un enfoque hermenéutico en el que las narrativas, los discursos e incluso el lenguaje en sí mismo van más allá del utilitarismo, pues considera que el lenguaje, tal y como lo definen Das y Kleinman, es “una experiencia que permite al sujeto no sólo transmitir un mensaje, sino que también le permite proyectarse hacia el exterior” (Das & Kleinman, 2001, p. 22). Esta proyección del sujeto desde su yo más íntimo y profundo hacia la esfera exterior contextual donde se encuentran los otros es la que posibilita que las personas se aproximen a aquello que Boon llama reflexividad diaria (Boon, 1999), la cual puede ser entendida en base a las aportaciones del autor como ese proceso cotidiano en el que las personas casi sin darse cuenta piensan y repiensen continuamente tanto a sí mismas, como a su contexto, y a ellas dentro del contexto. Este aspecto también se evidencia en el proceso de comunicación interpersonal que acontece en el transcurso de la narración, pues tal y como LeVine defiende: “la comunicación interpersonal es el medio a través del cual descubrimos cómo los individuos experimentan sus vidas y cómo las creencias culturales dan forma a dicha experiencia” (LeVine, 1982, p. 293). Sin embargo las creencias culturales no resultan ser las únicas que contribuyen a dar forma a la experiencia, pues si así fuese las experiencias de los miembros de una misma cultura serían todas relatadas e interpretadas de maneras poco más o menos análogas, lo cual dista bastante de la realidad. Los factores sociales juegan igualmente un papel determinante en la percepción y vivencia de la experiencia. Aspectos tales como el género, la edad, los recursos personales, económicos y materiales, así como los roles que se juegan en el contexto tienen un peso determinante en el proceso. Aunque es esencial remarcar que no todo son factores socio-culturales externos, pues existe otra tipología de variables que deviene crucial en lo que a la percepción y la narración de la experiencia de malestar se refiere: el bagaje personal.

El bagaje personal de experiencias previas aporta el toque personal que marca las diferencias en torno al hecho vivido, pues ante un mismo acontecimiento o hecho social las distintas personas que lo vivencian lo perciben y reaccionan de distintas formas. Todo este conjunto de factores se encuentra profundamente interrelacionado y da forma a un complejo entramado que influye en la manera en la que adolescentes y jóvenes viven y narran sus malestares emocionales (Carceller-Maicas, 2013). Es por tanto a partir de las narraciones del malestar vivido y experimentado, y del modo en que éstas son comunicadas, que logramos aproximarnos en mayor medida al sentir encarnado de los actores principales. El uso de las narrativas como vía de aproximación y fuente de información y análisis cualitativa e interpretativa permite, tal y como defiende Amar-Rodríguez “dar a comprender unos hechos que son contados por nuestros informantes con voz propia, a través de la singularidad de su recuerdo, emoción o memoria, sobre la importancia de leer la vida” (Amar-Rodríguez; 2016, p. 978). Narrar ayuda a elaborar la propia vivencia, pero para llegar a narrar en voz alta las vivencias personales y las experiencias vitales significativas a un tercero resulta imprescindible pararse, aunque tan sólo sea por un instante, a recordarlas. Este recordar o recordar nunca es neutro ni “objetivo”, puesto que se ve influenciado y condicionado por los hechos y circunstancias que configuran la vida de la persona, incluso a pesar de que éstos hayan tenido lugar a posteriori del evento recordado, pues influyen tanto en la interpretación del hecho recordado como en la emoción que éste causa. Acudir a los orígenes del término da una idea clara y sencilla de este argumento: el término “recordar” proviene del latín *re-cordis* y significa volver a pasar por el corazón. Cada vez que recordamos reinterpretamos imbuidos por nuestro yo presente en continua e incesante reconstrucción. Tal y como explica Damasio: “Todos nosotros tenemos la experiencia directa de que cuando recordamos un objeto dado, o cara, o escena, no obtenemos una reproducción exacta sino más bien una interpretación, una versión acabada de reconstruir del original” (Damasio, 1995, p. 153). No existe por tanto una objetividad neutra y aséptica en las narrativas, sino que éstas son fruto de la subjetividad de las experiencias y vivencias de la persona que las narra; siendo esta una de las riquezas que esta técnica nos ofrece, pues “nuestra intención no se centra en exclusividad en estudiar al sujeto sino en conocer su subjetividad” (Amar-Rodríguez; 2016, p. 978). Este recuerdo subjetivo, “condicionado” y cambiante con el transcurso del tiempo y de la

vida llevará a narrar el malestar vivido a través de diversos “modelos explicativos”. Y es a través de este término (“modelos explicativos”) propuesto por Kleinman (1980)<sup>5</sup> que se puede llegar a discernir y evidenciar aquellos aspectos que son de especial importancia para cada individuo en su propia experiencia de malestar; resultando de este modo el análisis de narrativas crucial para lograr vislumbrar dichos aspectos clave.

## **2. Metodología:**

### *Proyecto*

Esta investigación es parte de la tesis doctoral de la autora (2013-2017), la cual se inicia dentro del proyecto “Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad” (2009-2014) (financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España y la Fundació Marató TV3).

El objetivo principal del proyecto global fue indagar sobre los malestares emocionales depresivo/ansiosos de los/as adolescentes y jóvenes catalanes y la relación de estas aflicciones con sus estilos de vida y modelos profanos de afrontar la adversidad. La tesis doctoral de la autora indaga en profundidad sobre una de las líneas de interés derivadas del proyecto global, el proceso de auto-atención que siguen adolescentes y jóvenes para afrontar sus malestares emocionales, y presta especial atención al análisis de los modelos explicativos legos y expertos y a las articulaciones que se dan entre ambos.

### *Diseño de investigación y participantes*

Participaron 105 adolescentes y jóvenes (de entre 17 y 21 años) de todo el territorio catalán seleccionado/as a partir de una muestra representativa de más de tres mil informantes del Panel de Famílies i Infància (PFI), un estudio sociológico longitudinal en cuatro oleadas que inició en 2006 (Institut d’Infància i Món Urbà, 2012; Martínez-Hernández et al., 2012). La información del PFI versaba sobre aspectos relacionados con

---

<sup>5</sup> Modelos Explicativos (EMs): “nociones acerca de un episodio de enfermedad y su posible terapéutica que son empleadas por todos aquellos involucrados en el proceso clínico. La interacción entre los EMs de los pacientes y los EMs de los profesionales es el componente fundamental de la atención en salud. El estudio de los EMs de los profesionales nos remite a cómo ellos entienden y tratan la enfermedad. El estudio de los EMs de los pacientes y familiares expresa cómo ellos dotan de sentido un episodio de aflicción y cómo escogen y valoran los diferentes tratamientos. La investigación de la interacción entre los EMs de profesionales y pacientes nos permite un análisis de los problemas que aparecen en la comunicación clínica” (Kleinman; 1980, p. 105)

estados de ánimo negativos mediante una escala auto-administrada (años 2007 y 2008) y sobre la existencia de un diagnóstico previo de depresión/ansiedad (años 2006 y 2010), además de diversidad de factores sobre consumo de sustancias psicoactivas, sociabilidad, factores económicos, escolares y familiares.

La selección de la submuestra de 105 informantes que compone la presente investigación se efectuó a través de la técnica propensity matching score, obtenida sobre la base de predictores observables mediante un análisis de regresión logística. Se configuraron tres grupos de participantes: a) Grupo “Diagnóstico”: compuesto por informantes con depresión/ansiedad diagnosticada en la 1ª o 4ª oleada del PFI según el relato de sus progenitores (la pregunta incidía sobre si existía un diagnóstico profesional de depresión/ansiedad); b) Grupo “Malestar”: informantes con malestar auto-percibido de tipo depresivo en las oleadas 2ª y 3ª pero sin diagnóstico clínico profesional de depresión/ansiedad; y c) Grupo “Control”: informantes sin diagnóstico clínico ni malestar emocional auto-percibido. Pese a que la selección inicial fue de 50 jóvenes por subgrupo debido a la pérdida de muestra (por cambio de domicilio, imposibilidad de contacto, o negativa a ser entrevistado/a) finalmente fueron entrevistados/as 105 jóvenes: 37 del Grupo Diagnóstico, 33 del Grupo Malestar, y 35 del Grupo Control, con una proporción de 31% hombres y 69% mujeres.

#### *Entrevista:*

Se realizó una entrevista semi-estructurada a los/as 105 informantes. Iniciaba con el relato de una viñeta creada ex profeso en la que se exponía el caso de un/a joven imaginario/a que mostraba síntomas de depresión siguiendo los criterios que establecen manuales al uso como el DSM-IV-TR (APA 2004), pero sin explicitar posibles motivos o causas. La entrevista proseguía con una batería de 38 preguntas dirigidas a analizar las narrativas de adolescentes y jóvenes sobre malestares emocionales, las estrategias profanas que emplean para afrontar la adversidad y su visión sobre los dispositivos especializados de atención a la salud mental y los profesionales que en ellos trabajan. La primera pregunta de la entrevista siempre fue ¿Qué le pasa a María/Juan según tu punto de vista? Continuando con preguntas que iban focalizando de progresivamente en la experiencia del/de la entrevistado/a. El/la entrevistador/a no citó ni utilizó previamente la palabra “depresión” o cualquier otra categoría diagnóstica. Se garantizó el anonimato

de los/as participantes durante todo el proceso de investigación, y tanto los/as jóvenes como sus progenitores/as firmaron el consentimiento informado.

El género del personaje de la viñeta inicial fue el mismo que el de la persona entrevistada. Las entrevistas, de una hora y media de duración aproximadamente, fueron grabadas, transcritas, almacenadas, codificadas y analizadas mediante el software cualitativo Atlas.ti. Se realizó inicialmente un análisis temático para identificar los contenidos principales de los datos obtenidos. A continuación se organizó una estructura de codificación de acuerdo con los principios de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967), el modelo hermenéutico y el método etnográfico, incluyendo el descubrimiento de tipologías nativas o emic. Posteriormente se revisaron las transcripciones y se aplicaron los códigos incluyendo la identificación y análisis de las excepciones, así como la reflexividad y la revisión entre pares.

El empleo de la viñeta inicial actúa como un “acontecimiento ficcionado” que permite interrumpir el flujo del devenir y condensar el tiempo, poseyendo “las mismas características y cualidades que los acontecimientos reales” (Gómez-Esteban, 2016:142). Estas particularidades de la viñeta posibilitan que los/as informantes se examinen y se reflexionen sobre acontecimientos imaginados o vividos a través de otros *como si* ellos/as mismos/as los hubiesen experimentado; permitiéndonos a partir de dicha ficcionalización aproximarnos en mayor medida a sus sentires y realidades emocionales.

Viñeta inicial:

*María/Juan tiene 17 años y las dos pasadas semanas se ha sentido mal. Se siente triste y vacío/a, y a veces esta irritable. Le cuesta mucho concentrarse. Ya no siente placer por las cosas que siempre le han gustado y no tiene ganas de comer. Le cuesta mucho dormir por la noche y pasa el día sin energía para hacer las actividades que siempre había hecho.*

Las preguntas de la entrevista para indagar en las nosologías legas fueron: 1) *¿Qué le pasa a María/Joan según tu punto de vista?*; 2) *¿Qué nombres recibe eso que le pasa?* ; 3) *¿Me puedes decir qué palabras utiliza la gente de tu edad para hablar de estos estados?*

### **3. Resultados: Nosologías legas de malestar emocional.**

A partir del caso planteado en la viñeta inicial de la entrevista, elaborada incluyendo sintomatologías pertenecientes a la categoría de “Depresión” que expone el DSM-IV-TR, se formularon preguntas sobre el malestar de María/Juan, dirigidas a indagar sobre la nosología lega que emplean adolescentes y jóvenes para referirse al malestar. A partir de dichas cuestiones (preguntas 1, 2 y 3 de la entrevista) los/as informantes dan a conocer su repertorio nosológico, compuesto por más de setenta expresiones y términos diferentes. Las nosologías sugeridas incluyen términos que se posicionan en diversos puntos de un continuum que abarca desde conceptos coloquiales provenientes del argot generacional hasta conceptos formales pertenecientes a los sistemas médicos expertos.

En la Tabla 1 se observan las nosologías mencionadas. Las respuestas se codificaron y agruparon por categorías en base a los tipos de malestar, resultando a partir de esta codificación setenta y cinco nosologías distintas. De éstas setenta y cinco sólo cinco de ellas (las resaltadas en la Tabla 1 en negrita) provienen del ámbito médico clínico, perteneciendo el resto al ámbito de lo coloquial y cotidiano. Al analizar los resultados atendiendo a la frecuencia con la que las expresiones son mencionadas<sup>6</sup> se observa un hecho interesante: de los diez términos más empleados (marcados con asterisco en la Tabla 1), tres pertenecen al ámbito clínico (depresión, ansiedad y anorexia), siendo la “Depresión” la categoría que ocupa la primera posición, desmarcándose ampliamente del resto de terminologías.

Tabla 1: Nosologías legas de malestar emocional

Agobiado/a	Esta deshecho/a	No tiene ambiciones
Amargado/a	Está destrozado/a	Perdido/a por la vida
Amparanoiá/Emparanoiado/a	Está en blanco	Pesimismo
Angustiado/a	Está en esos días	Pocho/a
<b>*Anorexia</b>	Está en la parra	Poco satisfecho/a
<b>*Ansiedad</b>	Está en shock	Preocupación
Apatía	Está enamorado/a	*Problemas de la adolescencia
<b>Autista</b>	Está enfermo/a de algo	Puteado/a
Baja autoestima	*Esta mal	Que le hagan Bullying
Bloqueado/a	Está pocho/a	Raro/a
<b>Bulimia</b>	Esta tocado/a	*Ratllat/rayado/a
Burchado/a	Estresado/a	Se ha dado un mal trago
Cabizbajo/a	Frustrado/a	Sin fuerzas
Cansado/a	Fuera de sí mismo/a	Sin vida
Cerrado/a	Hecho/a mierda	Sufrimiento
Confundido/a consigo mismo/a	Hundido/a	*Tiene un bajón/está de bajón
Crisis identidad	Indecisión	Tienen una cosa chungu
Decaído/a	Inestabilidad	Tontería
<b>*Deprimido/a</b>	Infelicidad	*Triste
Desanimado/a	Insatisfecho/a	Un colapso
Desilusión	Insoportable	Un poco out
<b>*Desmotivado/a</b>	Jodido/a	Vacío/a
Desorientación	Mustio/a	*Xof/Chof
Embobado/a	Nerviosismo	
Encaprichado/a	No estás en lo que estas	
Esta apagado/a	No se quiere a si mismo/a	

Tabla elaborada por la autora a partir de los datos de la investigación.

Existen matices relevantes que muestran las diferencias existentes entre unas y otras nosologías, lo cual puede apreciarse a partir del siguiente análisis de algunas de las más destacadas. Tal y como explican los/as adolescentes y jóvenes para ellos/as “Estar chof/xof” significa “estar diferente”, “bajo moralmente”. Esta expresión onomatopéyica se utiliza para referir aquellas situaciones: *“cuando te sientas, dejas ir un suspiro, o sea que descansas, que estás como apagado, como caído ¿sabes? No tienes ganas de hacer nada, estás cansado de todo”* (177\_HombreControl) y surge inevitablemente un “buff” (184\_HombreControl), la usan cuando están *“sin ganas de nada”* y *“en plan triste”*, cuando *“estás como que no existe nada a tu alrededor, que es solo tu mundo y de ahí no sales”* (3\_MujerDiagnóstico). Frecuentemente se asocia *“estar chof/xof”* con

“*tener/estar de bajón*” y “*estar rayado/a*”, otorgándoseles de este modo posiciones equivalentes dentro del continuum de gravedad del malestar. No obstante, aunque las tres expresiones aluden a niveles similares de malestar, principalmente en base a su carácter de escasa temporalidad: “*puedes estar así dos días y luego te animas (...) es temporal*” (81\_MujerMalestar); “*estar rayado/a*” presenta un matiz diferencial con respecto las otras dos, pues a pesar de que “*Chof y rayada vienen a ser igual, rayada es más por algo concreto, pero luego te pasa*” (4\_MujerDiagnóstico).

La nosología considerada más preocupante por nuestros/as informantes es la “Depresión” pues hace referencia, según ellos/as mismos/as explican, a estados más graves y severos de malestar. Al inicio de la entrevista, tras la lectura de la viñeta, a muchos/as les vino a la mente el término depresión pero no lo consideraron adecuado para describir lo sucedido en ella porque dijeron que lo veían un término demasiado fuerte. En base a sus modelos explicativos adolescentes y jóvenes interpretan el suceso de la viñeta de modo distinto a como lo entiende el sistema biomédico, pues tal y como se aprecia en el discurso de nuestras/os informantes éstos/as tienden a despatologizar la vivencia y llevarla más hacia el ámbito de lo cotidiano:

*“¿Depresión? Bueno, depresión yo lo entiendo más como algo que se tiene que tratar médicamente, yo... a lo mejor es un inicio, pero las personas con depresión... yo he visto personas con depresión y muestran síntomas que diría, mucho más graves. Yo no lo llamaría a esto “depresión”, pero bueno, siempre puede ser un principio”.*

49\_MujerMalestar

Resulta interesante cómo a pesar de ser la nosología más frecuentemente citada es considerada la que indica mayor gravedad, aun cuando muchos/as jóvenes no consideran que el caso de la viñeta necesite de atención médica especializada, pues opinan que se corresponde con una situación cotidiana. Este hecho que a primera vista puede resultar paradójico esconde un matiz interesante que da explicación a este contrasentido. Es a partir del análisis del conjunto de narrativas que hayamos la respuesta a este hecho. La nosología “Depresión” es empleada por la juventud para nombrar dos situaciones completamente distintas en cuanto a la severidad del malestar se refiere, pudiéndola encontrar en dos puntos diametralmente distintos del continuum



de gravedad del malestar. Por un lado indica el grado más elevado de malestar, catalogándola como una enfermedad que es necesario abordar y tratar con profesionales sanitarios especializados, considerando que la gravedad de lo sucedido ha de ser extrema para producir depresión: “[Es] como una especie de depresión pero que no se puede elevar al grado de depresión porque, evidentemente con 17 años tiene que ser algo muy grave para tener una depresión”.

#### 154\_MujerControl

Pero por otro lado esta nosología originariamente nacida dentro del ámbito clínico es también empleada por los/as jóvenes para referir un estado de malestar de poca relevancia que queda dentro de la normalidad cotidiana: “Está deprimido, pero exagerando un poco la situación. No está deprimido del todo en el tema médico, pero se siente mal, está triste, está decaído” (168\_MujerControl). La “depresión” se configura así en este caso como un término coloquial que ocupa una posición leve dentro del *continuum*; distanciándose de su similitud con un estado de enfermedad.

Estos dos contextos tan dispares pero a la vez considerados igualmente adecuados por los/as jóvenes para emplear el citado término explican la elevada frecuencia de respuesta que muestra esta nosología. La “Depresión” resulta pues una nosología clave en el estudio de los malestares emocionales en jóvenes, puesto que se configura como un concepto-bisagra que refiere tanto a los estados más severos como a los más leves y normalizados.

*“P. ¿Qué es depresión para ti?”*

*R. Pues no sé, sabrán los médicos, creo que es algo del cerebro y eso, pero que se dice a estados de ánimo, a veces “depresión” y a lo mejor no lo es. No sé, [sería] como que “está rayado”, o que está así, “decaído”, “desanimado”.*

#### 149\_MujerControl.

La clave de dicha ambivalencia reside no sólo en el término en sí mismo, sino también en el modo de expresarlo. Los estados leves responden frecuentemente a “estar depre”: “Oye estoy mal, estoy depre y no tengo ganas de comer” (76\_MujerMalestar); en cambio los estados severos suelen referirse como “tener depresión”. El análisis etimológico de las expresiones empleadas da cuenta de las diferencias entre los estados

a los que ambas aluden. En “estar depre” se emplea el verbo “estar”, que connota momentaneidad, brevedad, y hace referencia a un estado pasajero; además el hecho de abreviar el término “depresión” y dejarlo sólo en “depre” resulta también especialmente significativo. Al parecer del mismo modo que se reduce el término se reduce con él la carga dramática que posee. Se reduce su gravedad y la cantidad de malestar que conlleva. Da la impresión de que al eliminarle letras se le eliminan también los pesares que porta, aligerando así al mismo tiempo la carga del término y la del malestar al que se refiere. La expresión “tener depresión” en cambio emplea el verbo “tener” el cual implica posesión y mantenimiento, denotando un estado de mayor duración en el tiempo<sup>7</sup>. Alude así a una característica definitoria e intrínseca del individuo y connota perdurabilidad, correspondiéndose de este modo a las características comúnmente atribuidas a las etiquetas clínicas diagnósticas presentes en el DSM. Esta nosología puede agravarse aún más cuando en lugar de los verbos “estar” y “tener” se emplea el verbo “ser”; pues si “tener” ya implica una perdurabilidad que incrementa la gravedad de la experiencia de malestar, “ser” hace que la depresión pase a incorporarse (*embodied*) como una característica intrínseca, definitoria e inmanente de la persona.

El término “depresión” ejerce de hilo conductor a través del cual se da sentido, significado y orden al resto de nosologías inscritas en el continuum del malestar emocional; pues a partir de la explicación del significado que el término “depresión” tiene para los/as jóvenes se empieza a desenmarañar la trama y surgen a la luz las particularidades por medio de las comparaciones entre las distintas nosologías, construyendo un gradiente nosológico dentro del continuum del malestar emocional.

El análisis muestra que la temporalidad del malestar deviene un factor clave a la hora de considerar la gravedad del mismo. Los padeceres más momentáneos son considerados de carácter más leve, en cambio, a medida que el malestar se extiende en el tiempo y su duración pasa de un momento a unos días, y de unos días a una temporada, la gravedad se incrementa, y lo que podía considerarse normal y típico de la adolescencia pasa a aproximarse al polo de lo patológico y a entenderse como una enfermedad.

*“[La depresión] es un estado más crítico, más acentuado [que estar triste]. Una depresión es bastante más. Puedes estar triste, puedes*

---

<sup>7</sup> RAE. Ver acepciones 2 y 3: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=48WFY8XXaDXX2R82DbOq>

*tener unos días que estás mal, y luego estar bien. La depresión [en cambio] es que estás en un estado continuo de tristeza...”*

12\_MujerDiagnóstico

*“Estar triste”... esto, bueno, todo es momentáneo, ¿no?, pero la tristeza supongo que es más momentánea que la “depresión”, que ya llevas un periodo”.*

180\_HombreControl.

*“P: ¿Qué diferencia habrá entre ese momento y la depresión en sí?”*

*R: Que la depresión es una enfermedad que tiene un largo período de tiempo y que tienes que tratarte con psicólogo y medicación”.*

147\_MujerControl

La temporalidad del malestar se haya, según los/as jóvenes, profunda e íntimamente vinculada a la gravedad del mismo. Tal y como defiende Amador-Boquiro “las temporalidades sociales son recursos mentales (reguladores) que permiten a los seres humanos y grupos sintetizar, integrar y coordinar el mundo social” (Amador-Boquiro; 2016, p. 1327), jugando pues un papel fundamental en la manera en la que los/as jóvenes conciben el malestar emocional. Los resultados muestran que cuanto más tiempo dura el malestar mayor es su gravedad. “Estar de/tener un bajón”, “estar rayado”, “estar de mal rollo” o “estar triste” son estados breves, momentáneos, pasajeros, considerados por los/as jóvenes como parte normal de su día a día. Se observa pues llegados a este punto cómo la normalización de las vivencias de malestar juega también un papel relevante en las nosologías empleadas y en los significados que poseen. Aquellas situaciones que quedan dentro de la normalidad y cotidianeidad configuran lo que ellos/as mismos/as categorizan como “estar normalmente deprimido”. El “estar normalmente deprimido” o el “*being normally depressed*” es para ellos/as una consecuencia de las situaciones de la vida cotidiana e incluye situaciones habituales como tener problemas en el instituto, tener problemas con los familiares y/o amigos, e incluso estar enamorado (Martínez-Hernández et al., 2014). Debido a esta cotidianeidad la

solución a esta “depre normalizada” ha de ser encontrada dentro del contexto de la vida cotidiana y de las relaciones sociales, haciéndole frente mediante estrategias de auto-atención (Martorell-Poveda et al.; 2015), pues para los/as adolescentes este “estar normalmente deprimido” no es un estado inusual ni patológico, sino frecuente y normalizado.

El análisis de narrativas muestra que cuando se habla de malestares de tipo depresivo existe una relación inversamente proporcional entre la temporalidad y la normalización del malestar, pues cuanto más perdura el malestar más se aleja del ámbito de lo normal para ir aproximándose progresivamente al polo de lo patológico. Llegados a este punto del continuum en el que hallamos “tener depresión” o “ser depresivo” como las nosologías que denotan mayor severidad, la normalización de la experiencia de malestar desaparece y pasa a ser considerada una enfermedad; quedando en este caso su abordaje y solución dentro del ámbito médico especializado, debiendo ser tratada por profesionales de la salud mental.

Por último es necesario señalar que al analizar los resultados atendiendo a los subgrupos y al género de los/as informantes se evidencian diferencias en la frecuencia de las nosologías más empleadas (Ver Tabla 2). Pese a que la “Depresión” es la nosología más señalada en todos los subgrupos, es el grupo “Diagnóstico” quien más veces la reporta, seguido por el grupo “Malestar” y por último por el grupo “Control”. Además al disgregar los datos por género se observa que son las mujeres las que lo destacan con mayor frecuencia, tanto en la muestra general como en cada grupo en particular. La segunda nosología más nombrada, “tristeza”, no muestra diferencias destacadas en este aspecto; en cambio sí que se observan en la tercera, “rallado/a”, en la que es el grupo “Control” quien la señala con mayor frecuencia, especialmente las mujeres. Este patrón diferencial de respuestas resulta interesante, pues son las personas más familiarizadas con los dispositivos de atención (las que han sido diagnosticadas, Grupo Diagnóstico) las que más aluden a la depresión como nosología explicativa del malestar, en cambio, aquellas más alejadas de los dispositivos, las pertenecientes al grupo control, son quienes más destacan una de las nosologías más normalizadoras y coloquiales del continuum, “rallado/a” (Ver Tabla 2).

Tabla 2: Nosologías legas de malestar más frecuentes distribuidas por subgrupos y género.

	Grupo									Total		
	Diagnóstico			Malestar			Control					
Nosologías más referidas:	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Depresión	12	20	32	8	18	26	6	16	22	26	54	80
Triste	3	5	8	3	7	10	4	7	11	10	19	29
Rallado/a	4	4	8	2	5	7	1	12	13	7	21	28
Xof/Chof	1	4	5	0	4	4	2	2	4	3	10	13
Tiene bajón	2	1	3	2	2	4	1	3	4	5	6	11
N Total respuestas de las 75 nosologías	43	61	104	31	61	92	27	71	98	101	193	294

H:Hombre; M: Mujer; T: Total

Tabla elaborada por la autora a partir de los datos de la investigación.

#### 4. Conclusiones:

El análisis de narrativas de malestar como vía de aproximación y abordaje de los malestares emocionales en adolescentes y jóvenes es una herramienta de investigación que permite acceder a los modos en que dan forma a sus padecimientos (Del Monaco; 2015), así como cuestionar la realidad y desvelar los múltiples significados intersubjetivos de lo vivido (García-Huidobro; 2016). Esta estrategia investigativa reivindica la democratización de los saberes al poner en valor los discursos legos y subalternos al tener en cuenta las múltiples producciones de subjetividad inmersas en los relatos (Güelman y Borda; 2014). Es a partir de este “dar voz” a adolescentes y jóvenes, y a poner en valor sus conocimientos sobre sus propias vivencias, que se evidencia la existencia de un modelo explicativo del malestar emocional distinto al del saber biomédico. Emerge a partir de aquí un amalgama de nosologías legas que muestra las maneras en las que la juventud percibe, interpreta, siente y experimenta el malestar. Este continuum nosológico propio abarca desde términos coloquiales (rallado/a, xof, etc.) que aluden a malestares leves, breves, cotidianos y normalizados, hasta conceptos que han permeado desde el sistema médico experto (depresión, ansiedad, etc.), los cuales refieren malestares más severos, duraderos, insólitos y patológicos.

El análisis de narrativas ha permitido evidenciar: las especificidades y particularidades de los distintos gradientes nosológicos del malestar, el papel clave que la nosología “depresión” desempeña en la construcción del modelo juvenil al actuar como concepto-

bisagra que hace de hilo conductor en la configuración del continuum nosológico de malestar, y el papel esencial que la temporalidad y la normalización juegan en el modelo explicativo juvenil del malestar emocional. Asimismo las diferentes frecuencias de respuesta en las nosologías más destacadas observadas a partir del análisis por subgrupos y género (Tabla 2) podrían estar señalando el modo en que el discurso biomédico permea en los modelos explicativos legos de la juventud sobre el malestar emocional; pues da la impresión de que cuanto mayor (más frecuente) es el contacto y experiencia de la juventud con el sistema biomédico mayor es la influencia que éste ejerce sobre los modelos explicativos legos. No obstante, para poder validar esta hipótesis surgida en el proceso de investigación es necesario indagar en profundidad sobre la frecuencia, intensidad y especificidades de las experiencias y contactos que los/as jóvenes han tenido con los sistemas de atención a lo largo de sus vidas, resultando por tanto este punto una de las limitaciones de la presente investigación y al mismo tiempo una de las líneas de interés a abordar en un futuro.

En conclusión podemos afirmar que disponer de esta nueva información sobre los modelos explicativos adolescentes/juveniles nos permite acercarnos a una mayor comprensión de su realidad y de sus mundos vitales de palabras; pues nos muestra las similitudes y discrepancias existentes entre los modelos explicativos lego y experto, los modos mediante los que el discurso médico se impregna en los discursos legos, y las maneras en que adolescentes y jóvenes de-construyen y reinterpretan dicha terminología experta y la incorporan en sus propios modelos explicativos del malestar (agency). La construcción de las narrativas de aflicción se configura así como una toma de agencia al auto-constituirse como alternativas a las (meta)narrativas dominantes (Baglia y Bonet-Martí; 2009), incorporando una visión del malestar basada en experiencias subjetivas e intersubjetivas encarnadas, y no en la evidencia biomédica. Esta comprensión del malestar desde la visión adolescente muestra un modelo explicativo repleto de expresiones y categorías nosológicas propias que hablan del modo en el que la juventud percibe, siente y vive el malestar. Conocer y comprender estos modelos explicativos juveniles con todas sus articulaciones y complejidades permite entender mejor sus sentires y padeceres, y los medios por medio de los cuales se configuran y afianzan en sus modos de ser y estar en el mundo. Estudios como el de Bunge et al., entre otros<sup>8</sup>,

---

<sup>8</sup> Estudios anteriores como el de Barber et al. 2006 y el de Biering 2010 hallaron resultados similares, mostrando que las habilidades comunicacionales en la relación profesional-paciente son un aspecto crucial cuando se trata de adolescentes.

muestran que para adolescentes y jóvenes “poder expresarse” en su relación con los/as profesionales de la salud mental es un aspecto clave en la relación terapéutica, valorándolo incluso como más positivo que los progresos obtenidos (Bunge et al., 2016; Barber et al., 2006; Biering, 2010); siendo clave que dicha expresión puedan realizarla empleando sus propias palabras y expresiones, en definitiva, sus propios modelos explicativos. Este conocimiento del mundo juvenil puede contribuir a mejorar las relaciones entre adultos/as (profesionales y/o familiares) y jóvenes al posibilitar la existencia de un diálogo comprensivo entre ellos/as, y un acercamiento a su mundo vital que permita el acompañamiento de adolescentes y jóvenes en su proceso de crecimiento contribuyendo de manera asertiva y facilitadora en la gestión de los malestares emocionales en esta etapa vital.

## 5. Bibliografía:

Amador-Baquiro, J. C. (2016). Jóvenes, temporalidades y narrativas visuales en el conflicto armado colombiano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (2), pp. 1313-1329.

Amar-Rodríguez, V. (2016). Leer la vida. Una investigación desde la perspectiva narrativa. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (2), pp. 975-986.

APA: American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition.

Baglia, B. & Bonet-Martí, J. (2009). La construcción de narrativas como método de investigación psicosocial. Prácticas de escritura compartida. *Forum: Qualitative Social Research*, 10 (1) Art. 8.

Barber, A. J., Tischler, V. A. & Healy, E. (2006). Consumer satisfaction and child behaviour problems in child and adolescent mental health services. *Children Health Care*, 10 (1), pp. 9-21.

Beatty, A. (2013). Current emotion research in anthropology: reporting the field. *Emotion Review*, 5 (4), pp. 414 –422. DOI: 10.1177/1754073913490045

Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (1), pp. 65-72.

Boon, J. A. (1999). *Verging on Extra-Vagance: Anthropology, History, Religion, Literature, Arts...Showbiz*. Princeton: Princeton University Press.

Bruner, J. (2004). Life as narrative. Originally published in *Social Research*, 54 (1) (spring 1987). *Social Research*, 71 (3), pp. 691-710.

Bunge, E. L., Maglio, A. L., Carrea, G. & Entenberg, G. (2016). Satisfacción y Tipo de Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), pp. 401-415.

Burin, M.; Velázquez, S. (1990) *El Malestar de las mujeres: La tranquilidad receptada*. Argentina. Paidós.

Cabruja, T.; Íñiguez, L. & Vázquez, F. (2000). Cómo construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. *Anàlisi* 25, pp. 61-94.

Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Editores.

Carceller-Maicas, N. (2013). Los senderos de las emociones. En: Martínez-Hernández, A.; Digiacomio, S.; Masana, L. (Eds.) *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. (pp. 297-322). Tarragona. Publicacions URV y Associação Brasileira da Rede Unida.

Damasio, A. (1995). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Ediciones Destino. Colección Imago Mundi. Volumen 201.

Das, V. & Kleinman, A. (2001). Introduction. En: Das, V.; Kleinman, A.; Lock, M.; Rampele, M. & Reynolds, P. (Eds.) *Remaking a World: Violence, Social Suffering, and Recovery*. (pp. 1-30). Berkeley. University of California Press.

Del Monaco, R. (2015). La experiencia de padecer migraña: el análisis de narrativas como estrategia metodológica para el estudio de este dolor crónico. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 9, Año 5, pp. 22-35.

Esteban, M.L. (2004). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC* N° 12, junio 2004.

Galeano, E. (1993) *El libro de los abrazos*. Editorial Siglo

García-Huidobro, R. (2016). La narrativa como método desencadenante y producción teórica en la investigación cualitativa. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 34, pp. 155-178. DOI/empiria.34.2016.16526

Geertz, C. (1993) [1973] *La interpretación de las culturas*. Gedisa Editorial.

Glaser, B.; Strauss, A. (1967). *The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.

Gómez-Esteban, J. H. (2016). El acontecimiento como categoría metodológica de investigación social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), pp. 133-144.



Güelman, M.; & Borda, P. (2014). Narrativas y reflexividad: los efectos biográficos del enfoque biográfico. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 4 (1), pp. 1-16.

Institut d' Infància i Mon Urbà. (2012). *Panel de Familias e Infancia*. Barcelona. Recuperado de <http://www.ciimu.org/imagenes/stories/CIIMU/Estudios e Investigaciones/2pa-nel-fam/14presentacio cggranell.pdf>

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.

Kleinman, A. (2013). Why Theory Matters Three More Social Theories: Social Suffering, Biopower, and Local Moral Worlds A Critical Sociology of Global Health III. En: *Societies of the World 25*. Harvard University. September 10, 2013.

Lyon, M.L.; Barbalet, J.M. (1994). Society's body: emotion and the 'somatization' of social theory". En: Csordas, T.J. (ed.) *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 48-66.

LeVine, Robert A. (1982). *Culture, Behaviour and Personality*. 2<sup>nd</sup> Edition. New York: Aldine.

Martínez-Hernández, A. (2010). Dialógica, etnografía e educação em saúde. *Rev. Saúde Pública*, 44 (3). São Paulo. DOI: 10.1590/S0034-89102010005000016

Martínez-Hernández, A.; & Muñoz, A. (2010). Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses. Primera parte. *Salud mental*, 33 (2), pp. 145-152. Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la fuente. Distrito federal. México.

Martínez-Hernández, A., Marí-Klose, M., Julià, A., Escapa, S., Marí-Klose, P. & DiGiacomo, S. (2012). Adolescent daily smoking, negative mood-states and the role of family communication. *Gaceta Sanitaria*, 26, pp. 421-428. DOI:10.1016/j.gaceta.2011.09.030

Martínez-Hernández, A.; DiGiacomo, S.; Carceller-Maicas, N.; Correa-Urquiza, M.; Martorell-Poveda. (2014). Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 14(1), pp. 124. DOI: 10.1186/1471-244X-14-124

Martorell-Poveda, M.; Martínez-Hernández, A.; Carceller-Maicas, N. & Correa-Urquiza, M. (2015). Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 9:9. DOI 10.1186/s13033-015-0001-2

Menéndez, E.L. (1985) Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médicos Sociales* 33, pp. 3-34, Rosario.

Menéndez, E.L. (1985) Saber Médico y saber popular: el MMH y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos*, 8, pp. 263-96.

Schöngut, N. & Pujol, J. (2015). Relatos metodológicos: difractando experiencias narrativas de investigación. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 16(2), Art. 24, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1502243>.

Shweder, R.A. (1994). 'You're not sick, you're just in love': emotion as an interpretive system. En: Ekman, P. & Davidson, R. J. (Eds.) *The nature of emotion: fundamental questions*. (pp. 23-44). Oxford: University Press.

## **Publicación 4: Modelos explicativos del malestar emocional. Etiologías legas.**

Carceller-Maicas, N. (2013). “Modelos explicativos del malestar emocional. Etiologías legas”. En: Martínez-Hernández, A.; Carceller-Maicas, N.; Correa-Urquiza, M.; y Martorell-Poveda, M.A. (2013) *Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad*. Colección Antropología Mèdica, nº15. Publicacions URV.



Una vez analizados los diversos nombres que reciben los malestares emocionales en esta etapa vital y sus particularidades pasamos a indagar sobre las posibles causas que los ocasionan. Las narrativas se tornan aquí más ricas, densas y vividas pues como los jóvenes, llegados a este punto de la entrevista, se sirven de la rememoración y revisión de experiencias similares previas para señalar las causas que, a su juicio, ocasionan el desasosiego emocional. Se observa cómo las causas referidas son ampliamente diversas, mencionando hasta un total 30 etiologías distintas. Iniciamos el análisis cualitativo codificando los motivos mencionados y agrupándolos posteriormente en base a los orígenes del malestar. La razón de este proceder radica en el objetivo de vislumbrar de dónde consideran los jóvenes que surgen sus malestares emocionales. La agrupación de las causas en categorías conceptuales según el origen del malestar nos lleva a construir tres familias de códigos diferenciadas: 1) Social: causas provenientes del contexto social más inmediato y cotidiano, aluden a las relaciones interpersonales de diversa índole, 2) Auto-concepto/mundo interior: causas cuyos orígenes se sitúan en el auto-concepto y mundo interior del propio individuo, 3) Fisiológicas/Salud: relacionadas con el cuerpo físico, dolencias fisiológicas y variaciones hormonales (Ver Tabla N4).

Tabla N4: Etiologías subdivididas por familias de códigos

<b>FAMILIAS DE CODIGOS</b>		
<b>Social</b>	<b>Auto-concepto / Mundo interior</b>	<b>Fisiológicas/Salud</b>
Bullying/problemas compañeros de clase	Está vacío	Falta de sueño
Drogas	Falta de autoestima	Anorexia/Bulimia
Estudios	Frustración por no lograr objetivos marcados	Ansiedad generalizada
Falta de amigos	Insatisfacción con la vida que lleva	Hormonas
Falta de trabajo/te echan del trabajo/mal rollo en el trabajo	Inseguridad sobre qué hacer en la vida	Le ha venido la regla
Falta red de apoyo	Le falta algo	Problemas de Salud
Familia	Le inquieta algo	
Le falta salir/evadirse	Malestar con su físico	
Muerte de un familiar o un amigo	Rutina	
Mal de amores	Se siente inútil	
Presión social		
Amistades		
Problemas de crecer		
Una pérdida importante		

Se observa que la mayoría de causas pertenecen a la familia de códigos de origen social

Tabla N5: Causas del Malestar por frecuencia.

ITEMS	N	%
Estudios	85	19%
Familia	77	17%
Mal de amores	76	17%
Problemas con los amigos	53	12%
Bullying	26	6%
Trabajo	15	3%
Muerte de un familiar o un amigo	15	3%
Inseguridad sobre qué hacer en la vida	14	3%
Falta de autoestima	12	3%
Frustración por no lograr objetivos marcados	12	3%
Malestar con su físico	12	3%
Falta de amigos	8	2%
Presión social	8	2%
Problemas de crecer	7	2%
Anorexia/bulimia	6	1%
Hormonas	6	1%
Drogas	5	1%
Insatisfacción con la vida que lleva	5	1%
Le falta salir/evadirse	3	1%
Ansiedad generalizada	2	0%
Falta red de apoyo	2	0%
Le ha venido la regla	2	0%
Rutina	2	0%
Salud	2	0%
Una pérdida importante	2	0%
Está vacío/a	0	0%
Falta de sueño	0	0%
Le falta algo	0	0%
Le inquieta algo	0	0%
Se siente inútil	0	0%

del malestar. El contexto posee una influencia relevante en lo que respecta a los malestares emocionales de los jóvenes, pues estos consideran que la mayoría de malestares afectivos que padecen provienen del mundo externo, de su contexto más inmediato y cotidiano, y de las relaciones interpersonales que en él se establecen. Pero antes de entrar a analizar y definir las diferentes causas mencionadas y las narrativas explicativas de las mismas resulta interesante detenerse a observar las frecuencias en que las diferentes causas son mencionadas, pues nos da una idea inicial de lo habituales que son las distintas etiologías en la cotidianeidad de nuestros jóvenes.

Tal y como se observa en la Tabla N5 las causas más frecuentemente referidas son de origen externo, y pertenecen a la familia de códigos de causas sociales. Las causas sociales resultan ser no sólo las más numerosas, sino también las más frecuentes, ocupando las 7 primeras posiciones. Quede claro en este punto que esta categoría, por más que aluda al mundo externo, no está aislada del sujeto, sino

que hace referencia al complejo entramado de relaciones sociales interpersonales que configuran el mundo intersubjetivo cotidiano. Las narrativas de malestar ponen así de relieve, tal y como afirma Kleinman (KLEINMAN, 1997), cuáles son los aspectos que resultan cruciales para los informantes en este momento exacto de sus vidas;

evidenciándose pues a partir de éstas cuales son las causas de malestar que resultan más importantes y problemáticas para los jóvenes en esta etapa vital.

### **Estudios**

Los “Estudios” son la etiología legal más frecuente, lo cual no es de extrañar si se tiene en cuenta las edades de nuestros jóvenes. Se encuentran en una etapa que se considera decisiva en nuestra sociedad, pues es cuando se aproximan al cierre de su paso por el instituto y se preparan para la etapa posterior encaminada a la educación superior y la universidad, o a formar parte del mundo laboral. El instituto puede ser entendido, siguiendo las aportaciones de Víctor Turner, como un proceso ritual entre cuyos fines se encuentra el lograr que los individuos acepten su destino en la vida, es decir, que asuman los papeles que la sociedad les asigna, re-adaptando de manera periódica a los individuos (los adolescentes en este caso) a las condiciones básicas y a los valores indiscutibles de la vida social (TURNER, 1988). De hecho si nos detenemos a observar las tres fases descritas por Turner dentro del proceso ritual esta asunción del instituto como tal resulta aún más evidente. En la primera fase, la fase preliminar, se da la separación del individuo de uno de sus status sociales previos, en este caso de su status de infancia; pasando a ser un pequeño adolescente en lugar de un niño grande. La segunda fase, la fase liminal, es la fase de umbral, y equivaldría en este caso al periodo de tiempo que el adolescente pasa formándose (tanto académica como socialmente) dentro de la institución. La tercera y última fase, es la fase post-liminal, la cual conlleva la reagrupación del individuo al nuevo status, y equivaldría al abandono de la adolescencia y a su inmersión en la vida y el mundo adulto.

Esta categoría engloba múltiples y diversas realidades que esbozan las situaciones actuales de los jóvenes en nuestro país. Los informantes más jóvenes están cursando segundo de bachiller; con el fin de este curso escolar cierran una etapa importante para ellos, el instituto, durante la cual dejaron atrás la infancia y se encaminaron poco a poco hacia el mundo adulto y todo lo que este implica. Cerrar este ciclo conlleva una toma de decisiones implícita: qué quiero ser/hacer en la vida. Perciben este punto como crucialmente decisivo de cara a su futuro, pues es cuando deben elegir su porvenir, su profesión, aquello a lo que se dedicaran para ganarse la vida y posicionarse como sujetos en el mundo adulto. *“Hombre, es una edad difícil. Entonces, tampoco sabes muy*

*bien a esta edad lo que quieres hacer, si seguir estudiando, ir a trabajar...”* (116T\_hombreMALESTAR). Hallándose pues en el momento crítico que se situaría en el paso de la fase liminal a la fase post-liminal del proceso ritual del instituto. Las narrativas de los más jóvenes muestran una y otra vez lo decisivo que resulta este momento para ellos. El malestar causado por los estudios en segundo de bachiller se debe sobre todo, según refieren, a la alta presión que reciben por causa de esta toma de decisiones obligada, la cual les resulta estresante, pues les hace replantearse una y otra vez su porvenir.

*“Hay mucha presión con los estudios, pues debes decidir si haces bachiller, un ciclo medio, si no te va bien el bachillerato debes buscar otra vía...Y cosas así. Y deberás de decidir muy rápido, y a veces si no tienes las cosas muy claras, pues sale mal”.*

187T\_hombreCONTROL

La alta presión es mencionada por la mayoría, y tiene diversa procedencia: ejercida por los profesores, debida a la gran cantidad de trabajos y exámenes a realizar durante ese último curso, la que se ejercen los jóvenes a sí mismos para sacar la máxima nota posible para lograr un óptimo expediente que les permita elegir la carrera que desean cursar, la ejercida por sus padres, etc. El cúmulo de estas presiones acaba por generarles estados de estrés y angustia que les producen malestar y desasosiego, lo cual transmiten a la perfección las narrativas de Lidia y Diego:

*“Los estudios quizás no le van bien, y esto le puede afectar a su autoestima, se ve incapaz de conseguir las cosas, y una cosa lleva a la otra. Además a los 18 haces selectividad...esta es una fase muy importante, que quizás tienes más problemas porque tienes que decidir tu futuro. Tienes que estar al 100% para sacar buenas notas y entrar en algún lugar, tienes que saber qué quieres estudiar...Es una época difícil, y más siendo adolescente”.*

Lidia, 51T\_mujerMALESTAR



*“Por los exámenes, que tenía que escoger, que tenía que pensar en el futuro, y yo no tenía ni idea de que quería hacer, y mis padres me ponían presión encima de que tengo que hacer algo, de que estudie, de que no se qué...y luego esto, las notas, los exámenes, todo esto”.*

Diego, 98T\_hombreDIAGNOSTICO

El malestar inicial proviene de la incertidumbre sobre qué hacer con el futuro, hacia dónde encaminar sus vidas, debiendo tomar decisiones que en ese momento y tal y como les son planteadas les resultan de vital importancia, pues sienten que dicha elección marcará su vida para siempre. La presión que la sociedad al completo ejerce sobre ellos resulta innegable, pues incluso los medios de comunicación se hacen eco de la noticia año tras año. Ninguna otra prueba o examen recibe tal atención mediática, ni incluso los exámenes de oposiciones los cuales sí que pueden otorgar una profesión y un sueldo de por vida. ¿Por qué pues tanta presión y tensión en los exámenes de selectividad? Visto en perspectiva no resulta tan decisivo, tal y como los jóvenes que realizaron la prueba hace dos años nos comentan, siempre hay opciones de lograr los objetivos marcados o de replantearse qué quieren hacer en la vida y reformular su camino. Pero hay que reconocer que tal y como está planteada actualmente se erige como un rito de paso en nuestra sociedad occidental, la cual marca el salto de la adolescencia a la edad adulta (VAN GENNEP, 2008). En ella se evalúa la capacidad intelectual, y requiere para ser superada de esfuerzos, sacrificios y dedicación, así como de la asunción de la total y completa responsabilidad sobre uno mismo y su futuro, que concluirá con la interiorización de un nuevo estatus. Hasta ese momento la responsabilidad sobre la propia persona y su porvenir era compartida con los padres, pero ahora los jóvenes sienten que de repente están solos en esta decisión y que solo de ellos depende lo que pase de ahí en adelante. Los padres pueden guiarles y aconsejarles, pero no pueden andar el camino por ellos. Esta prueba es vivida como una ruptura abrupta en su modo de estar y entender el mundo. El instituto era hasta ese momento el centro neurálgico de sus vidas, un espacio central, conocido, abarcable y liminal que asemejaba ser permanente e incluso infinito; basado en una *communitas* centrada en el *self* y en su entorno inmediato (TURNER, 1969). Pero la selectividad les obliga a romper esta inmovilidad y estabilidad vital, pues han de apartarse del confort grupal de esta *communitas* para adentrarse en la soledad individual y elegir el rol que ocupará su yo futuro en la sociedad adulta.

Una vez superado este rito de paso los estudios siguen configurándose como causa principal de malestar apuntando tres razones principales. La primera es el no poder acceder a los estudios universitarios; ya sea porque sus expedientes académicos no superan las notas de corte impuestas por las universidades, o bien porque el incremento de las tasas universitarias acontecido en los últimos años les resulta imposible de afrontar: *“Se siente inútil por que a lo mejor no tiene estudios...o sea, no está estudiando por que eso es lo que, ahora mismo, lo que pasa a mucha gente que aunque quiera no puede y eso hace que se sienta inútil”*(103T\_hombreDIAGNOSTICO). La segunda causa alude a la desmotivación que sufren aquellos alumnos que “se equivocaron” al escoger la carrera, y ahora se encuentran estudiando algo que no les gusta y han de asumir su fallo al haber errado en tal elección: *“Es que, no sé, también que no me gusta mucho a mi estudiar eso, pero ya lo estoy haciendo, que no sé lo que quiero tampoco.”* (149T\_mujerCONTROL). Y la tercera al alto grado de exigencias y esfuerzo que implica el nivel académico universitario, tan distinto al nivel del instituto al que ya estaban acostumbrados: *“Soy muy exigente, y la carrera es muy difícil. Entonces yo sentía que no hacía lo que podía”* (149T\_mujerCONTROL); *“si ves que estudias mucho y no te sale y vas suspendiendo y por mucho que te esfuerces ves que no te sale una cosa”* (59T\_mujerMALESTAR).

Las narrativas permiten observar el papel que los estudios juegan en sus vidas durante esta etapa, así como vislumbrar cuáles son los diversos motivos y momentos en los que esta causase torna productora de malestar emocional.

## **Familia**

La segunda causa más frecuentemente referida es la familia. Dentro de esta categoría se incluye tanto a los padres, como a los hermanos y hermanas, parejas de los padres y madres, primos/as, tíos/as y abuelos/as; aunque la mayoría de las veces los padres y las madres son los más mencionados. El núcleo familiar es un ámbito de gran importancia en estas edades, pues la mayoría de jóvenes aún viven en él, o bien si viven fuera del núcleo familiar porque están cursando sus estudios universitarios se mantienen, por completo o en parte, gracias a los ingresos familiares. Muy escasos son los jóvenes a estas tempranas edades de juventud que logran trabajar y mantenerse por sí mismos con su sueldo emancipados de la economía familiar. Los jóvenes perciben que durante esta

época la relación con sus padres empieza a sufrir cambios que en ocasiones es causa de malestar y conflictos en la dinámica familiar. Los jóvenes se sienten cada vez más adultos y autosuficientes, puesto que cada vez han de tomar más decisiones y hacer camino por sí mismos; se han ido alejando de las faldas de sus padres y responsabilizándose de su propio porvenir, por lo que los roles y las dinámicas familiares se han ido reconfigurando y adaptando a la nueva situación, en la que el estatus del adolescente incrementa progresivamente hacia el de adulto.

Durante esta época de transición hacia la adultez se da un cambio sustancial en la percepción que los jóvenes tienen de sus progenitores. La imagen idealizada de la infancia en la que los niños veían a sus mayores como perfectos ideales a seguir poco a poco se desmorona y muta (HOFFMAN, PARIS y HALL, 1996; OLIVA, 2006), y tal y como ellos mismos explican: *“Los padres ya no se ven como uno los veía de pequeña, una se da cuenta que son personas que a veces también se equivocan, y a veces opinan diferente, y no te dejan salir o no te dejan hacer lo que crees correcto”* (54T\_mujerMALESTAR). Empiezan a surgir desavenencias en la relación paterno-filial que son fuente de disputas. Las opiniones y recomendaciones de los padres, antes acatadas y consideradas válidas, son ahora cuestionadas y en ocasiones desaprobadas por los adolescentes, los cuales se vuelven más críticos y se van distanciando del modo de ser y estar en el mundo de sus padres para configurar su propio ser y estar como individuos diferenciados e independientes (SMETANA, 2005). Pero los adolescentes se encuentran aún en un periodo de liminalidad en el que a pesar de estar ya cerca de ser adultos aún no son adultos emancipados, sino jóvenes dependientes, lo cual lleva a un juego de roles que en ocasiones hace que surjan dudas con respecto al mejor modo de actuar y comportarse, tal y como explica Carla: *“Con los padres muchas veces también la relación cambia, ya no sabes cómo comportarte”* (154T\_mujerCONTROL).

Múltiples estudios consideran esta etapa vital como crítica para la comunicación familiar (BARNES y OLSON, 1985; RICE, 2000; FURMAN et al., 2008; SCHUSTER et al., 2013). El cambio de la infancia a la adolescencia provoca desequilibrios y desajustes en el sistema familiar, pues al producirse cambios en un integrante del sistema, el sistema por completo ha de reestructurarse para readaptarse y ajustar así su funcionamiento a las nuevas realidades de sus integrantes. Uno de los puntos clave que se ve afectado por los cambios de la adolescencia es la comunicación familiar. Los patrones comunicativos válidos durante la etapa infantil ya no son recomendables para

la etapa adolescente. Los adolescentes refieren frecuentemente la sensación de sentirse incomprendidos por sus propios padres: *“Que no se entiende con su familia, o que se entiende bien con su familia pero no puede responder como ellos quieren”* (179T\_hombreCONTROL). Y esta incompreensión condiciona la comunicación y las interrelaciones que se dan entre los miembros de la unidad familiar (RUIZ, 2006). Los cambios comunicativos van acompañados de cambios en los comportamientos, por lo que si la comunicación familiar no es óptima, las relaciones familiares pueden verse resentidas. Durante la infancia la dependencia y protección de los padres eran bien recibidas y valoradas como positivas por los chavales, pero ahora la necesidad y búsqueda de independencia y autonomía implica un movimiento de distanciamiento de los jóvenes con respecto a sus padres. Los adolescentes refieren necesitar un espacio propio, distinto al familiar, en el que explorar (se), descubrir (se) y construir (se). Tiene lugar un movimiento de vaivén que lleva a los adolescentes a oscilar entre la aproximación/distanciamiento de la protección y autoridad paterna a la independencia y autonomía propias, lo cual provoca una ambivalencia en las relaciones familiares que puede ocasionar conflictos y malestar durante esta etapa. Siendo el objetivo último de este vaivén oscilatorio la consecución de una armonía funcional entre la autonomía adolescente y el mantenimiento del sistema familiar (SMETANA, 1989). La adolescencia se configura así como una época de reposicionamiento y cambio en la que tanto los jóvenes como sus padres han de ir reajustándose y recolocándose en función de las circunstancias, ocasionándose a veces fuertes conflictos paterno-filiales:

*“En mi caso discusiones a miles con mi madre, algo imposible de soportar, básicamente”.*

26T\_mujerDIAGNOSTICO

*“Me he sentido muy... pues... depresivo, sin ganas de hacer nada, sin ilusiones, sin nada, por cosas que han pasado, con mi familia, con mi madre más que nada”.*

96T\_hombreDIAGNOSTICO

A pesar de que en ciertas ocasiones se dan conflictos familiares de índole severa, es importante tener presente que éstos son los menos frecuentes (STEINBERG, 2001; OLIVA, 2006). Tal y como demuestran estudios como el de Parra y Oliva la gran mayoría de conflictos y disputas entre padres e hijos en esta etapa responden a causas “menores” que quedan dentro del ámbito de lo cotidiano, y que refieren principalmente a diferentes opiniones sobre los modos de pensar y actuar con respecto a ciertos temas o aspectos de índole doméstica y académica (PARRA y OLIVA, 2002).

Se ha observado que en la mayoría de casos los conflictos familiares tienen lugar en la relación con la madre, tal y como puede apreciarse también en las citas anteriormente expuestas, lo cual coincide con las evidencias aportadas por diversos estudios (OLIVA, 2006). A pesar de que las madres suelen ser percibidas por sus hijos/as como más abiertas, comprensivas e interesadas en los asuntos del mundo adolescente, y suelen iniciar con más frecuencia intercambios comunicativos con sus hijos/as (NOLLER y CALLAN, 1990; MARTA, 1997; LANZ et al., 1999; MARI-KLOSE et al., 2008; MARTÍNEZ-HERNÁEZ et al., 2012) , suelen tener más riñas con sus hijos/as adolescentes que los padres (YOUNISS Y SMOLLAR, 1985; EBERLY Y MONTEMAYOR, 1999) ; siendo este hecho atribuido a que en la mayoría de casos los/as adolescentes pasan más tiempo con sus madres, y a que las causas de conflicto más frecuentes responden a motivos y situaciones cotidianas y domésticas en las que las madres suelen estar más presentes (MONTEMAYOR, 1983, 1986; STEINBERG, 1990).

Este tipo de conflictos familiares cotidianos (si no son severos) lejos de considerarse nocivos se consideran beneficiosos para el adolescente y para el sistema familiar, pues propician el reajuste de las relaciones familiares superando la etapa infantil (GONZALEZ y ANDRADE, 1995) y generando un nuevo equilibrio en el sistema, favoreciendo al mismo tiempo el proceso de desarrollo del adolescente mediante el cual logrará su deseada autonomía y forjará su “nueva” identidad, diferente a la de sus progenitores (SMETANA, 1989; STEINBERG, 1990; HOLMBECK y HILL, 1991; MUSITU et al., 2001; GRANIC et al., 2003; SMETANA, 2005) . Estas “riñas cotidianas” pueden ayudar en ocasiones a desarrollar nuevos patrones comunicativos entre padres e hijos que favorezcan lograr un nivel alto de comunicación, el cual se ha demostrado que es un factor protector de sintomatología depresiva (RIVERA-RIVERA et al., 2015). Pero esta etiología lega de malestar emocional no alude sólo a los

conflictos, desavenencias y cambios que emergen en las relaciones y dinámicas familiares padres-hijos, sino que tal y como nuestros jóvenes refieren, también hay una categoría de malestares que surgen de los conflictos originados en la separación y divorcio de los padres. Muchos jóvenes refieren el divorcio y la separación como causas frecuentes de malestar emocional, ya sea basándose en su propia experiencia o bien en las experiencias vividas por amigos y compañeros:

*“En mi caso mis padres se divorciaron y después de la separación, bueno... fue un caos también, y bueno, claro, creo que también fue por eso”*

26T\_mujerDIAGNOSTICO

*“Mis padres se separaron, mi madre cayó en depresión, luego caí yo y mi padre tienen un carácter un poco muy difícil y luego mi hermano se fue a vivir con él; me tocó vivir sola con mi madre cuando ya tenía una familia y como tu vida montada... te encuentras sola de repente”.*

54T\_mujerMALESTAR

Los divorcios implican cambios y reestructuraciones en la familia que conllevan la reconfiguración de las dinámicas y pautas relacionales cotidianas, y por tanto trastocan el orden habitual al que están acostumbrados. Además, al no ser ya infantes, se ven involucrados en la toma de decisiones sobre con quien co-habitar, lo cual, tal y como hemos visto en la narrativa anterior, puede ser fuente de conflicto y malestar. Tal y como algunos refieren entra aquí un juego de fidelidades que implica para ellos una carga emocional importante, y a partir de la cual su relación con sus progenitores puede variar.

*“Yo he tenido muchos problemas con mi padre, porque se divorciaron mi madre y mi padre, cuando yo era pequeña, pero no por eso...te puedes divorciar y no pasa nada, pero...yo lo he pasado muy mal por mi padre porque ha pasado mucho de mi...de estar yo enferma en la cama y él no querer llevarme a urgencias porque no se quería levantar de la cama...de no acordarse de mi cumpleaños...y claro...”*

17T\_mujerDIAGNOSTICO

Pero tal y como comentan estos cambios que emergen tras un proceso de divorcio no atañen sólo a las relaciones con sus progenitores, sino que también entran en juego nuevas personas que ocupan nuevos roles. La reestructuración familiar tras el divorcio produce nuevos modelos de familia en los que nuevas personas entran a formar parte del núcleo familiar. Las relaciones con estos nuevos integrantes son de diversa índole, y en ciertas ocasiones pueden tornarse relaciones conflictivas y acabar siendo fuente de malestares si les resultan difíciles de gestionar.

*“Mi situación familiar, porque mi madre tuvo un novio y el novio se fue a vivir con nosotras y a mí no me caía bien, entonces al final me fui y ya estoy mucho mejor pero básicamente era eso que el novio de mi madre no me caía bien”.*

7T\_mujerDIAGNOSTICO

La familia es un pilar relevante, y los conflictos acaecidos en este ámbito, sean por el motivo que sean, repercuten en su bienestar emocional. No se puede olvidar que las relaciones familiares forman parte de su día a día y de su contexto cotidiano más inmediato. Si existen conflictos en esta área de sus vidas esto puede repercutir en su salud afectiva y emocional, pues no somos seres ajenos y disociados de nuestro contexto, sino seres sociales, y como tales vivimos y nos nutrimos de ese medio social intersubjetivo. Las narrativas sobre su propia experiencia así lo muestran:

*“Yo tuve depresión...porque mi situación familiar no era muy favorable y entonces me veía pues eso cuando estaba en mi casa muchas veces estaba deprimida”*

7T\_mujerDIAGNOSTICO

Como se observa los motivos que ocasionan malestares dentro del ámbito familiar son de índole diversa. Como reza el dicho “cada familia es un mundo” y como tal las variaciones dentro de cada uno de ellos pueden ser múltiples, aunque existen una serie de temáticas clave en las que quedan recopilados los motivos más frecuentemente mencionados. Independientemente de las particularidades y por más nimios que sean los motivos queda claro que la familia, y más concretamente las relaciones familiares, pueden llegar a ser fuente importante de malestares entre los jóvenes, pues tal y como ellos mismos comentan estos conflictos ocupan un lugar de importancia en las causas de malestar:

*“Discusiones con los padres. No se otras cosas...o sea, sí que he cortado con novias pero bueno, sí que te sientes mal pero tampoco es para....tanto. Pero, no sé, con los padres te afecta porque sabes que están toda la vida. Entonces, pues, es algo que a ellos se les pasa más rápido pero que a ti te deja marca igual”.*

106T\_hombreDIAGNOSTICO

### **Mal de amores**

La tercera causa más mencionada es el mal de amores. Múltiples estudios la señalan como habitual entre la juventud (JOYNER y UDRY, 2000; FACIO et al., 2006; GRABER, 2004; CALLE, 2014). Hace referencia a situaciones diversas que implican distintos sucesos entorno a las relaciones sentimentales amorosas. Incluye las tomas de contacto más previas e iniciales: *“le gusta una chica y no sabe cómo acceder a ella”* (116T\_hombreMALESTAR); la misma situación de sentirse enamorado/a: *“Pues yo*



*creo que, probablemente, con la edad que tiene se haya enamorado*” (38T\_mujerDIAGNOSTICO); las discusiones de pareja: *“que esté enamorada y tenga algún problema [con el novio]”* (17T\_mujerDIAGNOSTICO); así como las rupturas y desengaños amorosos: *“Pues o que no le va bien en el amor, que tiene un desamor con algún chico”* (3T\_mujerDIAGNOSTICO), *“Que lo haya dejado con el novio”* (17T\_mujerDIAGNOSTICO).

Al analizar las causas de malestar por subgrupos se observa que los jóvenes con diagnosticado son los que más la mencionan, mostrando una amplia diferencia con respecto a los otros dos subgrupos (ver grafica N1). Para entender el porqué de esta diferencia tan marcada realizamos un análisis cualitativo de las narrativas aportadas por los jóvenes. El análisis de sus discursos da información detallada de cómo perciben y viven los malestares emocionales, y permite ver el grado de importancia que esta causa tiene para cada joven, así como la severidad de malestar. La identificación y la empatía con respecto al/la joven de la viñeta se hace evidente en sus narrativas, pues la gran mayoría describen esta causa basándose en sus propias experiencias vividas, y así lo hacen saber: *“En mi caso fue porque rompí con un chico”* (3T\_mujerDIAGNOSTICO); *“Desengaños...por un chico (con cierta vergüenza y timidez lo dice) que no era lo que me esperaba”* (59T\_mujerMALESTAR). El análisis de narrativas aporta luz sobre porqué los diagnosticados refieren esta etiología más frecuentemente. Se observan diferencias cualitativas en las narrativas dependiendo del subgrupo, mostrándose mayor angustia, severidad y dolor en las narrativas de los diagnosticados. Al contrario de lo que sucede con los del grupo control, y en menor medida con los de malestar subclínico, los jóvenes con diagnóstico perciben el malestar emocional causado por el mal de amores de manera más intensa y dramática. Los de los grupos control y malestar mencionan el mal de amores como causa sin darle fuerte carga emotiva. Frente a la pregunta: *¿qué puede pasarle al/la chico/a de la viñeta?*, responden:

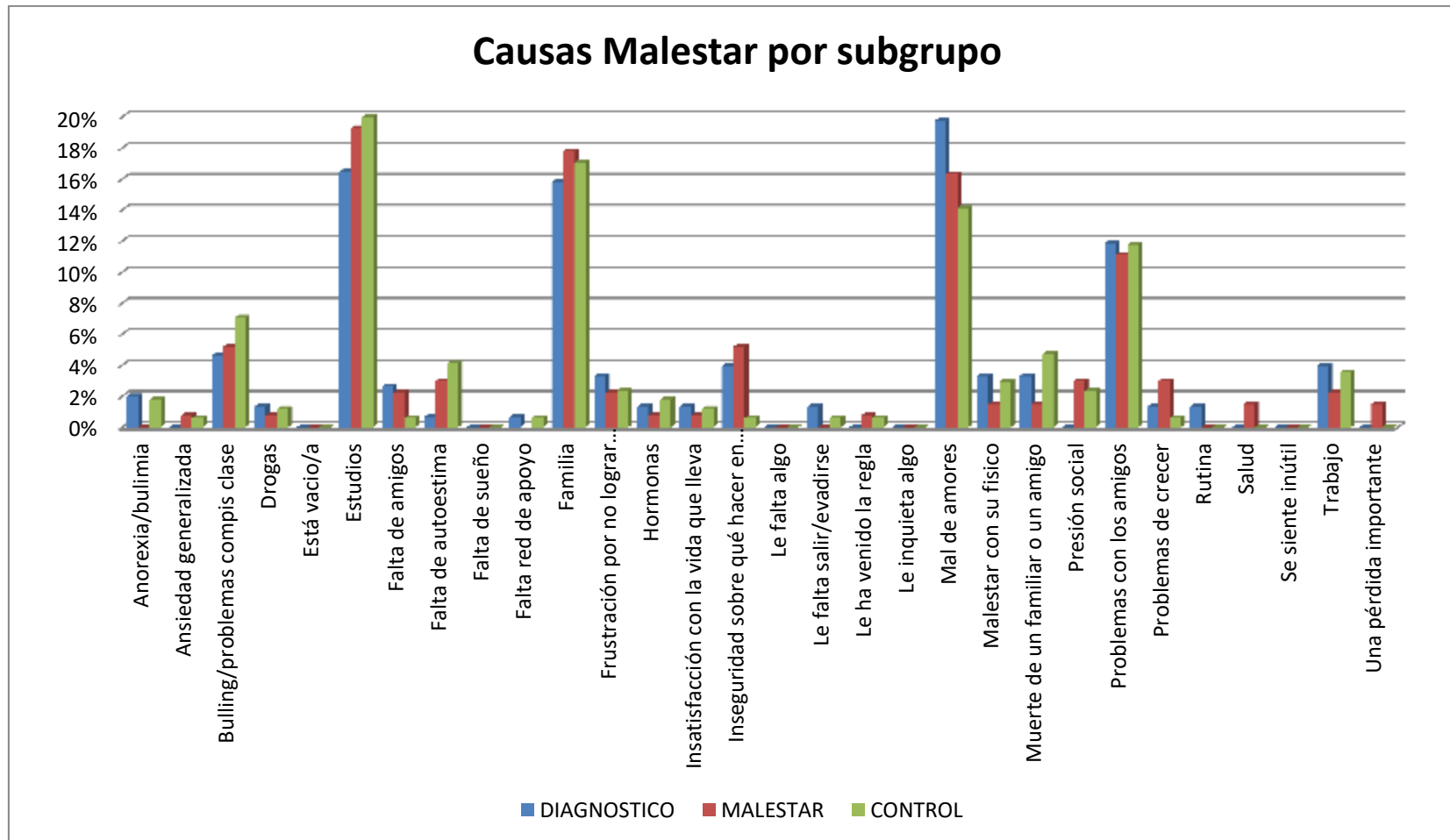
*“Que tiene algún problema sentimental con la pareja, que es lo más normal a los 17 años”.*

147T\_mujerCONTROL

*“Debe estar enamorada...Que le guste alguien...”.*

175T\_mujerCONTROL

Gráfico N1: Causas de Malestar por subgrupo



*“Básicamente por temas amorosos. Por nada más. Es lo único que a mí me puede afectar un poco. Lo demás está todo bien”.*

187T\_hombreCONTROL

El mal de amores es asumido por estos jóvenes como un suceso normal y cotidiano, que causa malestar en estas edades, pero que queda dentro de la normalidad, sin tener repercusiones extremas en su bienestar emocional de manera sostenida en el tiempo. En cambio las narrativas de los jóvenes con diagnóstico muestran un patrón comunicativo distinto, en lugar de quedarse en la tercera persona suelen acabar explicando casos de su propia experiencia con mayor detalle, aportando mayor afección emocional, la cual también conlleva mayores desajustes en su estado afectivo:

*“Puede estar muy deprimida porque uno la ha dejado, y siente que va a morir”*

26T\_mujerDIAGNOSTICO

*“Bueno, en mi caso [mi malestar fue por] una especie de obsesión por un chico que es... un amor mal dirigido, vamos”*

26T\_mujerDIAGNOSTICO

El género resulta una variable interesante a tener presente en este punto. A pesar de que el número de narrativas en las que se alude al amor como causa de malestar emocional es más del doble en mujeres que en hombres (Ver tabla N6) si observamos los datos en porcentajes vemos que en base a las causas referidas por cada género el mal de amores ocupa un valor más relevante en hombres que en mujeres (Ver tabla N6). Estos datos ponen de relieve que pese a que las jóvenes hablan mucho del desamor, hay otras causas que las atormentan más; siendo las dos causas más relevantes para las mujeres los “Estudios” y la “Familia”. En cambio para los hombres el mal de amores es una de las dos causas más importantes junto con los estudios (Ver Tabla N6).

Al analizar el género atendiendo a los subgrupos se evidencia que en los hombres la pauta general se repite también en los subgrupos de diagnóstico y malestar, pero no en los de control (los cuales otorgan a los estudios la mayor importancia) (Ver tabla N6). En cambio al analizar por subgrupos dentro del grupo de mujeres sólo las que tienen diagnóstico señalan esta causa como la más relevante (Ver tabla N6). Esta mayor importancia dada a las causas amorosas se hace palpable con mayor detalle en las narrativas. Los diagnosticados expresan mayor angustia en sus relatos que los del grupo control, aludiendo a malestares emocionales severos como consecuencia del mal de amores.

*“Es la edad en que empiezas a buscar novia, a relacionarte más con chicas y eso siempre cuando las cosas no van bien siempre te crea también la ansiedad esta. Yo tuve una medio novia que no acabaron de funcionar las cosas y a partir de aquí pues me vine abajo”.*

98T\_hombreDIAGNOSTICO

*“Conocí a una chavala, comencé salir con ella. Un año y medio estuve con ella. Bueno, al final rompimos al año y medio porque, bueno, una situación penosa. (...) Yo estaba bastante tocado, y (...) un día me envió un mensaje de que... dos semanas antes de cortar conmigo ya estaba con otro y tal. Bueno, me entró ataque de ansiedad a mí en el trabajo, me llevaron a la mutua, me dieron la baja por el ataque de ansiedad”.*

97T\_hombreDIAGNOSTICO

Las pérdidas afectivas importantes, entre las cuales destaca especialmente la ruptura del noviazgo, están relacionadas con el surgimiento y la presencia de cuadros depresivos y ansiosos (AMÉZQUITA, GONZÁLEZ y ZULUAGA, 2003; CALLE, 2014); siendo en el caso de los chicos, según afirman Facio et al., las discusiones con la novia el mejor predictor de ansiedad (FACIO et al., 2006). Estos cuadros y síntomas depresivos y ansiosos “aparecen siempre como respuesta a una pérdida real o imaginaria, o frente a

situaciones que se perciben de manera amenazante” (AMÉZQUITA, GONZÁLEZ y ZULUAGA, 2003:352) siendo las discusiones y conflictos amorosos y de pareja fuente de sensaciones de este tipo, especialmente cuando hablamos de rupturas sentimentales. La adolescencia es la época en la que se dan las primeras relaciones amorosas, los jóvenes se encuentran ante un nuevo tipo de relaciones afectivas hasta el momento desconocidas, y entran en un universo relacional nuevo ante el cual no gozan aún de estrategias de afrontamiento consolidadas.

La forma en la que afrontan el malestar puede ser la clave para entender porque los hombres se muestran más afectados por el mal de amores. Las chicas, tal y como ellas mismas comentan, suelen hablar más de sus problemas compartiéndolos con familiares y amigas. En cambio a los chicos, según ellos mismos dicen, les cuesta mucho más compartir sus malestares con los demás, y más aún si estos son de tipo emocional y afectivo. Diversos estudios defienden este patrón de comportamiento y afrontamiento de la adversidad, como las investigaciones realizadas por Martínez-Hernández y Muñoz, 2010, Carceller-Maicas, 2013, y Martínez-Hernández et al. 2016 entre otros. No es nuestro objetivo en este capítulo ahondar sobre esta cuestión, aun así consideramos pertinente cerrar este apartado con una cita de uno de nuestros chicos del grupo de diagnóstico que apunta en el sentido referido. Tras hablarnos en la cita anterior del ataque de ansiedad sufrido por su mal de amores y la baja médica consecuente relata:

*“R. A la que me quedo a solas con un colega de confianza o lo que sea, pues, me pongo a llorar, exploto.*

*P. Pero ¿normalmente no lo exteriorizas?*

*R. No, por eso tengo ansiedad, porque normalmente me lo guardo, me lo guardo, me lo guardo, y cuando ya está el vaso lleno, colma”.*

97T\_hombreDIAGNOSTICO

Tabla N6: Causas del Malestar por subgrupos en hombres y mujeres.

Ítem	Chicas								Chicos							
	Diagnóstico		Malestar		Control		TOTAL		Diagnóstico		Malestar		Control		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Problemas con los amigos	15	14	11	11	17	13	43	13	3	7	4	12	3	7	10	8
Le falta salir/evadirse	15	14	11	11	17	13	43	13	3	7	4	12	3	7	10	8
Mal de amores	0	0	0	0	1	1	1	0	2	4	0	0	0	0	2	2
Falta de amigos	20	19	15	15	18	14	53	16	10	22	7	21	6	14	23	19
Le falta algo	1	1	2	2	0	0	3	1	3	7	1	3	1	2	5	4
Le inquieta algo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Familia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Falta de sueño	18	17	18	18	22	17	58	17	6	13	6	18	7	16	19	16
Rutina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabajo	2	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Estudios	2	2	3	3	4	3	9	3	4	9	0	0	2	5	6	5
Se siente inútil	18	17	20	20	24	19	62	19	7	16	6	18	10	23	23	19
Está vacío/a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bullying	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inseguridad sobre qué hacer en la vida	5	5	4	4	7	6	16	5	2	4	3	9	5	11	10	8
Una pérdida importante	4	4	6	6	1	1	11	3	2	4	1	3	0	0	3	2
Muerte de un familiar o un amigo	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0	1	1
Malestar con su físico	4	4	1	1	4	3	9	3	1	2	1	3	4	9	6	5
Drogas	5	5	1	1	4	3	10	3	0	0	1	3	1	2	2	2
Problemas de crecer	1	1	0	0	1	1	2	1	1	2	1	3	1	2	3	2
Frustración por no lograr objetivos marcados	1	1	3	3	0	0	4	1	1	2	1	3	1	2	3	2
Falta de autoestima	4	4	3	3	2	2	9	3	1	2	0	0	2	5	3	2
Anorexia/bulimia	1	1	4	4	7	6	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Ansiedad generalizada	3	3	0	0	3	2	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Insatisfacción con la vida que lleva	0	0	1	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Presión social	1	1	1	1	2	2	4	1	1	2	0	0	0	0	1	1
Le ha venido la regla	0	0	4	4	3	2	7	2	0	0	0	0	1	2	1	1
Falta red de apoyo	0	0	1	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hormonas	1	1	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud	1	1	1	1	3	2	5	1	1	2	0	0	0	0	1	1
Problemas con los amigos	0	0	2	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>335</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

### **Problemas con l@s amig@s:**

La cuarta causa de malestar más relevante son los problemas con el grupo de amigos/as. En estas edades el papel que ocupan las amistades es muy importante pues proveen de comprensión, apoyo emocional y apoyo social (RUIZ, 2006). Aguirre defiende que no es posible concebir la adolescencia sin tener en cuenta el fenómeno de la grupalidad; pues el grupo de *peers* es equiparado a un laboratorio social en el que el adolescente experimenta su afectividad (AGUIRRE, 1998). La vida en el grupo de iguales es el principal medio de socialización durante la adolescencia, y en él se torna posible “*aprender y experimentar nuevos roles, probarse a sí mismo, desarrollar actitudes positivas para la convivencia*” (RUIZ, 2006: 21) y la integración al contexto social; ayudando al mismo tiempo a configurar la propia identidad y a madurar en el campo afectivo (CASTILLO, 2000).

Muchos estudios destacan el papel crucial que juega la amistad durante esta etapa (FURMAN & BUHRMESTER, 1992; McNELLES & CONNOLLY, 1999; GOLDSTEIN, DAVIS & ECCLES, 2005; FURMAN, McDUNN y YOUNG, 2008); pues el establecimiento y mantenimiento de las relaciones con los pares tiene implicaciones significativas para el desarrollo afectivo del adolescente. El grupo de iguales, debido a su estatus de desarrollo similar, se encuentra en una mejor posición que los padres para lograr entender la intensidad y la complejidad de la vida afectiva del adolescente (FURMAN, McDUNN y YOUNG, 2008). Debido a la importancia que el grupo de iguales tiene durante la adolescencia hemos dedicado en el presente libro un capítulo al análisis de redes sociales, en el cual analizamos con mayor detalle este tema. Nuestro objetivo en este punto es solamente señalar los aspectos más relevantes asociados a esta causa de malestar, atendiendo a las narrativas compartidas por los jóvenes.

En base a los discursos recopilados observamos que “los problemas con l@s amig@s” son la cuarta causa de malestar emocional más referida tanto en hombres como en mujeres. Aunque si observamos los datos en base a los porcentajes se evidencia que las mujeres sufren más que los hombres por sus amistades (Ver gráfica N1); lo cual no es de extrañar pues estudios como el de Gilligan muestran que las mujeres tienden a

preocuparse más por las relaciones sociales, hecho que puede ocasionarles una mayor vulnerabilidad a las experiencias negativas en las relaciones (GILLIGAN, 1996).

Nuestras informantes comentan que su grupo de iguales es una fuente de apoyo cotidiano de gran relevancia para afrontar el día a día. Las amistades no solo les brindan comprensión y seguridad, sino que también les proporcionan un espacio en el que compartir sentimientos y obtienen un grupo en el que se ayudan mutuamente para resolver problemas (RICE, 2000). Las amistades se tornan más cercanas e intensas durante esta etapa, pues se comparten preocupaciones, dolores, inquietudes, problemas y se tiene entre los integrantes del grupo un compromiso de lealtad y mejora (ARAÚJO et al., 1998). Cuando esta fuente de apoyo, considerada especialmente por las chicas como básica y crucial, se tambalea, o no es lo fuerte y robusta que ellas desean o necesitan, su malestar se incrementa: *“El apoyo de los amigos es una parte muy importante. Bueno, primordial creo yo. Y quizás [a la chica de la viñeta] también le falta eso”* 51T\_mujerMALESTAR.

No hemos de olvidar que la adolescencia es una etapa de cambios y reestructuraciones en la que los vínculos, expectativas y valores se transforman. Lo que esperan ahora de los amigos ya no es lo mismo que esperaban de ellos en la infancia. Produciéndose en base a estos cambios diversos reajustes respecto a lo que entienden por “amistad”. Es en esta reestructuración inter-relacional en la que surgen las diversas causas que pueden provocar malestares debidos al surgimiento de problemas con los amigos. Dentro de esta categoría encontramos: riñas y discusiones, no sentirse a gusto con su grupo, sentirse decepcionados por los amigos, no sentirse integrados en el grupo, o que los amigos le abandonen.

Es habitual que se “pierdan” ciertas amistades, pues amigas con amigas que se mantenía una íntima y estrecha relación al inicio de la etapa adolescente se van distanciando debido a los cambios que se dan en sus respectivos intereses, e incluso porque con el fin del instituto e inicio de la universidad o etapa laboral las amigas se van fuera y se produce un distanciamiento (FURMAN, McDUNN y YOUNG, 2008). Esta disolución de ciertas amistades puede producir malestares emocionales en algunos jóvenes, que ven mermado contra su voluntad su grupo de apoyo, ocasionando en ciertas personas sentimientos de soledad, culpa, rabia y depresión (LAURSEN, HARTUP & KOPLAS, 1996; PARKER & SEAL, 1996).



En esta etapa, con todos los cambios vitales que implica las relaciones con los amigos suelen cambiar. Al dejar el instituto e ir al mundo laboral o universitario ciertas amistades se alejan y debilitan, y hay que encontrar otras nuevas, y si estas no se encuentran se produce malestar: *“Pues a lo mejor [la chica de la viñeta] no se ha encontrado un grupo de amigos con los que esté a gusto con ella”* (149T\_mujerCONTROL). Los cambios en el sistema de valores, y en los gustos personales también inciden en el malestar, pues hace que ya no se tengan tantos puntos en común. Estos cambios producen reajustes en las interrelaciones personales cotidianas y en ocasiones pueden cambiar la percepción que los jóvenes tienen de sus pares: *“A mí me pasó una vez esto. No sé, y era porque no me sentía a gusto con mis amigos, y...no me ofrecían amistad sino interés”* (74T\_mujerMALESTAR). Según los jóvenes durante el proceso de crecimiento se van perdiendo ciertas amistades: *“Te vas haciendo mayor y las amigas ya algunas te peleas con ellas”* (54T\_mujerMALESTAR). Pues cuando no se satisfacen las necesidades individuales las relaciones de amistad pueden llegar a ser tormentosas (RICE, 2000).

Diversos estudios apuntan que las mujeres viven peor las pérdidas o problemas en su grupo de amigas. Esto puede ser debido a diversos factores. Uno de los argumentos que respalda esta afirmación defiende que *“para las mujeres es más importante que para los hombres lograr la aceptación y la aprobación social”* (RICE, 2000 citado en RUIZ, 2006), por lo cual cualquier disputa con las amigas deviene de gran importancia y repercute en su bienestar social y emocional. Quizás sean las diferencias existentes en los estilos de afrontamiento entre hombres y mujeres las que den explicación a este fenómeno. Se ha evidenciado que las mujeres se sirven habitualmente de sus pares para compartir sus angustias y hablar sobre ellas para posteriormente solucionarlas (MARTÍNEZ-HERNÁEZ y MUÑOZ, 2010; CARCELLER-MAICAS, 2013) de modo que si las adolescentes no tienen una buena red de amigas con la que hablar su malestar emocional puede incrementar. Así pues aunque tanto para los chicos como para las chicas los amigos son la cuarta etiología de malestar más nombrada, la repercusión que las amistades tienen en el bienestar emocional de las mujeres es percibida por ellas como más significativa, pues los conflictos en este ámbito de sus vidas les producen malestar emocional con mayor frecuencia

## **Bullying**

En el apartado anterior ya se ha puesto de relieve la importancia que las relaciones con el grupo de iguales, concretamente con el grupo de amigos, tienen en esta etapa vital. Pero no todas las relaciones entre iguales se reducen al grupo de amigos, sino que existe un amplio conjunto de relaciones que se dan entre adolescentes que quedan fuera del ámbito de la amistad y/o de pareja, como son los compañeros de clase. Sentirse aceptado por los compañeros es clave para lograr una buena autoestima, confianza e integración social. En esta etapa vital en la que los *peers* son tan importantes no obtener su aprobación puede producir malestares emocionales de diversa severidad. Múltiples estudios confirman que sentirse rechazado o ignorado por los *peers* en esta etapa puede ocasionar malestares depresivos graves (MERTEN, 1997; DISHION et al., 1996). Tanto los ignorados como los rechazados son vulnerables a desarrollar malestares depresivos, aunque los ignorados presentan mayor probabilidad (JENSEN, 2001). Pero no todo “desajuste” en esta esfera relacional queda en la ignorancia o el rechazo pacífico del grupo hacia el individuo, sino que en ciertas ocasiones el conflicto entre *peers* va más allá y tienen lugar fenómenos de mayor severidad, siendo el Bullying el caso más severo de relaciones conflictivas con el grupo de iguales.

El Bullying es un fenómeno cuya existencia antecede a su nomenclatura. A pesar de ser una conducta social que se ha dado con mayor o menor frecuencia en la etapa escolar o del instituto no estaba categorizada como fenómeno de estudio, pues quedaba dentro de la normalidad y era considerada “una cosa de críos”. Fue en 1972 cuando Peter-Paul Heinemann describió esta conducta por primera vez a partir de sus observaciones en patios de recreo (HEINEMANN, 1972). En 1987 el consejo de Europa acogió el primer congreso internacional sobre Bullying, y fue a partir de los años 90 que el interés en este “nuevo” fenómeno no deja de extenderse (RONALD, 2010). Así pues los conflictos escolares, ahora insertos dentro de la categoría de Bullying, son una problemática que cada día resulta más visible y por tanto más preocupante en nuestra sociedad. Es cierto que el Bullying está asociado con el padecimiento de trastornos depresivos e ideaciones suicidas (KALTIALA-HEINO et al., 1999; NEWCOMB, BUKOWSKI & PATTEE, 1993; ROFF y WIRT 1984) pero no todos los casos de Bullying terminan con consecuencias tan severas. Los *mass media* muestran habitualmente solo aquellos casos que configuran la punta del iceberg, el cual sin embargo es mucho más amplio y profundo de lo que asemeja.

El análisis de las narrativas evidencia no solo que el bullying es una de las cinco causas punteras de malestar emocional en estas edades, sino que además es habitual durante el instituto:

*“Quizás [la chica de la viñeta] tiene algún conflicto con alguien...por ejemplo el bullying en el instituto, que a veces hay mucho...puede que sea por eso”.*

152T\_mujerCONTROL

*“Ppfff!! Puede ser que... sus compañeros le hagan bullying, ¡eso pasa mucho!*

95T\_hombreDIAGNOSTICO

El análisis muestra también que, al contrario de lo que sucedía en la etiología anterior, en esta son los hombres los que más refieren el acoso escolar y/o los problemas con los compañeros de clase como causa de malestar emocional (Ver grafica N1 y tabla N6), siendo esto respaldado por la literatura (RONALD, 2010). Laukkanen et al. mostraron que los hombres eran más propensos a ser rechazados, tenían una imagen negativa de sí mismos, tanto en el aspecto sexual como el social, baja autoestima, dificultades de interiorización, y problemas de hiperactividad, y en general eran más ansiosos (LAUKKANEN et al., 2002).

También se han observado matices interesantes atendiendo a los subgrupos. Esta causa es referida en mayor medida por los jóvenes del grupo control (Ver grafica N1), observándose diferencias en base al género: En el grupo de hombres se da una gradación inversamente proporcional a la tenencia de un diagnóstico clínico, la cual no se da del mismo modo en las mujeres (Ver tabla N6). A pesar de ser mencionado más frecuentemente por el grupo control, son los de diagnóstico los que se adentran más en el relato personal y comparten sus experiencias con mayor detalle. Gracias a estas narrativas vislumbramos cuál suele ser la causa principal que “sostiene” esta conducta acosadora: el físico.

*“Yo cuando estaba en primaria yo era gordeta, la verdad era gordeta y pues tuve que... casi toda la clase se puso en contra mía (...) Pues, el físico, por mi físico. Pues que se hicieron un complot todos los de la clase en contra mía, que si yo estaba gorda, que si yo estaba, que tenía granos en la cara, muchas cosas. Todo por el físico (...) por el físico, sí”.*

2T\_mujerDIAGNOSTICO

*“Por...mis compañeros de cole...que me puteaban por el simple hecho de estar gordo”*

107T\_hombreDIAGNOSTICO

Estas conductas de acoso escolar tienen repercusiones en el estado emocional y afectivo de los que lo sufren, pues no solo les afecta cuando se encuentran en el instituto, sino que acaba repercutiendo en su propia concepción de sí mismos, influyendo en su autopercepción y en su autoestima.

*“Reconozco que...como se han metido conmigo, pues sería ese el problema, el que tuviera, en mi caso, eh, que como se han metido conmigo, pues, me han hecho que me sienta conmigo misma mal”.*

23T\_mujerDIAGNOSTICO

El análisis muestra cómo las causas de malestar originadas en el mundo social y las provenientes del mundo interno del individuo no están separadas en compartimentos aislados, sino que se encuentran profundamente interrelacionadas, dándose un flujo de intercambio continuado que se retroalimenta. Es pues crucial a la hora de afrontar los malestares emocionales abordar tanto el medio externo como el interno, atendiendo al mundo intersubjetivo y a los patrones de flujo relacionales que en él acontecen. Ante un caso de bullying la solución pues no solo radica en separar a la víctima del contexto

como se suele hacer, sino en realizar un trabajo transversal que se dirija a dos niveles: por un lado a nivel personal promoviendo el refuerzo de la autoestima de la víctima, y por el otro trabajar a nivel social en el medio para inducir cambios en las dinámicas y pautas inter-relacionales que se dan en el espacio cotidiano compartido.

### **Un cúmulo de cosas**

Como se observa al inicio de este apartado muchas son las causas a las que los jóvenes atribuyen los orígenes de su malestar emocional. Hemos explicado en profundidad las causas que resultan más relevantes para la juventud según ellos mismos refieren. Pero pese a la importancia que cada etiología tenga en sus vidas, lo habitual es que los malestares emocionales más intensos y des-estructurantes provengan de un cúmulo de motivos engarzados. A lo largo de las entrevistas, y durante el análisis de narrativas se hace patente que es la yuxtaposición de etiologías la que hace insostenible la situación y acaba por desestabilizar su bienestar, provocando malestares más o menos severos.

Los jóvenes durante esta etapa de sus vidas han ido recopilando herramientas para afrontar los diversos focos de angustia que puedan presentárseles en la vida, y las han ido perfeccionando en base a sus vivencias y experiencias propias. Lidar con un foco de tensión puede resultar duro, pero si el resto de ámbitos que conforman el mundo intersubjetivo están bien y se configuran como fuentes de apoyo fuertes, el afrontamiento resulta más llevadero, pues la persona está respaldada por otros frentes que le dan sostén y seguridad. En cambio, si son varios los pilares que se desmoronan, la consecución del equilibrio se torna más compleja. Imagínese el lector una silla a la que le falla una pata, aun podría sentarse en ella mientras arregla el desperfecto de la pata quebrada. Pero si en lugar de una pata son dos o incluso tres las que fallan la silla cederá y nos dejará caer. Esta caída de la silla sería el equivalente metafórico de una caída en el estado de ánimo del adolescente y de la consecuente obtención de un malestar emocional grave.

En esta etapa los jóvenes van haciéndose cargo cada vez más de las riendas de los distintos ámbitos de sus vidas. Lograr gestionarlas de modo óptimo es la prueba de que se están convirtiendo en adultos válidos de pleno derecho. Pero este equilibrio no siempre es posible, y hay veces en las que la gestión de todos los frentes a la vez se torna insostenible. La incapacidad de afrontar este cúmulo de cosas les genera un estado

de malestar, pues tal y como ellos mismos nos comentan esto hace que se perciban a sí mismos como inútiles y aún no capacitados para gestionar sus propias vidas. Las formas que puede adoptar este cúmulo de cosas son diversas, pues depende por entero de las particularidades del rumbo que toma la vida de cada joven. Si atendemos a los ámbitos globales y no a las particularidades personales concretas se observa que los focos que conforman este cúmulo suele ser una combinación de tres de las cinco etiologías anteriormente explicadas. Muchos jóvenes mencionan el cúmulo de circunstancias como causa profunda del malestar emocional severo, aunque son las mujeres, y sobre todo las del grupo diagnóstico, las que profundizan más en explicarlo a través de su propia narrativa de malestar:

*“En mi caso fue el cúmulo de todo: mis padres se separaban, querían mi custodia, y venga a ponérmela encima, y encima, y encima. Los estudios supongo que a la vez que mis padres estuvieran siempre discutiendo me repercutió, al ver que repercutía en mis estudios aun me puse peor, diciendo porque...no puedo...es el aislamiento.*

*Me aislé yo sola, no quería saber nada de nadie. Me quedé sin amigas, entonces poco a poco fue repercutiendo, es el cúmulo este, la rueda cada vez se va haciendo más grande, un pez que se muerde la cola.*

*Era todo, poco a poco una cosa llevaba a la otra, y a la otra, y la otra llevaba a lo mismo”.*

28T\_mujerDIAGNOSTICO

A partir de este relato se vislumbra cuáles son los temas centrales y relevantes actualmente para nuestra joven informante, aquello que en palabras de Kleinman (1997) estaría “at stake” en este momento de su vida: familia, estudios y amigas. El proceso de progresión del malestar es auto-percibido por ella como un círculo vicioso en el que todo está interrelacionado, y del que resulta difícil encontrar la salida. Tal y como se observa en su relato, sus pilares de apoyo (familia y amigas en este caso) se tambalean e incluso llegan a desintegrarse (en el caso de las amigas), repercutiendo en su caso

finalmente en la consecución de un diagnóstico clínico de depresión. Según los jóvenes, raro es el caso en que se dé un malestar severo causado solo por un motivo, y de ser así éste ha de ser muy fuerte, como la muerte de un familiar muy próximo o de un buen amigo. Lo habitual es que se dé una amalgama de causas diversas, interrelacionadas y acumulativas, que acaban por superar la capacidad de gestión emocional del joven; los relatos compartidos desde la propia experiencia así lo muestran:

*“Tiene que ser un cúmulo de cosas (...) tuve una temporada así pero no era por cuestiones de estudio. Y era porque tenía a mi mejor amiga que era anoréxica y estaba ingresada y yo lo pasé muy mal. Y por esas cosas...además se juntó el divorcio de mis padres y fue...por eso te digo...fue un cúmulo de cosas”.*

38T\_mujerDIAGNOSTICO

En base a la presencia o ausencia de este “cúmulo de cosas” se observan estrategias de gestión y autoatención del malestar distintas. Por un lado vemos cómo la unifocalidad en un asunto conflictivo resultaría más fácil de gestionar, pues los esfuerzos a realizar para solventarlo recaerían en un solo ámbito de sus vidas, quedando el resto de ámbitos como fuentes robustas de apoyo que a la vez ayudarían al joven a afrontar los malestares existentes en el ámbito dañado. La multifocalidad en cambio resultaría más difícil de sobrellevar; pues prestar atención a diversos ámbitos relacionales dañados e intentar solventarlos todos al mismo tiempo, sin disponer de redes de apoyo lo suficientemente robustas, incrementaría de por sí el malestar padecido, aunque las causas de los diversos malestares no fueran de gran severidad. El adolescente se encontraría así frente a este “cúmulo de cosas” como un malabarista principiante e inexperto, al que cada nueva maza que se le suma al ejercicio le supone un gran reto que hace que su equilibrio se tambalee y acabe en ciertas ocasiones por caer al suelo.

## **Conclusiones:**

Analizar las causas de malestar emocional adolescente desde la salud mental colectiva por medio de la investigación-acción participativa permite superar el sesgo del MMH y abordar la salud mental/emocional adolescente centrándonos en las experiencias encarnadas de las personas en un contexto y un tiempo vital determinados. Este abordaje permite incorporar los modelos explicativos de los actores implicados integrando sus voces, discursos, vivencias y experiencias. Los resultados muestran que el modelo explicativo del MMH sobre las causas de malestar adolescente (drogas, violencia, etc.) no se corresponde con el que manejan los adolescentes, quienes consideran, viven y sienten como cruciales causas distintas.

Los datos cuantitativos surgidos del material cualitativo dan indicios de hacia dónde puede ser interesante mirar, pero son las particularidades cualitativas las que dan información sobre cómo el malestar es percibido, vivido e integrado en la historia particular del sujeto; siendo por tanto lenguajes complementarios que desde sus naturalezas distintas enriquecen el resultado de la investigación. Estudiar el malestar emocional a través del análisis de narrativas resulta útil para aproximarnos de un modo fidedigno al mundo adolescente y a los padeceres que en él acontecen. Los resultados muestran que las causas de malestar provenientes del contexto social cotidiano son las más abundantes y relevantes para los adolescentes, pues las causas que destacan en sus narrativas: familia, estudios, mal de amores, problemas con los amigos y bullying; pertenecen a esta familia de códigos. El análisis en profundidad de los discursos muestra las especificidades de cada causa de malestar (qué aspectos las integran, que interrelaciones se dan en y entre ellas, qué agentes están implicados, así como la importancia otorgada a cada una) logrando así un conocimiento próximo de la realidad adolescente. Esta posición crítica y de escucha activa ha permitido detectar que más allá de la importancia de cada una de las causas en sí misma es el cúmulo de varias de éstas actuando conjuntamente el que les ocasiona malestares más severos, tal y como ellos mismo exponen. Aspectos como el género, la edad, el subgrupo, los estilos de afrontamiento y las redes de apoyo disponibles juegan un papel crucial en el malestar emocional adolescente, siendo en base a las distintas articulaciones entre los mismos que los malestares resultan en padeceres más leves y/o severos.



Integrar el saber lego adolescente sobre cuáles son las causas de malestar emocional que repercuten en su salud y cómo les afectan en su día a día resulta de utilidad e interés para mejorar la atención a la salud mental/emocional de este colectivo; pues posibilita que tanto las políticas como las estrategias de intervención integren como ejes de acción aspectos que, a pesar de ser centrales para los adolescentes en la obtención y mantenimiento de su salud emocional, suelen quedar invisibilizados.

#### **Bibliografía:**

AGUIRRE, A. (1998). *Psicología de la adolescencia*. Colombia: Editorial Alfaomega.

AMÉZQUITA MEDINA, M. A.; GONZÁLEZ PÉREZ, R. S.; y ZULUAGA MEJÍA, D. (2003). “Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXII , (4): 341-356.

ARAÚJO, A.; GARCIA, M.; DEARTEGA, J., ORTIZ, J., HINCAPIÉ, G., ABADÍA, I., y GÓMEZ, G. (1998). *Pubertad, colección la aventura de educar*. Bogotá: Universidad de la Sabana.

BARNES, H. L. Y OLSON, D. H. (1985). “Parent-adolescent communication and the circumplex model”. *Child Development*, 56, 438-447.

CALLE MARTINEZ, J. M. (2014). *Acontecimientos estresantes y factores de riesgo que dan origen al estado de ánimo depresivo*. Universidad san buenaventura, Medellin, Facultad de Psicología, Trabajo de grado, Colombia, 2014.

CARCELLER-MAICAS, N. (2013). “Los senderos de las emociones. Narrativas sobre el malestar depresivo en una muestra de adolescentes catalanes”. En: MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A.; DIGIACOMO, S. y MASANA, L. (editores). *Evidencias y narrativas de la atención sanitaria*. Pp. 297-322. Publicacions URV.

CASTILLO, G. (2000). *El adolescente y sus retos*. Madrid: Ediciones Piramide.

DISHION TJ, SPRACKLEN KM, ANDREWS DW, PATTERSON GR. (1996). Deviancy training in male adolescent friendships. *Behavior Therapy*. 27, Pp. 373–390.

EBERLY, M. B. Y MONTEMAYOR, R. (1999). “Adolescent affection and helpfulness toward parents: a 2-year followup”. *Journal of Early Adolescence*, (19): 226-249.

FACIO, A., RESETT, S., MICOCCI, F., MISTRORIGO, C. Y DI LISIA, E. M. (2006). “Relaciones interpersonales y problemas emocionales y de conducta en adolescentes de 17-18 años”. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

FURMAN, W., & BUHRMESTER, D. (1992). “Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships”. *Child Development*, (63):103-115.

FURMAN, W.; McDUNN C.; YOUNG, B.J. (2008). “The role of peer and romantic relationships in adolescent affective development” In: N. B. Allen & L. Sheeber (Eds.) *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders*. New York: Guilford Press.

GILLIGAN, C. (1996). The centrality of relationship in human development: A puzzle, some evidence, and a theory. In: G. Noam & K. Fischer (Eds.), *Development and vulnerability in close relationships* (pp. 237-261). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

GOLDSTEIN, S.E.; DAVIS-KEAN, P.E.; ECCLES, J.S. (2005). “Parents, peers, and problem behavior: a longitudinal investigation of the impact of relationship perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behavior”. *Developmental Psychology*, 41(2):401-413.

GONZÁLEZ FORTEZA, C y ANDRADE P (1995). “La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos”. *Salud Mental*; (4):41-48.

GRABER, J. (2004). Internalizing Problems during Adolescence. En: Lerner, R. y Steinberg, L. (eds.), *Handbook of Adolescent Psychology*. Segunda edición. Nueva York, Wiley.

GRANIC, I., DISHION, T.J. & HOLLENSTEIN, T. (2003). “The family ecology of adolescence: A dynamic systems perspective on normative development”. En: G.R. Adams & M. Berzonsky (Ed.), *The Blackwell Handbook of Adolescence*. Oxford, UK: Blackwell.

HEINEMANN, P.P (1972). *Mobbning-Gruppvåld bland barn och vuxna*. Stockholm: Natur & Kultur.

HOFFMAN, L., PARIS, S., y HALL, E. (1996) *Psicología del desarrollo hoy*. España: Editorial Mc Graw Hill.

HOLMBECK, G. N. Y HILL, J. P. (1991). Conflictive engagement, positive affect and menarche in families with seventh-grade girls. *Child Development*, (62):1030-1048.

JENSEN, J. (2001). *Adolescence and emerging adulthood*. New Jersey. Prentice Hall.

JOYNER, K., Y UDRY, J. (2000). “You don’t bring me anything but down: Adolescent romance and depression”. *Journal of Health and Social Behavior*, (41),369-391.

KALTIALA - HEINO, R. K., RIMPELÄ, M. , MARTTUNEN, M. , RIMPELÄ, A. , RANTANEN, P. (1999). “Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey”. *BMJ*. Aug 7; 319(7206): 348–351.

KLEINMAN, A. (1997). *Writing at the margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*. University of California Press.

LANZ, M.; IAFRATE, R.; ROSNATI, R. Y SCABINI, E. (1999). “Parent-child communication and adolescent self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact nonadoptive families”. *Journal of Adolescence*, 22:784-794.

LAUKKANEN, E.; POLKKI, P.; ORANEN, L.; VIINAMAKI, H.; LEHTONEN, J. (2002). “Factores que predicen el rechazo escolar a largo plazo”. *The european journal of psychiatry*, 16 (1):47-56.

LAURSEN, B., HARTUP, W., & KOPLAS, A. (1996). Towards understanding peer conflict. *Merrill--Palmer Quarterly*, 42, (1):76-102.

MARÍ-KLOSE P, GÓMEZ-GRANELL C, BRULLET C, et al. (2008) Temps de les famílies: anàlisi sociològica dels usos dels temps dins de les llars catalanes a partir de les dades del Pànel de Famílies i Infància. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2008, :211

MARTA, E. (1997). "Parent-adolescent interactions and psychosocial risk in adolescents: an analysis of communication, support and gender". *Journal of Adolescence*, (20): 473-486.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. y MUÑOZ GARCIA, A. (2010). "Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses. España. Primera parte. *Salud mental*, 33 (2): 145-152. Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la fuente. Distrito federal. México.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A., MARÍ-KLOSE, M., JULIÀ, A., ESCAPA, S., MARÍ-KLOSE, P., Y DIGIACOMO, S. (2012) "Consumo diario de tabaco en la adolescencia, estados de ánimo negativos y rol de la comunicación familiar". *Gaceta Sanitaria*; 26(5):421-428.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A.; CARCELLER-MAICAS, N.; DIGIACOMO, S.M.; Y ARISTE, S. (2016). "Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study" (2016). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (2016) 10:2.

MCNELLES, L. R., & CONNOLLY, J. A. (1999). "Intimacy between adolescent friends: Age and gender differences in intimate affect and intimate behaviors". *Journal of Research on Adolescence*, (9): 143-159.

MERTEN, D. (1997). The meaning of meanness: popularity, competition and conflict among junior high school girls. *Sociology of Education*, (70):175-191.

MONTEMAYOR, R. (1983). "Parents and adolescents in conflict: all families some of the time and some families most of the time". *Journal of Early Adolescence*, (3):83-103.

MONTEMAYOR, R. (1986). "Family variation in parent adolescent storm and stress". *Journal of Adolescent Research*, (1):15-31.

MUSITU, G., BUELGA, S. LILA, M. & CAVA, M.J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.

NEWCOMB, A. F. , BU KOWSKI , W. M . , PATTEE , L . (1993) Children's peer relations: a meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial and average sociometric status. *Psychological Bulletin* 113:99-128.

NOLLER, P. Y CALLAN, V. (1990). "Adolescents' perceptions of the nature of their communication with parents". *Journal of Youth and Adolescence*, (19): 349-362.

OLIVA, A. (2006). "Relaciones familiares y desarrollo adolescente". *Anuario de Psicología*. 37(3):209-223 Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona.

PARKER, J.G., & SEAL, J. (1996). Forming, losing, renewing, and replacing friendships: Applying temporal parameters to the assessment of children's friendship experiences. *Child Development*, 67, Pp.2248-2268.

PARRA, A. & OLIVA A. (2002). "Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia". *Anales de Psicología*, (18): 215-231.

RIVERA-RIVERA L, RIVERA-HERNÁNDEZ P, PÉREZ-AMEZCUA B, LEYVA-LÓPEZ A, DE CASTRO F. (2015). "Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México". *Salud Publica Mex*; 57:219-226.

ROFF, J. D., WIRT, R. D. (1984). Childhood social adjustment, adolescent status , and young adult mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*. 54:595-602.

RONALD, E. (2010). "Orígenes y primeros estudios del Bullying escolar" En: ORTEGA, Rosario (coord.) 2010. Agresividad injustificada, Bullying y violencia escolar. Alianza Editorial, S.A. Madrid. Pp.33-53.

RICE, P. (2000). *Adolescencia, desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Editorial Prentice hall.

RUIZ, L.M. (2006). "La relación entre los conflictos interpersonales y el trastorno depresivo en adolescentes". Universidad de la Sabana.

SCHUSTER RM, MERMELSTEIN R, WAKSCHLAG L. (2013). "Gender-specific relationships between depressive symptoms, marijuana use, parental

communication and risky sexual behavior in adolescence". *J Youth Adolesc*; 42(8):1194-1209.

SMETANA, J.G. (1989). "Adolescents' and parents' reasoning about family conflict". *Child Development*, 60:1052 -1067.

SMETANA, J.G. (2005). "Adolescent-parent conflict: Resistance and subversion as developmental process". En: L. Nucci (Ed.), *Resistance, subversion, and subordination in moral development* (pp. 69-91). Mahwah, NJ: Erlbaum.

STEINBERG, L. (1990). Interdependence in the family: autonomy, conflict and harmony in the parent adolescent relationship. En: S. S. Feldman y G. L. Elliott, *At the Threshold: The Developing Adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

STEINBERG, L. (2001). "We know some things: Adolescent-parent relationships in retrospect and prospect". *Journal of Research on Adolescence*, (11): 1-19.

TURNER, V. (1969). "Liminality and Communitas" in: *The ritual process: structure and anti-structure*. Chicago: Aldine Publishing. Pp. 94-113. 125-30. Abridged.

TURNER, V. (1988). *El proceso ritual: estructura y antiestructura*. Madrid. Taurus DL.

VAN GENNEP, A. (2008 [1908]). *Los ritos de paso*. Alianza Editorial. España.

YOUNISS, J. Y SMOLLAR, J. (1985). *Adolescent relations with mothers, fathers and friends*. Chicago: University of Chicago Press.

# **Publicación 5: Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study**

Martínez-Hernández, A.; Carceller-Maicas, N.; DiGiacomo, S.M.; y Ariste, S. (2016). “Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study”. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (2016) 10:2.





RESEARCH ARTICLE

Open Access



# Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study

Angel Martínez-Hernández<sup>1,2\*</sup>, Natàlia Carceller-Maicas<sup>1,2</sup>, Susan M. DiGiacomo<sup>1,2,3</sup> and Santiago Ariste<sup>4</sup>

## Abstract

**Background:** Depression affects a considerable proportion (12–25 %) of adolescents and so-called emerging adults (ages of 18 and 25). The aims of this study were to explore the relationship between perceived social support and depression in a sample of emerging adults, and subsequently to identify the type of social support young people consider most helpful in dealing with this type of emotional distress.

**Methods:** A sample of 105 young persons (17–21 years of age) was selected from a previous longitudinal study to create three groups of participants: subjects with a previous diagnosis of depression; subjects with self-perceived but undiagnosed distress compatible with depression; and a group of controls. Qualitative and validated instruments for measuring depressive symptoms (the BDI-II, Beck depression inventory) and social support (the Mannheim interview on social support) were administered.

**Results:** Loss of friendships over time and dissatisfaction with social and psychological support are variables associated with depression in emerging adulthood. Qualitative analysis revealed gender differences both in strategies for managing distress, and in how social support was understood to mitigate depressive symptoms. Male study participants prioritized support that helped them achieve self-control as a first step toward awareness of their emotional distress, while female study participants prioritized support that helped them achieve awareness of the problem as a first step toward self-control.

**Conclusions:** Treatment for emerging adults with depression should take into account not only the impact of social support, but also gender differences in what they consider to be the most appropriate form of social support for dealing with emotional distress.

**Keywords:** Emerging adulthood, Depression, Social support, Emotional distress, Mixed-methods study

## Background

Depression affects a considerable proportion (12–25 %) of adolescents and so-called emerging adults (ages of 18 and 25) [1], and has clinical and psychosocial implications that include a higher risk of suicide, substance abuse, social adjustment problems, reduced academic performance, lower career satisfaction, and a greater risk of severe mental disorder in adult life [2, 3]. It is estimated that the lifetime prevalence of depression and

dysthymia increases by 15.4 % in young people between the ages of 17 and 18 years, and that the incidence and cumulative prevalence of these problems among emerging adults reaches 25 % [4–6]. Nevertheless, adolescents and emerging adults constitute the age groups least likely to avail themselves of professional mental health care services for treatment of their depressive symptoms, and those that place the greatest trust in their social networks to resolve them [7–10].

Social relations, variously categorized as social ties, social networks, social support or social capital, constitute one of the most important and frequently studied social determinants of health and mental health [11, 12].

\*Correspondence: angel.martinez@urv.cat

<sup>1</sup> Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili, Avinguda de Catalunya, 35, 43002 Tarragona, Spain

Full list of author information is available at the end of the article

Social support is understood as the help provided by individuals who comprise the social network of a person who occupies the position of ego in this network. A distinction is made between perceived and received support, as well as between psychological/emotional support on the one hand and instrumental support on the other. Social support, therefore, is the functional dimension of the social network, which is not limited to a collection of egocentric ties that vary in the number, intensity and frequency of contacts, but may be broadened to include the wider context of the community as a network of networks, and to social capital, understood as the possible benefits both for individuals and for groups resulting from mutual cooperation and collaboration.

The many studies of social support demonstrate the relevance of social ties in the onset, course and mitigation of depressive symptoms in diverse age groups and social contexts [13]. Social support has a positive effect on the clinical course of depression [14], facilitating recovery from major depression [15], and its absence is a predictor of a greater incidence of depressive symptoms in the general population and of a worse prognosis in diagnosed patients [16]. In addition, it is known that neighborhood social ties affect depression outcomes [17], whether through the formation of protective support networks that favor agency and self-control or by encouraging trust, which has a positive and protective impact on friendships.

Among adolescents and emerging adults, peer and parental support is inversely associated with factors such as the risk of suicide attempts among depressed outpatients [18] and the onset of depressive symptoms [19]. It has also been observed that social support moderates the impact of stress on depressive symptoms [20]. The role of social support, however, remains in many ways unspecified. For example, women (including adolescents and young adults) have more close social ties than men, mobilize more social support in situations of stress and crisis, and offer more support than men in these situations [21, 22]; in comparison to men, however, they have a higher incidence and prevalence of depression at any age.

Additionally, most studies of social support are carried out with standardized instruments for measuring perceived social support that neither include structural variables such as the size and density of social networks or the frequency of social contacts, nor incorporate the views of the social actors on what forms of social support they consider most essential for resolving their distress.

This study explores, in a sample of emerging adults, different dimensions of the relationship between social support and depressive symptoms, with two objectives. The first objective is to analyze the association between

perceived social support, social networks and depressive symptoms using quantitative techniques. The second objective is to learn what type of social support emerging adults consider most helpful in resolving depressive emotional distress, a question we address through qualitative methods.

## Methods

### Research design and sample selection

The emerging adults in this exploratory study were recruited from the Panel de Famílies i Infància (PFI), a four-wave longitudinal sociological study designed by the Consorci Institut d'Infància i Món Urbà (CIIMU) [23]. It was initiated in 2006 with a representative sample of 3004 adolescents born between 1990 and 1993 and resident in Catalonia, and incorporated a new cohort every year. The present study may be considered the fifth wave. Information was collected on negative mood states using a self-administered scale (years 2007 and 2008), the presence or absence of a diagnosis of depression (years 2006 and 2010), and patterns of sociability and economic, school, and family factors (during all four waves).

For this study, a sub-sample of the PFI was recruited from all over Catalonia, rural areas included, using the propensity matching score technique in order to yield three groups of 50 participants each: one with depression diagnosed by a health professional in the first or fourth wave of the PFI, as reported by the parents in response to a direct question; a second group with self-perceived depressive distress (feeling sad, lonely and "down" on a frequent basis) in the second and third wave but without a diagnosis of depression; and a control group with neither self-perceived distress nor a psychiatric diagnosis. In order to select the sample, three segments were created (individuals with a diagnosis, individuals with self-perceived distress, and controls) from the database using homogeneous criteria for gender, age, and socioeconomic status of the domestic group, and 50 subjects were chosen from each of the three segments via simple random sample without replacement. Sample attrition occurred in cases of change of residence, inability to contact the subject, or subjects who declined to be interviewed, and in the end 105 subjects were interviewed: 37 with a diagnosis, 33 with self-perceived distress, and 35 controls. The gender (Chi square: 2.041; *p* value: 0.153) and age (Chi square: 2.613 *p* value: 0.455) characteristics of the missing subjects were not significantly different from those of the subjects interviewed. We considered the possibility of recruiting more participants if the data saturation point was not reached in qualitative analysis, but this proved unnecessary.

The study procedures were approved by the ethics committee of the Fundació Congrés Català de Salut

Mental, an interdisciplinary entity for the promotion of mental health, and carried out in accordance with the ethical standards established by the Helsinki Declaration. Each participant and one adult with parental responsibility provided written informed consent.

### **Instruments**

In this study various different instruments were used to analyze social networks, social support and the existence, either past or present, of symptoms of depression and emotional distress.

#### ***The sociological questionnaires***

For this study, we analyzed the variables of sociability and previous experiences of depression and emotional distress obtained from the sociological questionnaires used in the previous four waves. Specifically, we included the presence (1) or absence (0) of a diagnosis of depression in waves 1 and 4 of the PFI, as well as the presence or absence of emotional distress in waves 2 and 3. We also included various sociability variables such as the number of friendships in the different waves.

#### ***The Beck Depression Inventory (BDI-II)***

Symptoms of depression were assessed using the Beck Depression Inventory (BDI-II), an instrument that has been widely used as a measure both in patients with mental disorders and in the general population [24, 25]. According to the manual of the BDI-II, scores from 0–13 indicate minimal depression, scores from 14–19 indicate mild depression, scores from 20–28 indicate moderate depression, and scores from 29–63 indicate severe depression. In this study we used the version validated for Spanish-speaking contexts. The data were dichotomized into two broad categories: moderate/severe depression (1) versus mild/minimal depression (0), a decision justified by the fact that in some studies the optimal cut-off score for differentiating between individuals with and without depressive disorder is in the range of  $\geq 21$  [26, 27].

#### ***The Mannheim Interview on Social Support***

Social support was assessed with the Mannheim Interview on Social Support (MISS), a structured interview that addresses both structural (social network) and functional (social support) dimensions [28]. It has been validated for Spanish-speaking contexts and is highly reliable [29]. The variables utilized in this study were: psychological everyday support (PES); instrumental everyday support (IES); psychological crisis support (PCS); and instrumental crisis support (ICS). In addition, we included structural measures of social networks: number

of friendships, and conflictive relationships with friends and family members.

#### ***The qualitative questionnaire***

We used a qualitative semi-structured questionnaire (see Additional file 1: Appendix S1) in order to explore the strategies used by young people to deal with depressive types of distress, including the type of social support they considered most helpful, and other factors such as lay explanatory models of depression and preferred help-seeking processes. The items included in the questionnaire were agreed upon by the research team with the advice of several mental health professionals in the course of three joint meetings. The questions were formulated in accordance with the aims of the study and by consensus among the members of the research team and the mental health professionals following a thoroughgoing review of the available literature.

#### ***Focus groups***

Three focus groups were organized, each comprising four to eight previously interviewed young adults of both sexes representing all three subgroups (diagnosis, undiagnosed distress, and control). At each session the preliminary results of the interviews were presented in order to facilitate a comparative discussion of the data obtained from the qualitative questionnaire. Additionally, we organized two focus groups of professionals and one mixed group including both young people and professionals with the purpose of creating a guidebook of best practices and a documentary video [30].

#### ***Interviewers***

The 11 interviewers, all of whom were researchers in medical anthropology and/or psychology, participated in two working sessions to unify criteria and coordinate the dynamics of fieldwork and interviews. The interviews were carried out in Spanish or in Catalan, depending on the subject's mother tongue. Interviewing was carried out between March and October 2011 at the convenience of the participants, who were contacted by telephone. Each interviewer wrote up a reflexive evaluation of every interview completed. The interviewers were trained by the research team in order to ensure reliability in the administration of both the psychological scales and the qualitative questionnaire. The psychological scales were evaluated and analyzed by the psychologists participating in the project.

The focus groups took place between April and June 2012 in a room prepared for this purpose in a civic center in Barcelona. Each group included a moderator and a note-taker, in both cases persons with training and

experience in facilitating focus groups and in the ethnographic approach. The focus groups were useful for corroborating the results of the preliminary analysis of the qualitative questionnaire.

### Analysis

The quantitative data were analyzed using SPSS Statistics Version 20 software. The information was codified and introduced into a data base that was later combined with the original data base of the PFI, which contained 2416 variables derived from previous interviews with the 105 study participants. In the first phase, consistency analysis was used to create new variables to retrieve information not only from the present wave but from earlier waves as well. Because of the small size of the sample and the exploratory nature of the study, the ORs were calculated by bivariate analysis, for all variables. The same analysis was applied to the sample following segmentation by gender group. In order to avoid measurement errors we controlled the effect of outliers in the sample.

The qualitative data were managed using ATLAS.ti 6.2.27 software [31]. Through group discussion of our observations, we did an initial thematic analysis to identify the main themes present in the data. We then established a structure for coding in accordance with the principles of grounded theory and the ethnographic method, including the identification of native or emic typologies. We reviewed the interview transcripts and applied the codes. Several methods were used to enhance the rigor of our analyses, including identification and analysis of the exceptions, the constant comparative method, accrual of subjects beyond theme saturation, and the principle of reflexivity. The results obtained from the qualitative questionnaire were compared with those obtained from the focus groups.

### Results

Table 1 shows the characteristics of the study participants. The emerging adults in our study were between 17 and 21 years of age and the majority were female (68.6%). All cases ( $n = 5$ ) of severe depression according to the BDI-II were located in the group with a previous diagnosis of depression. The participants with previous distress had more limited social networks, both of family members and of peers, as can be observed in this table.

The results presented in Table 2 show that no statistically significant association was found between a previous diagnosis of depression and moderate/severe depression according to BDI-II scores at the time of the study at  $p < 0.05$ , but was present at  $p < 0.10$ . While some mental disorders may become chronic, they may also fluctuate in relation to different life circumstances, or have forms of clinical expression not captured at

the time of the interview. Our data do, however, show a statistically significant association between a BDI-II score higher than minimal and a previous diagnosis of depression (OR: 3.28 CI 95 %: 1.37–7.86,  $p < 0.01$ ), an association that is maintained when we group the study participants who had a previous diagnosis together with those who had depressive emotional distress (OR: 3.55, CI 95 %: 1.22–10.27,  $p < 0.01$ ). Similarly, among the female study participants there was a robust association between moderate/severe depression according to BDI-II scores and a previous diagnosis of depression (OR: 8.543, CI 95 %: 1.045–69.82,  $p < 0.05$ ).

### Depression and social support

Bivariate analysis (Table 2) shows that both participants with a previous diagnosis of depression and those with severe or moderate depression according to BDI-II were less satisfied with PES and PCS, but not with instrumental support, and this was the case for both IES and ICS. Loss of friendships, understood as having fewer friends in the fifth wave than in the first, was associated with a severe to moderate BDI-II score (OR: 8.47, CI 95 %: 1.81–39.63,  $p < 0.01$ ), especially among the participants with a previous diagnosis (OR: 10.400, CI 95 %: 2.033–53.202,  $p < 0.01$ ) and among the female study participants (OR: 16.792 CI 95 %: 2.051–37.481,  $p < 0.01$ ).

For the study participants in general, there was no statistically significant association between the number of friendships according to the MISS and the depression variables (a previous diagnosis and moderate/severe depression according to the BDI-II). There was no statistically significant association between these variables and the existence of conflictive relations with family members and friends.

Table 3 shows that the symptoms of depression associated with lack of satisfaction with PES were sadness, self-criticalness, crying, and changes in sleep pattern, and those linked to lack of satisfaction with PCS were pessimism, guilt feelings, punishment feelings, crying, agitation, and feelings of worthlessness. Loss of friendships between waves 1 and 5 was associated with feelings of sadness and self-criticalness. When these associations were analyzed separately by gender, we observed that:

- Among female study participants, a lower PES was associated with sadness (OR: 5.391, CI 95 %: 1.122–25.903,  $p < 0.05$ ) self-criticalness (OR: 3.132, CI 95 %: 1.126–8.706,  $p < 0.05$ ), pessimism (OR: 2.869, CI 95 %: 1.034–7.956,  $p < 0.05$ ) and feelings of worthlessness (OR: 6.517, CI 95 %: 1.366–31.093,  $p < 0.05$ ). We found a statistically significant relationship between a lower PCS and pessimism (OR: 3.198, CI 95 %: 1.049–9.751,  $p < 0.05$ ), guilt feelings (OR: 4.133, CI 95 %: 1.294–

**Table 1 Sample studied**

	Participants with diagnosis		Participants with mental distress		Participants with mental distress		Total		Statistics		
	n	%	n	%	n	%	n	%	Chi square distribution	gl	Sig.
Male	13	35.1 %	9	27.30 %	11	31.4 %	33	31.4 %	0.5	2	0.779
Female	24	64.9 %	24	72.70 %	24	68.6 %	72	68.6 %			
17 years	5	13.5 %	3	9.10 %	7	20.0 %	15	14.3 %	Chi square distribution	gl	Sig.
18 years	10	27.0 %	6	18.20 %	5	14.3 %	21	20.0 %	6.571	8	0.584
19 years	12	32.4 %	10	30.30 %	9	25.7 %	31	29.5 %			
20 years	7	18.9 %	9	27.30 %	12	34.3 %	28	26.7 %			
21 years or older	3	8.1 %	5	15.20 %	2	5.7 %	10	9.5 %			
Under 18,000 €	6	16.2 %	5	15.60 %	8	23.5 %	19	18.4 %	Chi square distribution	gl	Sig.
18,001–36,000 €	18	48.6 %	13	40.60 %	13	38.2 %	44	42.7 %	3.915	6	0.688
36,001 € or more	9	24.3 %	7	21.90 %	5	14.7 %	21	20.4 %			
Missing data	4	10.8 %	7	21.90 %	8	23.5 %	19	18.4 %			
Single-parent family	11	29.7 %	7	21.20 %	14	40.0 %	32	30.5 %	Chi square distribution	gl	Sig.
Two-parent or reconstituted family	17	45.9 %	19	57.60 %	19	54.3 %	55	52.4 %	6.563	4	0.161
No information	9	24.3 %	7	21.20 %	2	5.7 %	18	17.1 %			
Minimal	20	54.1 %	24	72.70 %	30	85.7 %	74	70.5 %	Chi square distribution	gl	Sig.
Mild	8	21.6 %	4	12.10 %	3	8.6 %	15	14.3 %	15.534	6	0.016
Moderate	4	10.8 %	5	15.20 %	2	5.7 %	11	10.5 %			
Severe	5	13.5 %	0	0.00 %	0	0.0 %	5	4.8 %			
Average	19.30		19.67		19.63		19.52		F	gl	Sig.
N	37		33		35		105		1.286	2	0.281
Standard deviation	0.87765		1.16369		1.16533		1.07502				
Average	8.79		8.15		8.76		8.57		F	gl	Sig.
N	34		33		34		101		2.132	2	0.124
Standard deviation	5.432		4.515		3.782		4.59				
Average	5.15		4.24		4.88		4.76		F	gl	Sig.
N	34		33		34		101		0.205	2	0.815
Standard deviation	2.105		1.64		1.737		1.861				

13.207,  $p < 0.05$ ), punishment feelings (OR: 4.300, CI 95 %: 1.359–13.608,  $p < 0.05$ ) and agitation (OR: 4.230, CI 95 %: 1.098–16.302,  $p < 0.05$ ). There was a statistically significant relation between loss of friendships in successive waves and sadness (OR: 5.884, CI 95 %: 1.508–22.966,  $p < 0.05$ ), pessimism (OR: 4.718, CI 95 %: 1.694–13.142,  $p < 0.05$ ) and self-criticalness (OR: 3.977, CI 95 %: 1.459–10.843,  $p < 0.05$ ).

- Among male study participants, PES was associated only with changes in sleep pattern (OR: 7.778, CI 95 %: 1.561–38.756,  $p < 0.05$ ) and PCS with crying (OR: 7.333, CI 95 %: 1.168–46.052,  $p < 0.05$ ). Loss of friendships had no statistically significant association with any BDI-II symptoms.

In addition, lack of satisfaction with ICS showed some associations with BDI-II symptoms that are not included

in Table 3; concretely, loss of energy (OR: 3.022, CI 95 %: 1.350–6.765,  $p < 0.05$ ) and irritability (OR: 2.329, CI 95 %: 1.057–5.133,  $p < 0.05$ ).

### Social support and social networks

As expected, we observed that among the social support variables, dissatisfaction with PCS was associated with dissatisfaction with PES and instrumental support, both IES and ICS. In addition, the participants who expressed dissatisfaction with PCS also experienced a loss of friendships over the course of the waves, and at the time of this study, their social networks had fewer than 8 friends according to the MISS. Conflictive relationships with friends were associated with dissatisfaction with PES and with having fewer than 8 friends in one's social network. Conflictive relations with family members were associated negatively with dissatisfaction with IES.

**Table 2 Bivariate analysis**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Diagnosis vs. self-perceived distress and controls										
2. Severe to moderate BDI-II score vs. mild to minimal BDI-II score	Odds: 2.8 CI (0.95–8.28)+									
3. Fewer friends at 5th than at 1st wave vs. the same or more friends	Odds: 1.17 CI (0.51–2.69)	Odds: 8.47 CI (1.8–39)**								
4. Eight or fewer friends at MISS vs. more than eight friends	Odds: 0.81 CI (0.35–1.85)	Odds: 2.67 CI (0.8–8.93)	Odds: 2.89 CI (1.27–6.5)*							
5. Dissatisfied with psychological everyday support (PES)	Odds: 2.77 CI (1.14–6.73)*	Odds: 5.46 CI (1.1–25)*	Odds: 1.6 CI (0.71–3.61)	Odds: 0.85 CI (0.38–1.9)						
6. Dissatisfied with instrumental everyday support (IES)	Odds: 1.24 CI (0.52–2.95)	Odds: 1.1 CI (0.35–3.48)	Odds: 1.09 CI (0.46–2.62)	Odds: 1.57 CI (0.64–3.86)	Odds: 1.86 CI (0.76–4.59)					
7. Dissatisfied with instrumental crisis support (ICS)	Odds: 0.93 CI (0.42–2.08)	Odds: 1.97 CI (0.63–6.12)	Odds: 0.9 CI (0.41–1.99)	Odds: 0.7 CI (0.32–1.56)	Odds: 1.54 CI (0.7–3.38)	Odds: 1.18 CI (0.5–2.75)				
8. Dissatisfied with psychological crisis support (PCS)	Odds: 2.79 CI (1.12–6.94)*	Odds: 4.51 CI (1.4–14)**	Odds: 3.2 CI (1.19–8.56)*	Odds: 3.25 CI (1.1–9.05)*	Odds: 3.6 CI (1.2–10.5)*	Odds: 2.66 CI (1.05–6.74)*	Odds: 4.65 CI (1.59–13.59)**			
9. Conflict with family	Odds: 1.37 CI (0.61–3.06)	Odds: 1.91 CI (0.64–5.71)	Odds: 1.23 CI (0.56–2.71)	Odds: 1.19 CI (0.54–2.63)	Odds: 1.66 CI (0.75–3.66)	Odds: 0.3 CI (0.12–0.7)**	Odds: 0.86 CI (0.4–0.87)	Odds: 1.33 CI (0.55–3.24)		
10. Conflict with peers	Odds: 1.11 CI (0.47–2.62)	Odds: 1.66 CI (0.49–5.59)	Odds: 0.72 CI (0.31–1.66)	Odds: 0.24 CI (0.9–0.6)**	Odds: 2.48 CI (1.08–5.73)*	Odds: 0.91 CI (0.38–2.2)	Odds: 1.2 CI (0.53–2.71)	Odds: 1.15 CI (0.44–3)	Odds: 0.84 CI (0.3–1.9)	

CI (confidence interval 95 %), \*\* p < 0.01, \* p < 0.05, + p < 0.10

**Table 3 Social network/social support variables and symptoms of depression**

	Fewer friends in the fifth than in the first wave				Less psychological everyday support (PES)				Less psychological crisis support (PCS)			
	Value (ODDS)	Confidence interval 95 %		Sig. asymptotic (bilateral)	Value (ODDS)	Confidence interval 95 %		Sig. Asymptotic (bilateral)	Value (ODDS)	Confidence interval 95 %		Sig. Asymptotic (bilateral)
		Lower boundaries	Upper boundaries			Lower boundaries	Upper boundaries			Lower boundaries	Upper boundaries	
Sadness	5.343*	1.648*	17.321*	0.005*	4.957*	1.357*	18.107*	0.015*	1.371	0.466	4.039	0.567
Pessimism	1.824	0.817	4.072	0.143	1.733	0.777	3.867	0.179	2.560*	1.028*	6.375*	0.043*
Failure	1.079	0.458	2.543	0.861	1.332	0.560	3.166	0.516	1.696	0.666	4.322	0.268
Lack of pleasure	1.042	0.464	2.338	0.921	0.938	0.419	2.099	0.875	2.000	0.812	4.926	0.132
Guilty feelings	0.840	0.382	1.847	0.665	1.489	0.677	3.273	0.322	3.335*	1.258*	8.838*	0.015*
Punishment feelings	2.222	0.850	5.808	0.103	1.088	0.426	2.783	0.860	2.857*	1.073*	7.606*	0.036*
Self-hatred	1.091	0.455	2.618	0.845	1.616	0.651	4.011	0.301	1.535	0.591	3.988	0.379
Self-criticalness	2.432*	1.087*	5.438*	0.030*	2.284*	1.024*	5.091*	0.043*	1.773	0.716	4.389	0.216
Suicidal thinking	1.667	0.555	5.001	0.362	3.547	0.951	13.228	0.059	2.040	0.660	6.304	0.216
Crying	1.308	0.553	3.093	0.541	2.725*	1.043*	7.119*	0.041*	3.076*	1.202*	7.873*	0.019*
Agitation	1.255	0.570	2.763	0.573	0.614	0.275	1.370	0.234	2.714*	1.025*	7.186*	0.044*
Lack of interest	1.276	0.581	2.802	0.543	0.926	0.423	2.031	0.849	1.167	0.480	2.836	0.734
Indecision	1.182	0.538	2.594	0.677	1.200	0.546	2.639	0.650	1.510	0.619	3.682	0.365
Worthlessness	1.495	0.611	3.656	0.378	1.616	0.651	4.011	0.301	2.631*	1.022*	6.774*	0.045*
Lack of energy	0.573	0.259	1.267	0.169	1.412	0.640	3.115	0.393	1.510	0.619	3.682	0.365
Change in sleep patterns	0.686	0.287	1.643	0.398	2.795*	1.188*	6.575*	0.019*	3.080	0.964	9.839	0.058
Irritability	1.276	0.581	2.802	0.543	1.278	0.581	2.809	0.542	1.433	0.588	3.493	0.428
Appetite changes	1.268	0.578	2.783	0.554	1.190	0.543	2.609	0.664	1.773	0.716	4.389	0.216
Concentration problems	0.491	0.217	1.112	0.088	1.035	0.467	2.297	0.932	0.949	0.386	2.332	0.908
Fatigue	0.852	0.388	1.868	0.689	2.229	0.997	4.984	0.051	1.361	0.559	3.316	0.497
Lack of sex appetite	0.490	0.183	1.312	0.156	0.502	0.197	1.278	0.148	1.428	0.512	3.984	0.497

CI (confidence interval 95 %). \* p < 0.05

### Social support preferences by gender

Qualitative analysis revealed that for depressive symptoms, the study participants preferred support from their own social networks, which consisted of two clearly differentiated relational territories: family and peers/friends. Of the 105 participants, only 21 (11 with a diagnosis, 7 with undiagnosed distress, and 3 from the control group) were clearly and explicitly inclined to seek professional help for the symptoms of depression in preference to their own social networks. The study participants felt that their social networks could help to mitigate emotional distress or find ways of resolving it, including by evaluating its severity. There were, however, gender differences with respect to the type and function of social support considered most helpful or preferable for dealing with depressive symptoms. This difference may be summed up as a tendency among the

young men in our sample to use their social networks to normalize their emotional distress and thereby bring it under control (“forgetting about it”), while young women study participants tended to understand their social networks as a resource for producing awareness of their emotional distress (“talking about it”). The responses shown in Table 4 support this gendered typology of preferences.

According to our male participants, self-control preceded awareness of the problem. “Forgetting” about their troubles meant going out, having fun, partying. These activities were seen as necessary for taking the edge off emotional distress. As one of the study participants put it, one way to help at such times is “Not to talk about it (the problem), but to suggest things to do.” As a strategy, however, “forgetting about” one’s problems was not entirely incompatible with “talking about” them, but an

**Table 4 Preferred social support for symptoms of depression by gender**

Preferred social support for young men	Preferred social support for young women
“Don’t talk about what’s bothering [the person]; suggest things to do” 100_ManDiagnosis, BDI-II Minimal (4)	“Well, being with me, I mean, supporting me, having people around me who can put themselves in my position and listen to me and understand me, even if they can’t do anything, just being with me [is enough]” 10_WomanDiagnosis, BDI-II Moderate (23)
“Don’t try to make them talk, just let them know you’re there, without talking about it. [That way] they can put their problems aside for a while and relax” 101_ManDiagnosis, BDI-II Minimal (11)	“Girls usually help each other. Sometimes we give each other advice, or we try to get her [the depressed person’s] mind off it, so she won’t think about it. Give her another solution. We talk a lot” 14_WomanDiagnosis, BDI-II Severe (43)
“Go out with friends and laugh. Let’s go out and have a good time, go to the bar, have a beer and forget about everything for a little while, and that’s it. Mutual support, that’s what I think and what my friends want, I think” 103_ManDiagnosis, BDI-II Minimal (10)	“I’d like it to be my friends. If you can see that they’re worried about you, you say, OK, even if I wanted to be by myself I know that I have someone I can talk to, someone I can unburden myself to” 3_WomanDiagnosis, BDI-II Minimal (10)
“Having the support of your friends, having them tell you, Come on, man, wake up, on Friday we’re going here, on Saturday we’re going there. You don’t feel like it? Then we’re coming to your house and we’re staying there” 94_ManDiagnosis, BDI-II Mild (16)	“My friends tell me you can’t go on like that. I don’t know, really, I think that nobody realizes what’s happening to them until they see it. Your friends tell you that you can’t go on like that” 4_WomanDiagnosis, BDI-II Minimal (8)
“I try to escape with my friends, doing things together, but when I’m in really bad shape I don’t feel like doing anything” 96_ManDiagnosis, BDI-II Severe (32)	“[I] really appreciated the people who came on their own and said, ‘Hey, what’s going on with you?’ Because there were some people [who said] ‘Oh, I knew you were feeling bad.’ [And when you said] ‘Well, yes, sort of, they avoided you. When you’re feeling bad you see who really cares about you or worries about you. That, and talking. Coming over to talk, or saying, ‘Listen, we’re going someplace this weekend, come on’” 5_WomanDiagnosis, BDI-II Minimal (10)
“I have a friend who, well, I’ve got to thank him, because he’s been there for me. ‘OK, come on, let’s go to the beach. Whatever.’ ‘No, no, I don’t feel like it, I don’t know, no.’ ‘Yes, you’re coming.’ And my mother opens the door and he comes in, and I’m there in bed, [and he says], ‘Come on, you’re coming.’ And we go to the beach and I have a great time. Well, you’re grateful to have friends like that, the ones you can count on the fingers of one hand” 97_ManDiagnosis, BDI-II Mild (15)	“Talking with your friends first, then with your family” 63_WomanDistress, BDI-II Moderate (26)
“Going out with people, your friends, with somebody, basically, yes. Going to the movies, going out for coffee, meeting up in the afternoon, going to the beach, anything to disconnect a little. Sports help too, I don’t know, anything that helps you disconnect” 114_ManDistress, BDI-II Minimal (7)	“Friends? They’re pretty important. If you have one kind of problem or another, or if you’re feeling down, what [these situations] always have in common is that you feel alone, right? I think that’s what all these emotional states have in common: loneliness. Your family’s there, but you know they’ll always be there! You know they love you unconditionally, so you need something more that really tells you that you matter as a person, that you have something to give others, that your friends are there for you because they care” 77_WomanDistress, BDI-II Moderate (24)
“Well, I’d go out partying not because I wanted to but because my friends dragged me along, and I don’t think that’s a bad thing. I think I’d do the same thing for them because I think that it’s not about partying but being with other people, forgetting about yourself, and above all having a good time” 118_ManDistress, BDI-II Minimal (5)	“I spent three years crying until all of a sudden some friends turned up and we started talking about it, and then I went to play basketball with them and little by little things started to change, I started understanding everything, but it was really complicated” 81_WomanDistress, BDI-II Moderate (26)

Words added by the authors to a quotation to improve the reader’s understanding are indicated in square brackets []. Each quotation is followed by a summary of the characteristics of the specific participant, including participant number at the beginning; gender; subgroup; and Beck depression inventory (BDI-II) score



activity that preceded it. Often “forgetting about” one’s troubles was a necessary first step that made it possible to “talk about” them later, with one’s emotional distress under greater self-control.

By contrast, for the young women in our sample, awareness of the problem preceded self-control. Talking about their problems with friends allowed them to problematize and analyze what was wrong through negotiation with an interlocutor and begin to imagine a solution, preferably one their own social world was capable of generating. In this way, talking about the problem was not understood as a loss of self-control, but as a necessary step for achieving it.

## Discussion

This study shows that among emerging adults depression is associated with dissatisfaction with both psychological everyday support and psychological crisis support, and with the loss of friendships over time. In addition, qualitative analysis demonstrates that the type of social support young people consider most helpful for confronting depressive emotional distress varies by gender and results in different strategies: young men want their social networks to help them achieve self-control, while young women want them to facilitate awareness of their problems.

In this study, we found that dissatisfaction with instrumental support had no statistically significant association with depression, but it was associated with some of its somatic symptoms, such as loss of energy and irritability. Dissatisfaction with psychological support, however, was strongly associated with both depression and with many of its psychological symptoms such as sadness, pessimism, guilt feelings, punishment feelings and self-dislike, among others shown in Table 3.

The connection between depression and lack of social support found in our study is borne out in much of the literature. Several cross-sectional studies have noted that lower levels of perceived social support are associated with higher levels of depressive symptoms in adolescents and young adults [19, 32]. Additionally, several longitudinal studies [33] have demonstrated that lack of social support has predictive value for the appearance of depressive symptomatology. Most studies, however, do not differentiate between perceived psychological support and perceived instrumental support, or their everyday and crisis modalities. Nor do they generally include structural social network variables such as the number of friendships. Non-use of qualitative techniques in research on this subject has limited our knowledge of young people’s perspectives on the most helpful forms of social support in the face of depression.

Our results capture gendered nuances in the kinds of social support young people find most satisfactory for dealing with symptoms of depression and depressive distress. The young men in our sample generally favored a type of peer support that helps them maintain self-control, leaving to one side awareness of the problem and, as a consequence, reflection on it. This may help to explain why young men in general have a lower level of mental health literacy [34], and why they are more likely to avoid using professional mental health services in the course of help-seeking, a tendency widely reported in the literature [7–10, 34]. Efforts to maintain self-control may also be related to higher consumption of psychoactive substances, as the self-medication hypothesis suggests [35]. In an analysis of the same sample, we observed that tobacco consumption was associated with depressive and anxiety symptoms among young men, but not among young women, and that in general the smokers with depressive symptoms explained that they used tobacco as a form of self-medication [36]. By contrast, the preferred strategy among the young women in our sample was to mobilize their social networks, especially peers, to talk about what was troubling them as a way of bringing the sources of their distress to conscious awareness and problematizing their symptoms. A possible explanation for this preference is the greater association we found among the female study participants between dissatisfaction with psychological support and a range of symptoms, especially of a psychological nature.

As some studies have pointed out [37] depression usually develops in the context of two kinds of situations: lack of personal autonomy, and loss of social support. One may balance out the other; a gain in personal autonomy may reduce the need for social support, while a gain in social support may compensate for a loss of personal autonomy. Some studies, however, have shown that the role played by autonomy and social support is mediated to a great extent by culture and cultural models of gender. For example, a recent comparative study [38] of German and Turkish women found that satisfaction with social support predicted better mental health in Turkish women, while among German women autonomy was a better mental health predictor.

One of the limitations of this study with respect to its quantitative results is clearly the size of our sample. In qualitative research, however, small sample size is usual, and ours is well within normal range. Another limitation is the primarily cross-sectional nature of the study, although we included some longitudinal variables such as the loss of friendships through time. For this reason, for example, it is possible that depression itself may influence perceived social support, or vice versa. A further

limitation is the use of different instruments; in waves 1 and 4, depression was established by a medical diagnosis, but the BDI-II was not administered. For this reason it was not possible to analyze the development of depressive symptoms through time using the same standardized instrument. An additional limitation is that, in our analysis, we did not adjust for the number of tests used in order to correct the type 1 error rate inflation, for instance Bonferroni correction, which adjusts for inflation of the family-wise error rate by dividing the alpha value  $-0.05$ —by the number of tests used. For this reason the results need to be interpreted with caution. Finally, our study shares a limitation with the majority of studies of social support, defining this concept as perceived social support. Because of the difficulty involved in analyzing this psychosocial factor, studies generally do not include data derived from observation, or data on social support actually received that can be triangulated with perceived social support. In this study, however, we have tried to compensate for the absence of this type of data by using social network structural variables, distinguishing between psychological and instrumental support, and data derived from qualitative analysis. Despite the limitations we have identified, we believe that the integrated methodology of this study produces results that may be useful for future studies of depression and social ties in adolescents and emerging adults.

To the best of our knowledge, no other studies of adolescents or emerging adults have used qualitative research methods to explore the kind of social support young people consider most helpful in resolving depressive symptoms. Our study thus fills a void in mental health knowledge through the use of mixed (quantitative/qualitative) methods to investigate the relationship between social ties and depression.

Depression is the fourth leading disorder worldwide in terms of disease burden, and it is projected that by the year 2030 it will probably be the first [39, 40]. Depression in adolescents and emerging adults is an even more serious health problem because of its tendency to persist into adulthood in the form of severe mental disorder. This study contributes to our knowledge of the impact of social support on depression and depressive symptoms in this age group, and shows that mental health interventions should take gender differences into account.

## Conclusions

This exploratory study yielded clear results of two types regarding the complex relation between social ties and depression among adolescents and emerging adults. First, loss of friendships over time and dissatisfaction with social and psychological support are variables associated with depression in this age group. Second, there

are gender differences both in strategies for managing distress, and in how social support was understood to mitigate depressive symptoms. Male study participants prioritized support that helped them achieve self-control as a first step toward awareness of their emotional distress, while female study participants prioritized support that helped them achieve awareness of the problem as a first step toward self-control. Treatment for emerging adults with depression should take into account not only the impact of social support, but also gender differences in what they consider to be the most appropriate form of social support for dealing with emotional distress.

## Additional file

**Additional file 1: Appendix S1.** The qualitative questionnaire.

### Authors' contributions

AMH conceived and designed the study, analyzed and interpreted the data, and wrote the first drafts of this article. SMD analyzed and interpreted the data, and rewrote the final version of this article with AMH. NCM and SA participated in data collection, analyzed and interpreted the data, and reviewed the article's intellectual content. All authors read and approved the final manuscript.

### Author details

<sup>1</sup> Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili, Avinguda de Catalunya, 35, 43002 Tarragona, Spain. <sup>2</sup> Department of Anthropology, Philosophy and Social Work, Universitat Rovira i Virgili, Avinguda de Catalunya, 35, 43002 Tarragona, Spain. <sup>3</sup> Department of Anthropology, Machmer Hall, University of Massachusetts at Amherst, Amherst, MA 01003, USA. <sup>4</sup> Department of Psychology, Universitat Rovira i Virgili, Avinguda de Catalunya, 35 43002 Tarragona, Spain.

### Acknowledgements

This study was funded by the Fundació La Marató de TV3, Grant 090730/31, and by the Spanish Ministry of Science and Innovation, Grants MICINN-CSO2009-08432 and CSO2012-33841. We thank all the study participants, respondents and interviewers for their participation. We are also grateful to the Centre Cívic Convent de Sant Agustí in Barcelona for making space available for the focus groups.

### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Received: 30 April 2015 Accepted: 16 December 2015

Published online: 07 January 2016

## References

1. Arnett FJ. *Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the 20s*. New York: Oxford University Press; 2004.
2. 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(1):3–14.
3. Birchwood M, Singh SP. Mental health services for young people: matching the service to the need. *Br J Psychiatry Suppl*. 2013;54:s1–2. doi:10.1192/bjp.bp.112.119149.4.
4. Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(6):670–7. doi:10.1111/jcpp.12016.

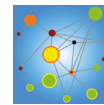
5. Merikangas KR, He JP, Burstein M, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980–9. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017.
6. Bertha EA, Balázs J. Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(10):589–603. doi:10.1007/s00787-013-0411-0-7.
7. Zachrisson HD, Rödje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC PublicHealth*. 2006;16(6):34–8.
8. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010;30(10):113. doi:10.1186/1471-244X-10-113.
9. Tanielian T, Jaycox LH, Paddock SM, et al. Improving treatment seeking among adolescents with depression: understanding readiness for treatment. *J Adolesc Health*. 2009;45(5):490–8. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.03.005.
10. Martínez-Hernández A, DiGiacomo SM, Carceller-Maicas N, et al. Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):124. doi:10.1186/1471-244X-14-124.
11. Wilkinson R, Marmot M. The social determinants of health. The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
12. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988;241:540–5.
13. Oxman TE, Berkman LF, Kasl S, et al. Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol*. 1992;135:356–68.
14. Ibarra-Rovillard MS, Kuiper NA. Social support and social negativity findings in depression: perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(3):342–52. doi:10.1016/j.cpr.2011.01.005.18.
15. Leskelä U, Ryttsälä H, Komulainen E, et al. The influence of adversity and perceived social support on the outcome of major depressive disorder in subjects with different levels of depressive symptoms. *Psychol Med*. 2006;36(6):779–88.
16. Gladstone GL, Parker GB, Malhi GS, Wilhelm KA. Feeling unsupported? An investigation of depressed patients' perceptions. *J Affect Disord*. 2007;103(1–3):147–54.
17. Lofors J, Sundquist K. Low-linking social capital as a predictor of mental disorders: a cohort study of 4.5 million Swedes. *Soc Sci Med*. 2007;64(1):21–34.
18. Tuisku V, Kiviruusu O, Pelkonen M, et al. Depressed adolescents as young adults—predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *J Affect Disord*. 2014;152–154:313–9. doi:10.1016/j.jad.2013.09.031.22.
19. Auerbach RP, Bigda-Peyton JS, Eberhart NK, Webb CA, Ho MH. Conceptualizing the prospective relationship between social support, stress, and depressive symptoms among adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(4):475–87. doi:10.1007/s10802-010-9479-x.23.
20. Tandon SD, Dariotis JK, Tucker MG, Sonenstein FL. Coping, stress, and social support associations with internalizing and externalizing behavior among urban adolescents and young adults: revelations from a cluster analysis. *J Adolesc Health*. 2013;52(5):627–33. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.10.001.
21. Belle D. Gender differences in the social moderators of stress. In: Barnett RC, Biener L, Baruch GK, editors. *Gender and Stress*. New York: The Free Press; 1987. p. 257–77.
22. Schraedley PK, Gotlib IH, Hayward C. Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *J Adolesc Health*. 1999;25(2):98–108.
23. Martínez-Hernández Á, Mari-Klose M, Julià A, et al. Adolescent daily smoking, negative mood-states and the role of family communication. *Gac Sanit*. 2012;26(5):421–8. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.030.
24. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–71.
25. Sanz J, Perdígón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*. 2003;14:249–80.
26. Krefetz DG, Steer RA, Gulab NA, Beck AT. Convergent validity of the Beck depression inventory-II with the Reynolds adolescent depression scale in psychiatric inpatients. *J Pers Assess*. 2002;78(3):451–60.
27. Dolle K, Schulte-Körne G, O'Leary AM, von Hofacker N, Izat Y, Allgaier AK. The Beck depression inventory-II in adolescent mental health patients: cut-off scores for detecting depression and rating severity. *Psychiatry Res*. 2012;200(2–3):843–8. doi:10.1016/j.psychres.2012.05.011.
28. Veiel HO. The Mannheim Interview on Social Support. Reliability and validity data from three samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1990;25(5):250–9.
29. Vázquez Morejón AJ, García-Bóveda RJ. The Mannheim interview on social support psychometric characteristics of a Spanish version. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32(4):208–14.
30. Videos de Dafits-URV. Adolescències. Crisi, malestar i creixement. <https://vimeo.com/82190200>. Accessed 1 Apr 2015.
31. ATLAS.ti. Qualitative data analysis. Version 6.2.27. Berlin: Scientific Software Development; 2013.
32. Bogard KL. Affluent adolescents, depression, and drug use: the role of adults in their lives. *Adolescence*. 2005;40(158):281–306.
33. Allen JP, Insabella G, Porter MR, et al. A social-interactional model of the development of depressive symptoms in adolescence. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(1):55–65.
34. Swami V. Mental Health Literacy of Depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample. *PLoS One*. 2012;7(11):e49779. doi:10.1371/journal.pone.0049779.
35. Audrain-McGovern J, Rodríguez D, Kassel JD. Adolescent Smoking and Depression: evidence for Self-Medication and Peer Smoking Mediation. *Addiction*. 2009;104(10):1743–56. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02617.x.
36. Carceller-Maicas N, Ariste S, Martínez-Hernández A, et al. Smoking as a form of self-medication for depression or anxiety in young adults: results of a mixed-methods study. *Adicciones*. 2014;26(1):34–45.
37. Ross CE, Mirowsky J. Explaining the social patterns of depression: control and problem-solving or support and talking. *J Health Soc Behav*. 1989;30:206–19.
38. Balkir N, Arens EA, Barnow S. Exploring the relevance of autonomy and relatedness for mental health in healthy and depressed women from two different cultures: when does culture matter? *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(5):482–92. doi:10.1177/0020764012441428.39.
39. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442.40.
40. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*. 2013;10(11):e1001547. doi:10.1371/journal.pmed.1001547.



# **Publicación 6: Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study**

Martorell –Poveda, M.A.; Martínez-Hernández, A.; Carceller-Maicas, N.; Correa-Urquiza, M. (2015). “Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study”. *International Journal of Mental Health Systems* (2015) 9:9.





RESEARCH

Open Access

# Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study

Maria-Antonia Martorell-Poveda<sup>1\*</sup>, Angel Martinez-Hernández<sup>2</sup>, Natalia Carceller-Maicas<sup>2</sup> and Martin Correa-Urquiza<sup>1</sup>

## Abstract

**Background:** Emotional distress is common in adolescence, and self-care strategies are frequently preferred to address it. The aim of this article is to analyze the self-care strategies among adolescents and young people diagnosed with depression or with self-perceived depressive distress in Catalonia using a qualitative design.

**Methods:** We analyzed the self-care strategies of 105 young people (17–21 years of age) in Catalonia who had participated in a national survey on adolescents. The sample was divided into thirds, with 37 who had a previous diagnosis of depression, 33 who had self-perceived emotional distress, and 35 controls. The participants' narratives on self-care strategies for emotional distress were elicited through in-depth semi-structured interviews. The data were managed using ATLAS-Ti 6.5 software<sup>18</sup>. We applied hermeneutic theory and the ethnographic method to analyze the interviews.

**Results:** The ten self-care strategies identified in the analysis were grouped into four areas covering the various pathways the young people followed according to whether they had a diagnosis of depression or their depressive distress was self-perceived. The young people feel responsible for their emotional distress and consider that they are capable of resolving it through their own resources. Their strategies ranged from their individuality to sociability expressed through their relationships with others, membership of groups or other self-care strategies (relaxation, meditation, naturopathy, etc.).

**Conclusions:** The study results highlight the importance of sensitivity in considering young people's self-care strategies as another option in the care of emotional distress.

**Keywords:** Adolescents, Mental health and illness, Self-care, Self-help, Social support, Young adults

## Background

Emotional distress is common in adolescence, and lay strategies are frequently chosen to cope with it. Adolescence is a critical phase in the construction of personal and social identity, and vulnerabilities associated with it include depression, anxiety and negative mood states [1-5]. Similarly, research has shown that adolescents tend to reject and have negative attitudes toward seeking professional help, preferring self-help to treat these problems [2,6-9]. However, there is evidence that knowledge is lacking about which self-help strategies are effective for mental health problems, especially in cases where symptoms are less severe [10].

A recent systematic review [11] points to the need to identify the actions adolescents can use in their everyday lives to reduce their risk of depression without professional help or other formal intervention. The results of the review suggest that there is a relationship between substance use (alcohol, tobacco, cannabis, other illicit drugs and polydrug use), healthy diet and weight, coping strategies, sleep (sufficient hours and quality), and depression, and that these factors can be both risk factors for or protectors against symptoms of depression. Other actions identified as possible protective factors for depression among adolescents are dating during adolescence, media use, physical activity and sport, relationships with positive peers, and self-disclosure to parents.

Previous studies have also shown that adolescents and young adults mainly turn to informal networks such as friends and family [12-14] or, although to a lesser extent,

\* Correspondence: mariaantonia.martorell@urv.cat

<sup>1</sup>Department of Nursing, Universitat Rovira I Virgili, Avda. Catalunya, 35, 43002 Tarragona, Spain

Full list of author information is available at the end of the article

choose lifestyle-related strategies or complementary therapies [15].

In all complex societies we can identify lay care strategies that lie outside the boundaries of professional services and care. Authors have used a range of terms to refer to lay care, such as self-help [16], self-care [17], social support [18], or informal care [19]. The conceptual diversity in the literature suggests that this type of care covers a wide range of resources and practices. In fact, a recent literature review [20] identifies the following wide range of strategies used by adults with mental health problems: employment, education, creative activity, physical exercise, healthy living, structured routine, and spirituality. These authors propose a model of self-care in mental health based on the inclusive use of the concept that also encompasses other concepts such as recovery, self-management and self-help. This model, in which the individual is placed at the center, shows reciprocal relationships with self-care support, self-care behaviors and strategies, and well-being and functioning. Leaving aside discussions on the suitability of one term over another, or the extent of their scope, it seems clear that self-care is a common practice with a particular centrality in every society [21,22].

It is noteworthy, however, that in general the research to date has tended to quantify the frequency of informal care and self-help. The undeniable interest of such data nevertheless does not preclude the relevance of exploring the issue from a qualitative perspective. With good reason, the World Health Organization [5] proposal highlighted the importance of understanding self-care from a position of experience and lay knowledge. In the same vein, other authors [20] highlight the importance of considering the experiences of people with mental health problems to understand self-care in mental health. In socio-anthropological terms, this essentially means approaching the contents and meanings of young people's actions from first-hand personal experiences; and in this context, discovering what lay strategies young people use to cope with their situations of emotional distress.

Our aim in this article, therefore, is to analyze the self-care strategies among adolescents and young people diagnosed with depression or with self-perceived depressive distress in Catalonia. To this end we considered the repertoire of activities and resources young people use to cope with, control, alleviate, endure and resolve their situations of distress without the intervention of professional services [23-25].

## Methodology

This research is the first systematic study in Spain and Catalonia into the processes of avoidance of professional mental health care services and the use of lay resources

among adolescents and young people with depression or associated factors, using qualitative methodology.

## Design and sampling

We conducted 105 face-to-face in-depth interviews with young people selected from the *Families and Childhood Panel*, a national survey begun in 2006 with adolescents resident in Catalonia who were born between 1990 and 1993; the survey incorporated a new cohort every year until 2009. Information was collected on negative mood states using a self-administered scale of distress in waves 2 and 3, and on diagnoses of depression or anxiety (reported by parents) in waves 1 and 4. The self-administered scale of distress identified different mood states on a five-point Likert-type scale (ranging from 'never' to 'often'). Chronic states of sadness, nervousness, and loneliness were statistically associated with a diagnosis of depression in all the waves (2 and 3) in which the scale was applied. All waves also included information on consumption of psychoactive substances, sociability, and familial and educational variables.

The subsample was recruited from all over Catalonia, including rural areas, using the propensity matching score technique to yield three groups of 50 participants each: one with depression or anxiety diagnosed by a health professional in the first or fourth wave of the *Families and Childhood Panel*, as reported by the parents in response to a direct question; a second group with self-perceived depressive distress (chronic states of sadness, nervousness, and loneliness) in the second and third wave but without a diagnosis of depression or anxiety; and a control group with neither self-perceived distress nor a psychiatric diagnosis. Sample attrition occurred in cases of change of residence, inability to contact the subject, or subjects who declined to be interviewed, and in the end 105 subjects were interviewed: 37 with a diagnosis (GD), 33 with self-perceived distress (SPD), and 35 controls (GC) (see Table 1). The number of cases was sufficient to satisfy the principle of saturation in qualitative research.

The participants were young people aged between 17 and 21 years, 68.6% of whom were young women, and 31.4%, young men. All were resident in Catalonia, including rural areas. The sociodemographic characteristics of the missing subjects were not significantly different from those of the subjects interviewed.

Interviewing was carried out between March and October 2011 at the convenience of the participants, who were contacted by telephone.

The study was approved and monitored by the Spanish Ministry of Science and Innovation and the *Fundació La Marató de TV3*, a Catalan not-for-profit foundation that raises funds for biomedical research. The study procedures were approved by the ethics committee of the



**Table 1 Sociodemographic characteristics**

		Groups			Total
		Participants with diagnosis	Participants with mental distress	Control participants	
		N	N	N	
<b>Sex</b>	Male	13	9	11	33
	Female	24	24	24	72
	Total	37	33	35	105
<b>Age</b>	17 years	5	3	7	15
	18 years	10	6	5	21
	19 years	12	10	9	31
	20 years	7	9	12	28
	21 years or older	3	5	2	10
<b>Family income level</b>	Under 18000€	6	5	8	19
	From 18001 to 36000 €	18	13	13	44
	36001€ or more	9	7	5	21
	Don't remember	4	7	8	19
<b>Family structure 2010</b>	Single-parent family	11	7	14	32
	Two-parent or reconstituted family	17	19	19	55
	No information	9	7	2	18

*Fundació Congrés Català de Salut Mental* (Catalan Mental Health Congress Foundation), an interdisciplinary entity for the promotion of mental health, and carried out in accordance with the ethical standards established by the Helsinki Declaration of 1964. Each participant and one adult with parental responsibility provided written informed consent.

#### Data collection

The participants' narratives on self-care strategies for emotional distress were elicited through in-depth semi-structured interviews. For this interview, we designed an initial vignette (Additional file 1) in which an imaginary 17-year-old, John or Mary, showed signs of depression according to DSM-IV-TR criteria, but without offering possible reasons or causes. The interviewer did not use the word 'depression' or any other diagnostic category. The interviews were carried out in Spanish or in Catalan, depending on the subject's mother tongue. The character in the sketch was always of the same sex as the person interviewed.

After reading the sketch, the interviewer proceeded to the questionnaire, which took approximately an hour and a half to complete. Informants were asked to explain what they thought was happening to John or Mary, and the interview focused progressively, and in a retrospective and reflexive manner, on the subject's own experience of emotional distress during transitional aged youth.

The 11 interviewers, all of whom were researchers in medical anthropology and/or psychology, participated in

two working sessions to unify criteria and coordinate the dynamics of fieldwork and interviews. Finally, each interviewer wrote up a reflexive evaluation of every interview completed.

#### Data analysis

Interviews were audio or video recorded and transcribed verbatim. The data were managed using ATLAS-Ti 6.5 software<sup>18</sup>. Following an initial analysis to identify the principal themes in the data obtained, we began an independent analysis and subsequently discussed our observations to create an initial coding framework in accordance with the principles of hermeneutic theory and the ethnographic method, including discovery of emic or native typologies [26,27], that is, explanations and meanings from the point of view of the young people themselves.

Four researchers, the authors of this article, held face-to-face discussions to produce an initial thematic analysis and identify the main codes in the data. We sought the views of a fifth member of the research team when discrepancies arose in this process. We then reviewed all the interview transcripts, and revised and applied the codes to the data using constant comparison, identification and analysis of exceptions, as well as reflexivity and comparative peer review, until content saturation was achieved. When researchers were unsure how to code data we resolved issues and modified the code through team discussion by e-mail. Some qualitative data were transformed into binary matrices and analyzed with

Ucinet 6. 454 software, which yielded the relationship between the self-care strategies used and the three subgroups identified in the study.

### Results

Our analysis of the interviews clearly revealed an attitude among young people to seek help in their social network and to use other self-care resources as an alternative, and to a lesser extent as a complement, to professional treatment. The actions and resources young people use were summarized in ten categories, reported in Table 2, that we grouped for analytical purposes into the four main areas we identified from the associations among the items.

These are represented in the form of clusters in Figure 1. These self-care resources can be combined and are common to all three groups of young people in the study. We describe the four areas referred to below:

1. The first area includes the resources that reinforce the young person's individuality in his or her life cycle stage, in that they aim to maintain personal autonomy in resolving conflicts. At the same time we observe some socialization of problems with friends, as the main motives for emotional distress also originate in this social context and it is where their solution can be found.
2. The second area concerns the adult world, and in particular, the emotional and educational dimension. Adults, essentially parents and teachers, offer a type of support in which their presence and 'unconditional love', particularly parental, is meaningful for the young person during the self-care process. In some way, attention from the adult world entails that the young person is accompanied into his or her future. This area also includes the boy/girlfriend relationship in

that it offers affection and trust as a support to cope with the situation of adversity.

3. The third area involves taking the problem beyond close social networks, channeling the stress that the situation of emotional distress causes through one's body in a physical activity or sport, and through trust and conversation with a close relative.
4. Finally, the fourth area highlights self-care strategies that link the young person's internal and external worlds through sensory and artistic expression.

### Between individuality and sociability

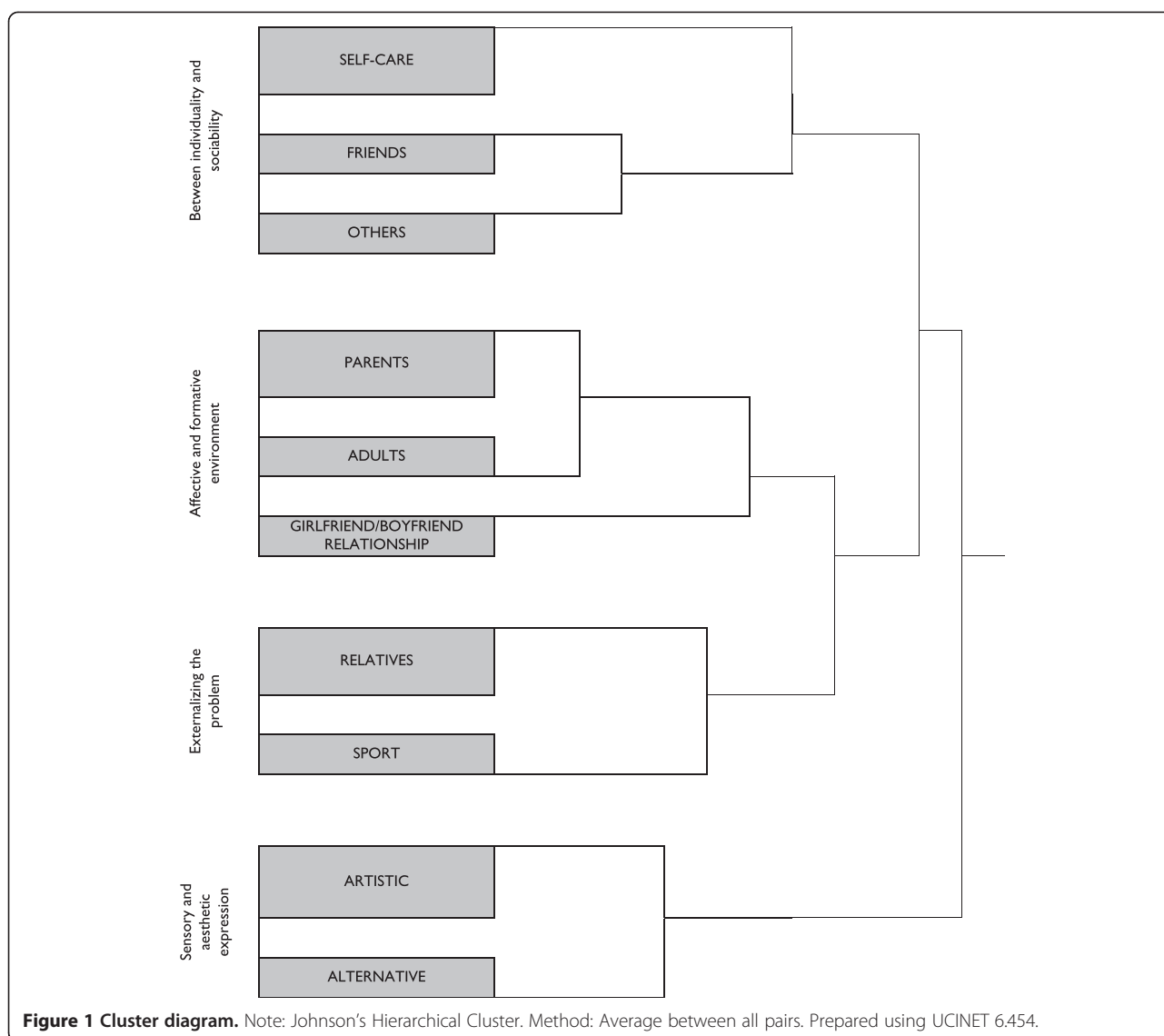
Young people express their concern to maintain personal autonomy and self-control in the process of seeking help for emotional distress. This perspective arises in their narratives when they refer to the need they feel to look for the solution to their problems within themselves and by themselves. For them this represents a strengthening and maintaining of their individuality. In the words of some informants: 'It's like you have to be yourself. Help from outside can help you but you have to be more yourself as a person, you have to realize yourself'. (Young man, SPD). 'My attitude was that I had to help myself: I don't want anyone else interfering in my life'. (Young woman, GC).

When you have a problem, well, if you say, like, I'm not feeling great or whatever, but afterwards it's you that lives with it. Other people can help you at a certain moment but when you're on your own and the way you deal with the problem it's for yourself and not for anyone else. (Young woman, GD).

Mobilizing personal resources takes on different connotations among the young people. Some literally expressed the need to act and move themselves,

**Table 2 Self-care strategies by subgroups**

	Female diagnosis	Female self-perceived distress	Female control	Male diagnosis	Male self-perceived distress	Male control	Total
Self-care	11	6	12	8	4	6	47
Friends	20	18	23	11	7	7	86
Others	11	8	6	4	4	3	36
Parents	9	10	11	6	5	4	45
Adults	3	3	3	0	4	1	14
Girlfriend/boyfriend relationship	4	3	3	1	1	1	13
Relatives	8	5	16	4	6	6	45
Sport	3	7	10	1	7	8	36
Artistic	11	4	4	5	4	1	29
Alternatives	2	3	1	2	0	1	9
Total	11	9	12	5	5	4	46



believing that no one else can get them out of their situation. For others it is a question of ‘emptying out the problems’, in search of their desired happiness internally and within the self. One of the informants from the self-perceived distress group used the metaphor of silence to explain this process of internalization. According to his testimony, when one experiences silence and breaks away from all background noise, one realizes how it affects one’s situation and becomes aware of what needs to change and what to do to improve it. In his opinion, being silent helps one to be alone with oneself, allowing one to find a solution to the problem. Moreover, this strategy can be used whenever and wherever the person wants.

Another strategy some young people use to establish this process of internal communication is to express their experiences through writing. One young man said,

‘I write things down on paper and after that I react and see what to do or how to act’. (Young man, SPD).

The young people seem to agree substantially with the idea that they can only rely on themselves if things take a turn for the worse. They also stated that they only ask others for help when they have no alternative and cannot resolve the situation using their own resources. Likewise, the narratives also revealed that the strategies for dealing with situations of adversity can go beyond personal resources. The young people shared the idea that as time passes, they cannot stay trapped inside the problem and they need to share the experience. In their opinion, ‘when you talk about things, they get smaller. So, the more people you tell, the sillier it seems’. (Young woman, GC).

When a young person decides ‘to come out of him or herself’, he or she tends to socialize the process in the

context of friendships, the same space in which, for the majority, the distress originates. They considered that there is 'always mutual support in friendships,' (Young man, GD), where talking and encouraging the other is one of the main resources with which to face the situation of adversity. In fact, the young people considered their friends to be one of the main sources of psychological support in everyday and crisis situations alike. The activities they share with friends include having a coffee, going for a walk or to the movies, and with them they can 'let off steam,' trust and seek understanding when they are experiencing a situation of failure or criticism. It is their friends who cheer them up when they are despondent and help restore their confidence. As one young woman put it, 'I had friends who stuck by me because they knew I was in a really bad way, really bad. And so they would say, Come on, let's go and have some fun!'. (Young woman, GD).

Having fun, talking about a range of topics, going out with friends, chatting on the phone, letting oneself be loved, and being able to let off steam, are all ways the young people expressed what they do among themselves to cope with situations of adversity. For some young people, a wide circle of friends unquestionably makes it easier to manage emotional distress.

According to the young people, however, some differences in coping strategies are gender related. With some exceptions and personal individualities, they generally thought that young women were more expressive, more likely to talk over their problems with each other, and offered each other more mutual support. The externalization of the problem is linked to the idea that women are more sensitive, more vulnerable and more willing to show their feelings, and are more likely to express themselves by crying in situations of adversity.

In contrast, young men were thought to be stronger and more inclined to isolation or keeping the problem to themselves. They are more likely to externalize by acting on the defensive, sometimes violently, or increasing their consumption of alcohol, cigarettes or drugs.

These perceptions, expressed by the young people, are summarized in the words of one of the informants:

A boy won't tell you the first time you ask him; he won't spend all day down in the dumps or crying or whatever. But girls will. If something goes bad for them they'll end up crying. I don't know. They are weaker, if you will. Well, it depends on the person too. If a girl doesn't want to tell you, then she won't. With a boy, if you dig a bit, then he'll tell you. (Young woman, GC).

Even when we take into account these differences, the participants said that closeness between peers fosters the

trust that is necessary to express what one is feeling and experiencing. A friend 'puts him or herself in your shoes' better than a psychologist or another professional. Certainly, as the same young woman said, 'Your friends are the best thing in this world'. (Young woman, GC).

### **The affective and formative environment**

As well as personal autonomy and strengthening sociability with peers, the young people also considered the support of the adult world as one of the resources to cope with distress. In this context parents, followed by teachers, are particularly significant.

Overall, the young people identified their parents as the main source of instrumental support in crisis situations. The young people turn to their parents when they face an economic difficulty, in the case of illness, or when they have to make important personal decisions concerning their education, work, the purchase of property, and so forth. As they stated in their narratives: 'If you have a good level of trust with your parents, then your parents first'. (Young woman, SPD).

Communication between parents and children in the end is critical, it is essential, even though it's hard, because of age, because of the figure they represent, because of the things you can't tell them, but if we were all a bit smarter and talked about things more, everything would be better, we'd see that, that we are not alone ... if something were to hurt me ... my parents would be the right people. (Young man, GC).

The young people considered their parents as a suitable resource that allowed them to deal with situations of adversity because of what their parents know about them and because they can help from the experience that comes with age. The aspects the young people valued most positively about their parents' help were associated with their presence and the fact that they can make things easier. They want their parents to stand by them in these situations, but without being over controlling and stifling. What they want most from their parents in these moments is love and affection. They viewed their parent's unconditional love as the stimulus they need to cope with adversity. In the words of one informant:

When you are really down and your mum phones, and she calls and says, hey Ana what's the matter, and you go and see her and she gives you a hug, or she's on the couch and you lie in her lap and she strokes you. Or you go to see your dad, and you lie down next to him and fall asleep. It's the little things that make you say it's worth the effort to go on. (Young woman, GD).

With the exception of some gender differences, young people tend to choose their mothers to share their concerns and experiences with. Their narratives showed that they place more trust in their mothers and that they show more empathy. Some of them highlighted the unconditionally shown by their mothers. One young woman said, 'Whatever I did she was always by me. Even when I did something wrong, she told me off or something, but she was still there'. (Young woman, SPD).

The young people viewed this idea of presence, reflected in the last words of the previous informant, as a necessary condition in their parents, although they also expressed the need for understanding from them. Above all they want to be understood and listened to. They want involvement in the relationship and the parent to be someone to trust rather than an authority to be avoided.

It is noteworthy that some of the young people with a diagnosis of depression recognized their parents as 'expert professionals' and 'the best psychologists'. (Young woman, GD). 'And my parents, well ... a father and a mother can always give you the best advice'. (Young woman, GD). 'My father is a great support, really, because he's really good at talking to me, he always explains things and I understand him pretty well. He's like a psychologist, if you like'. (Young man, GD).

In the educational context, the young people also viewed teachers as a resource to turn to, especially when the source of their distress was related to their studies and education. The young men in the diagnosed group are the exception, however; none of them referred to teachers as a potential self-care resource. This might suggest that the source of their distress does not lie in the context of education and for this reason they do not turn to teachers. For the others, 'if it's a problem with your studies, try and improve, talk to the right teachers so they can explain how you can get back on the right track'. (Young woman, GC).

In summary, we find that the presence of people close to the young people's adult world, their unconditional love, the knowledge that comes with age, and trust establish them as a support resource for the young people of Catalonia.

### Externalization of the problem

Externalizing the problem involves the expansion of young people's horizons to include self-care resources and actions that, to some extent, free them from the stress of the emotional distress.

As well as friends, parents or other adults, the young people might ask for help from other family members including siblings, grandparents, cousins, uncles and aunts. When the issue is 'very personal', talking to a brother or sister is an optimal choice; if the question concerns legal or administrative procedures, they might

turn to an uncle or aunt, a cousin or other relative with expert knowledge in the area.

Whatever the case, when they identified the truly important people in their lives, after parents, the young people mentioned other family members, emphasizing these links over friendship links. In the words of some of the informants: 'A friend can always let you down, but with the family you always know they are there for anything'. (Young man, GD).

I used to sideline my family a bit. And that's the last thing you should do! Before, I preferred to go around with my so-called friends than stay at home and spend a bit of time with my sister, with my parents ... Then I realized that no ... that wasn't a good thing. (Young woman, GC).

These comments show that the family is considered as a source of lasting relationships, despite possible conflicts or lack of understanding that can arise between family members. As one of the young men in our study felt, although parents sometimes do not listen or do not want to listen to their children as much as they would like, there is always a brother, sister, or cousin to turn to. In short, 'you ask for help ... first of all from a relative ... Before you go to a friend or whoever, if it's something critical ... talk with the family. Because they know you best'. (Young man, SPD).

They understand that sharing the situation with someone close is a way of 'getting the problem out' and it is a way to hear other opinions to compare with their own. Externalization is based above all on the chance to talk to someone close and trusted and express through language emotions, feelings, concerns, wishes, and so forth.

The language young people use to externalize is not only spoken language, however; the language of the body also plays its part. Many young people refer to exercise or physical activity as a self-care strategy to channel the stress that the situation of adversity can cause.

Through exercise, the young people manage to 'forget about the problem', escape from it or be distracted for a while. They stated that sport was not only a way to be physically active, but also mentally active in that it helps them to 'switch off from your problems', the body becomes physical tired and 'it is a way of disconnecting'.

The most popular sport among the young people in the study is basketball; young men and young women in all three groups referred to this team sport. A notable aspect of this sport, or any other team sport, is related to competitiveness. In the words of one informant:

As people, we need a shot of competitiveness and competition is good. Being able to compete with other people is good, because sometimes you win and

sometimes you lose and if you lose you also learn how to cope with it. It's like life, sometimes you win and you have to know how to win and other times you lose and you have to know how to react. (Young man, SPD).

From this young man's account we can draw parallels between some aspects that the situations of adversity generate in the young people's daily lives, and resolving conflicts when, as in this case, they play a sport.

For some young people, team sports were also a way to expand social networks and find support outside friendship and family circles. In this regard young people expressed their need to belong through the group dimension that sports offer. For some, sport also boosted their self-esteem. One of the young men said:

[Basketball] gives you values for yourself or ... or it's like, you feel too ... like people care about you, right? Like ... you are someone. You're part of the group, you're part of something and you're important to other people ... it's what I said before: you feel loved! (Young man, GD).

#### Sensory and aesthetic expression

Other self-care strategies the young people used were related to a whole range of activities that connect their internal and external worlds, and are essentially creative, artistic and sensory.

Some of the young people are members of a band, sing or play an instrument, or participate in drama or dance activities. They considered these activities to be much more than entertainment; they enabled them see reality in a different way, lift their mood and alleviate their distress. 'I'm in a band because sometimes, with some songs, I can really let go, more than anything, I let off steam and it's a ... because I'm distracted. So I don't think about ... I don't know, maybe it's like a therapy'. (Young man, GD).

Music is the most important thing in the whole world for me. Because music always knows how you are and sometimes tells you how you feel. It can do anything because there are lots of kinds of music, of songs, and you'll always find something that helps you. Because you hear a song and after that you feel better. The messages you get normally match the music. The music I listen to has a lot of guitar solos and sometimes just one guitar solo can give you some amazing feelings. (Young man, SPD).

[Theater] gives me a new way of seeing things, because it puts you in another person's shoes, when you're performing ... and ... you end up seeing things in a different way, you know? One day you see things

more from a child's perspective, another day, from the perspective more as if you were a more stingy person, for instance, you know? And ... and ... I understand people a lot more ... when you see that the person on stage isn't you, that it's a character ... it's like it's much better! (Young woman, GD).

The experience of living another reality opens up the idea of living in the present, the 'here and now'. In this line, some of the young people mentioned they would recommend, or have already recommended, that their friends try relaxation and meditation techniques, art therapy or laughter therapy when they are in a situation of adversity. In general, without evaluating these strategies negatively, they stated that the benefit they derive from them is momentary.

I don't think it gets to the root of the problem at all. It's just to make you feel better. I would do it as an alternative therapy. Yeah, I'm not sure, but something like that. I think it can do you a lot of good for an afternoon, but maybe the next morning you're depressed again because the problems are still there. (Young woman, GD).

They took a similar line on the effects of other techniques or practices aimed to stimulate the body's own healing abilities, such as naturopathy, homeopathy or reflexology. Some participants from the clinical diagnosis or self-perceived distress groups occasionally used these techniques.

I did reflexology, and well, at the time it helped me a lot, because I am very nervous, and it was relaxing and whatever, but it's the same as the psychologist, they can help you, but they won't solve your problems. (Young woman, SPD).

I was under a lot of pressure, and I had all the stress of my studies, so I went there to color therapy and Bach flower remedies, and it was really good ... I don't know, but for me it was. Sure, it depends on each person, it works for some people but not for others, and some people don't want to believe in it and it works for others because they believe in it ... you know? It's like it's all relative, but I think it's a good alternative, you're there and it's you who reflects, it's not someone talking to you or trying to get stuff out of you, or ... I don't know. I think ... like I suppose because of cultural views it's different, because going to the psychologist, it's like there's something wrong with you! But you go to the homeopath or something and a lot of people go there, just for their wellbeing, because ... I don't know ...

you've had a bad week or whatever ... and it's different. (Young woman, GD).

Despite the sporadic or transient benefits that these health practices might offer, the young people who use them preferred this option to others from allopathic medicine.

### Self-care strategies and subgroups

A partial association between the four categories designed with the self-care strategies the young people identified, and the three subgroups (GD, SPD and GC) emerged from a correspondence analysis. Figure 2 shows the following distribution:

1. The young men in the diagnosis subgroup are associated with the alternatives item.
2. The young women in the diagnosis subgroup are associated with artistic and other items.
3. Young women with self-perceived distress are associated with the resources in the 'between individuality and sociability' category (own self-care, friends and others), and adults (parents and partner).
4. Young men with self-perceived distress are closer to adults.
5. The young women in the control group are closer to relatives.
6. The young men in the control group are closer to the sports strategy.

All the self-care strategies described were cited, in general, by all the young people. The above distribution of the sample subgroups in relation to self-care

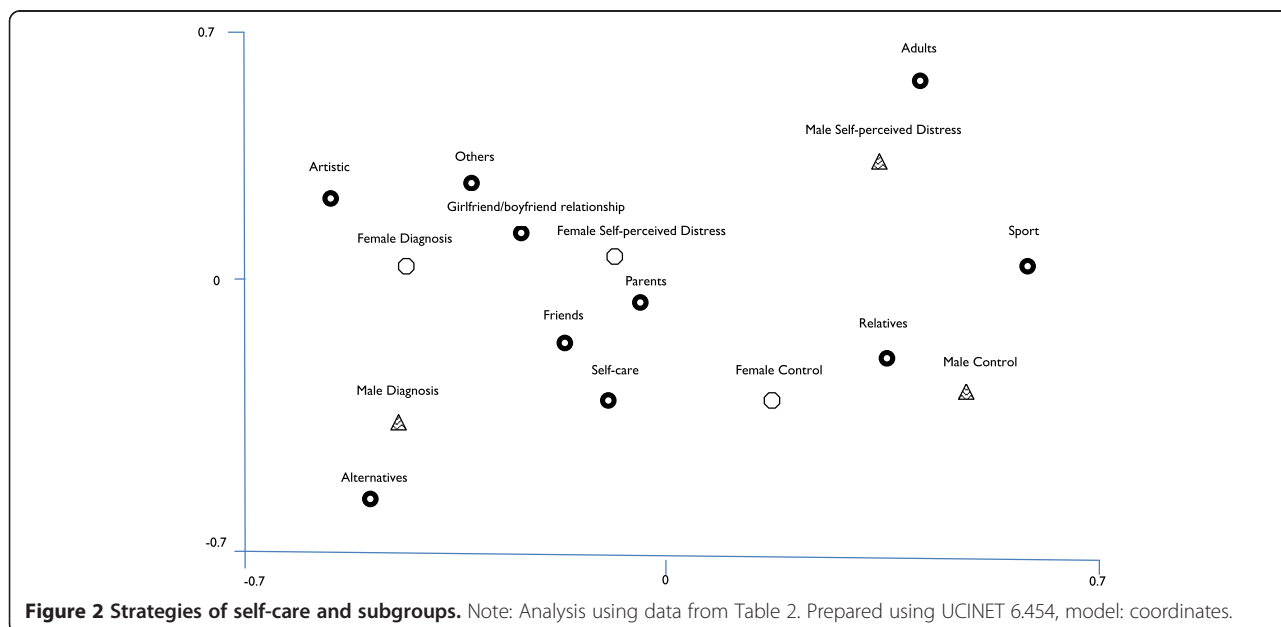
resources, however, reveals certain trends indicating the therapeutic pathways that young people take. The four sets of self-care resources discussed above can be interpreted on a scale in which the resources related to individuality and sociability form the first level of the pathway, and sensory and artistic expression is related to the resources mobilized in the last level, in other words, when the previous resources have also been used.

In line with this idea, the young people's pathways allowed us to identify the use they make of the various self-care resources. The trend revealed is that young men and women with a diagnosis follow the entire sequence and pass through all the identified levels, to eventually use resources related to sensory and artistic expression. In fact, the young people in the group with a diagnosis were more likely to use resources or alternative therapies, and the young women in this group tended toward activities associated with art. We find a predisposition among young people with a diagnosis to look outside their social network (parents, friends, family) for self-care strategies.

For their part, the self-perceived distress group tends to focus more on the resources identified between individuality and sociability, and those relating to the adult world. In contrast to the group with a diagnosis, the self-perceived distress group mainly activated their social networks as a self-care resource. Mobilizing the level of resources related to externalizing the problem is linked to the pathway followed by the young people in the control group.

### Discussion

In this study we show, from a qualitative perspective, the various self-care resources young people use in Catalonia



**Figure 2 Strategies of self-care and subgroups.** Note: Analysis using data from Table 2. Prepared using UCINET 6.454, model: coordinates.

(Spain) to cope with events of depressive distress and anxiety. Our analysis revealed ten main resources, which we grouped into four areas covering different levels and potential therapeutic pathways young people take, depending on whether they have a formal diagnosis, self-perceive distress or, the case of the control group, neither of the above.

The young people's narratives showed that they experience distress as their own responsibility. For this reason they felt able to resolve their distress through their own resources. As we have shown, their strategies ranged from their individuality to sociability expressed through their relationships with others (friends, parents, families, adults, etc.), membership of groups with varying levels of organization (bands, drama groups, sports teams, etc.), or other self-care strategies identified at a more sensory (relaxation, meditation, laughter therapy) or alternative level (naturopathy, homeopathy, reflexology). The young people's perception of self-sufficiency can be considered as reinforcing the use of this variety of lay resources.

Even when this range of strategies is taken into account, we note that young Catalans prioritized seeking help from friends and family to cope with their distress. This finding coincides with other studies [14]. Indeed, our research confirms that talking to a close friend or family member, and maintaining contact with these social networks, are actions young people considered to prevent or apply in situations of depressive distress or similar states [13,28,29]. The study also highlights the ambivalence, however, between the sense of self-care reflected in the level of discourse, and the relative dependence, in the real dimension, on their social and family networks. In fact, some scholars have considered young people's conviction that they can resolve their mental health problems on their own to be a barrier to seeking professional help [13,30,31]. Other studies have also suggested that young people use these support networks with such frequency because they are readily accessible and easily put to effect. This resource is, in the end, economic and involves less stigmatization of the problem [12]. Whatever the case, young people see social and family networks as another link in the chain of resources in their immediate world [22,24]. Indeed, young people use these relationships to build ideal pathways of attention and care consistent with their representations of personal autonomy and lay problem solving strategies [32].

In this context, we believe that the young Catalans' choice of lay care strategies should be understood as a social reality that informs us how this population group copes with their situations of distress, while at the same time revealing key ways to address the young people's mental health by placing them at the center of and making them active parties in their own processes.

The frequency with which the young people's narratives refer to terms such as presence, understanding, closeness and trust to define the relationship they have with or expect from the other (friend, parent, relative or teacher) reveals these to be desirable qualities in the listener and the person with whom they share their distress. It is also a sign that there is a real need for the young people to establish a dialogic and intersubjective encounter with the other to restore their well-being and strengthen their independence. For young people this relationship is based on the understanding and peace of mind to narrate, express and feel their pain.

What they expect from their interlocutors in an ideal situation appears to take the form of *being there*, of letting them talk, listening and giving emotional support without damaging their self-esteem and autonomy. We understand that for the young people this *being there* means that their local-subjective world is valued, and that they are accompanied in a process in which the subject him or herself predominates, and is not seen as afflicted with distress or reflecting a diagnostic category. Paying attention to the diagnosis above all else unquestionably induces the risk of prioritizing prompt treatment; treatment that is not necessarily effective just because it is fast, and cannot always recognize the capacity for self-management our study population has.

## Conclusions

Our findings shed light on young people's experience in using lay resources for depressive distress or similar situations. In many cases the lay strategies our study population identified mitigate and resolve distress, although not necessarily to the exclusion of professional care actions. The willingness to use social networks, play in a band, play sport, write or meditate, among others, shows the capacity and ability young people have to address their mental health problems, thereby enhancing their sense of self-sufficiency. Taking these aspects into account highlights the need to be sensitive in considering the lay strategies young people use as an additional option in mental health care. Their active efforts to retain control and manage their abilities to resolve the distress process should also be taken into account.

From this perspective, we consider that professionals and the health policies and strategies implemented in Catalonia should respect, consider and be constructed on the basis of young people's sense of self-sufficiency. The self-care centered on the young person's sociability is also an important factor, and professionals should take into account social relationships with friends, parents, family, and so forth when determining what help is needed and establishing educational programs. As the study has highlighted, young people expect and want to be heard, encouraged and accompanied. In their way, they are



calling for the closeness and presence of the other. Professionals should therefore first recognize these key issues and apply them when they attend to young people.

## Additional file

**Additional file 1: The vignette and qualitative interview.** Additional file 1 details the script of the questions used in the semi-structured interview following the reading of the vignette which was designed specifically for the research.

## Competing interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

## Authors' contributions

MAMP participated in data collection, analyzed and interpreted the data, and wrote the first drafts of this article. AMH conceived and designed the study, analyzed and interpreted the data, and reviewed the article's intellectual content. NCM and MCU participated in data collection, analyzed and interpreted the data, and reviewed the article's intellectual content. All authors read and approved the final manuscript.

## Authors' information

MAMP, (PhD, Msc, RN), is a professor at the Department of Nursing of the Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Catalonia, Spain. Researcher at Medical Anthropology Research Center. AMH, (PhD, Msc), is a professor at the Department of Anthropology, Philosophy and Social Work of the Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Catalonia, Spain. Researcher at Medical Anthropology Research Center. NCM is a researcher in medical anthropology and a doctoral student at Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Catalonia, Spain. MCU, (PhD), is a professor at the Department of Nursing and at Department of Anthropology, Philosophy and Social Work of the Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Catalonia, Spain. Researcher at Medical Anthropology Research Center.

## Acknowledgements

We thank the young people who shared their experiences with us. The cooperation of all the interviewees also made this research possible. We are also grateful to those who contributed to the development of the study with their comments and input.

The authors disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: Fundació La Marató de TV3 (Grant 090730/31) and by the Spanish Ministry of Science and Innovation (Grants MICINN-CSO2009-08432 and CSO2012-33841).

## Author details

<sup>1</sup>Department of Nursing, Universitat Rovira i Virgili, Avda. Catalunya, 35, 43002 Tarragona, Spain. <sup>2</sup>Department of Anthropology, Philosophy and Social Work, Universitat Rovira i Virgili, Avda. Catalunya, 35, 43002 Tarragona, Spain.

Received: 17 July 2014 Accepted: 30 January 2015

Published online: 10 March 2015

## References

- 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.
- Biddle L, Gunnell D, Sharp D, Donovan JL. Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. *Brit J Gen Pract.* 2004;54(501):248–53.
- Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet.* 2007;369(9567):1130–9.
- Shaffer D, Waslick B, editors. *The many faces of depression in children and adolescents.* Washington: American Psychiatric Publishing; 2002.
- WHO: World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. *Mental Health of Children and Adolescents.* Helsinki, 2004. [[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf) (accessed 2 February 2014)].
- Martinez-Hernández A, DiGiacomo SM, Carceller-Maicas N, Correa-Urquiza A, Martorell-Poveda MA. Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2014;14:124.
- Cusack J, Deane F, Wilson C, Ciarrochi J. Who influence men to go to therapy? Reports from men attending psychological services. *Int J Adv Couns.* 2004;26(3):271–83.
- Essau CA. Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress Anxiety.* 2005;22(3):130–7.
- 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.
- Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol.* 2012;67(3):231–43.
- Cairns KE, Yap MB, Pilkington PD, Jorm AF. Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord.* 2014;169:61–75.
- Reavley NJ, Yap MB, Wright A, Jorm AF. Actions taken by young people to deal with mental disorders: finding from an Australian survey of youth. *Early Interv Psychiatry.* 2011;5(4):335–42.
- Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Australian.* 2007;187 Suppl 7:S35–9.
- Sawyer MG, Borojevic N, Ettridge KA, Spence SH, Sheffield J, Lynch J. Do help-seeking intervention during early different levels of depressive symptoms? *J Adolesc Health.* 2012;50:236–42.
- Morgan AJ, Jorm AF. Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. *Ann Gen Psychiatry.* 2008;7:13–36.
- Katz AH, Bender ET. *The Strenght in use. Self-help groups in the Modern World.* New York: New Viewpoint; 1976.
- Dean K. Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research. *Soc Sci Med.* 1989;29(2):117–23.
- Cob S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med.* 1976;38:300–14.
- Haugh MR. The interplay of formal and informal health care: theoretical issues and research needs. *Adv Med Sociol.* 1990;1:207–31.
- Lucock M, Gillard S, Adams K, Simons L, White R, Edwards C. Self-care in mental health services: a narrative review. *Health Soc Care Community.* 2011;19(6):602–16.
- Chrisman NJ. The health seeking process: An approach to the natural history of illness. *Cul Med Psychiatr.* 1997;1(4):351–77.
- Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry.* Berkeley: University of California Press; 1980.
- Helman C. *Culture, Health and Illness.* London: Taylor & Francis Ltd.; 2007.
- Menéndez E. Towards an alternative medical practice: hegemony and self-care (mangement) in health. (Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud). México, DF: CIESAS; 1984.
- Menéndez E. Subjects, knowledge and structures. Introduction to the relational approach in collective health. (De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en salud colectiva). Lugar Editorial: Buenos Aires; 2009.
- Malinowski B. *Argonauts of the Western Pacific.* New York: George Rotledge & Sons, Ltd.; 1932.
- Geertz C. *The interpretation of cultures.* New York: Basic Books, Inc.; 1973.
- Jorm AF, Morgan AJ, Wright A. Actions that young people can take to prevent depression, anxiety and psychosis: beliefs of health professionals and young people. *J Affect Disor.* 2010;126:278–81.
- Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. Actions taken to deal with mental health problems in Australian higher education students. *Early Interv Psychiatry.* 2012;6:159–65.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2010;10:113–21.
- Farrand P, Perry J, Lee C, Parker M. Adolescents' preference towards self-help: implications for service development. *Primary Care Commun Psychiatry.* 2006;11(2):73–9.
- Martinez-Hernández A, Muñoz-García A. 'It just never ends'. Explanatory models of depression and emotional distress among adolescents in Barcelona (Spain). *Salud Ment.* 2010;33(4):229–36.



# **Publicación 7: El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto.**

Carceller-Maicas, N.; Ariste, S.; Martínez-Hernández, A.; Martorell-Poveda, M.A.; Correa-Urquiza, M.; DiGiacomo, S.M. (2014). “El consumo de Tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto”. *Adicciones*, 26 (1):34-45.



# El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto

## *Smoking as a form of self-medication for depression or anxiety in young adults: results of a mixed-methods study*

NATÀLIA CARCELLER-MAICAS\*; SANTIAGO ARISTE\*\*; ANGEL MARTÍNEZ-HERNÁEZ\*\*; MARÍA-ANTONIA MARTORELL-POVEDA\*\*\*; MARTÍN CORREA-URQUIZA\*\*\*; SUSAN M. DIGIACOMO\*\*\*\*

\* Departamento de Antropología, Universitat Rovira i Virgili; \*\* Departamento de Psicología, Universitat Rovira i Virgili; \*\*\* Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili; \*\*\*\* Departamento de Antropología, Universitat Rovira i Virgili y University of Massachusetts at Amherst.

### Resumen

El consumo de tabaco y los problemas de salud mental de tipo depresivo/ansioso son dos fenómenos que suelen iniciarse en la adolescencia y juventud con cierta co-ocurrencia. Ambos fenómenos guardan una relación bidireccional que, en el caso de los jóvenes, la hipótesis de automedicación parece explicar de forma más exhaustiva que otras opciones. El objetivo de este estudio es explorar la relación entre consumo de tabaco, síntomas de depresión y ansiedad y percepción de los jóvenes sobre el uso del tabaco como forma de automedicación. Para ello se seleccionaron 105 jóvenes (17-21 años) de un estudio sociológico longitudinal previo considerando tres grupos de participantes: 1) sujetos con diagnóstico de depresión/ansiedad en anteriores oleadas, 2) sujetos con malestar depresivo/ansioso autopercibido y sin diagnóstico previo y 3) sujetos control. Se aplicó un cuestionario mixto cuantitativo/cualitativo de consumo de sustancias y las escalas BDI-II de depresión y GHQ en su cribado de ansiedad-depresión, así como la escala MISS (Mannheim Interview on Social Support). Los resultados indican que los sujetos afectados por síntomas de depresión/ansiedad en la adolescencia se inician más tarde en el consumo de cigarrillos, pero los que son fumadores alegan principalmente como motivo la automedicación. La asociación entre consumo habitual de tabaco y niveles de depresión de la escala BDI no fue significativa para la muestra general, pero sí para los jóvenes varones (OR: 6,22, IC95%, 1,06-36,21,  $p=0,42$ ). Las iniciativas antitabáquicas dirigidas a los jóvenes deben considerar los problemas de malestar emocional y el consumo de tabaco como forma de automedicación.

*Palabras clave:* consumo de tabaco, depresión, ansiedad, automedicación, adolescentes, jóvenes.

### Abstract

Tobacco use and mental health problems in the depression/anxiety spectrum often begin in adolescence as co-occurring phenomena. Epidemiologically, the relationship between them is bidirectional, but in the case of young people it appears to be explained best by the unidirectional self-medication hypothesis. The aim of this study is to explore the relationship between tobacco use, symptoms of depression or anxiety, and the perception of adolescents and young adults concerning tobacco use as a form of self-medication. A sample of 105 young people between the ages of 17 and 21 years was selected from a longitudinal sociological study to create three groups of participants: 1) subjects with a previous diagnosis of depression or anxiety; 2) subjects with self-perceived but undiagnosed distress compatible with depression or anxiety; 3) and a group of control. A mixed quantitative/qualitative questionnaire on substance consumption was administered, as well as the BDI-II depression scale, the GHQ anxiety and depression scales, and the MISS (Mannheim Interview on Social Support) scale. The final results show that the subjects experiencing symptoms of depression or anxiety in adolescence start smoking later than subjects in the control group, and those who smoke give self-medication as the main reason for doing so. The association between habitual tobacco use and BDI scores for depression was not statistically significant for the sample as a whole, only for the male participants (OR: 6,22, IC95%, 1,06-36,21,  $p=0,42$ ). Anti-smoking campaigns targeting young people should take into consideration their use of tobacco as a form of self-medication for emotional distress.

*Key words:* tobacco use, depression, anxiety, self-medication, adolescents, young adults.

*Recibido: febrero 2013; Aceptado: julio 2013*

#### Enviar correspondencia a:

Angel Martínez-Hernández. Dept. Antropología, Universitat Rovira i Virgili (Campus Catalunya). Avinguda de Catalunya, 35. 43002 Tarragona. Telf. 639 731 685. E-mail: angel.martinez@urv.cat

La adolescencia y la juventud son etapas vitales asociadas con el debut en el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo el tabaco, y también con el incremento de problemas de salud mental. La mayor parte de los trastornos mentales aparecen antes de los 25 años de edad y, entre ellos, los del espectro depresivo y ansioso adquieren un carácter central por sus implicaciones clínicas y sociales, como suicidio, desajuste social, cronicidad, consumo de sustancias psicoactivas y trastorno mental severo en la vida adulta (Birchwood y Singh, 2013). Se calcula que la prevalencia de vida entre los 13 y los 18 años es de 14,3% para los trastornos del estado de ánimo y de 31,9% para los trastornos de ansiedad (Merikangas et al., 2010). Esta estimación tiene en cuenta exclusivamente los casos de trastorno franco, a los que debemos adicionar los estados de malestar subclínicos (Balázs et al., 2013).

Los síntomas depresivos y/o ansiosos y el consumo de tabaco son dos fenómenos que están asociados entre sí, pero cuya relación ha sido objeto de polémica. Por un lado, existe evidencia de una asociación bidireccional en diversos estudios (Audrain-McGovern, Rodriguez y Kassel, 2009; Steuber y Danner, 2006) y una revisión sistemática ha mostrado que sufrir depresión predice el hábito tabáquico (1.41, IC 95%: 1.21, 1.63) y, a la vez, que fumar predice la aparición de síntomas depresivos (1.73 IC 95%: 1.32, 2.40) (Chaiton, Cohen, Loughlin y Rehm, 2009). Por otro lado, sin embargo, desconocemos la relación causal que se establece entre estos dos fenómenos, fundamentalmente por la existencia de un conocimiento aún incompleto sobre las bases de los trastornos depresivos y ansiosos y de las adicciones, así como por la diversidad de factores involucrados que pueden actuar de mediadores y que presumiblemente oscilan entre el campo de la genética y el terreno del comportamiento social. En este último, destacan las influencias contextuales de la familia y el grupo de iguales, que han sido ampliamente exploradas en la literatura y que parecen mostrar un peso relevante en la vulnerabilidad a la iniciación en el hábito tabáquico, al incremento del consumo de tabaco (Calleja y Aguilar, 2008) y a su co-ocurrencia con los síntomas de depresión y ansiedad (Rohde, Lewinsohn, Brown, Gau, y Kahler, 2003).

Algunas investigaciones han reforzado las hipótesis de la automedicación (self-medication) (Audrain-McGovern et al., 2009) y del stress-coping-model (Hrubá y Zaloudíková, 2010) como modelos explicativos de la asociación entre depresión/ansiedad y hábito tabáquico, indicando que los individuos afectados por trastornos o malestares de este espectro fumarían para resolver y/o regular sus estados emocionales. Es sabido que los receptores de acetilcolina nicotínicos (nAChRs) son el principal objetivo de la nicotina. Mediante los nAChRs, la nicotina tiene un efecto en neurotransmisores como la serotonina que modula la respuesta a la depresión y el stress (Mienur y Picciotto, 2010). Tanto la nicotina como los agentes nicotínicos reducen los síntomas depresivos, explicando el fenómeno de la autome-

dicación y generando comorbilidad (Weinberger, MCKee, Picciotto y Mazure, 2011). En consonancia con este argumento, algunas investigaciones indican que los adolescentes con depresión mayor presentan una frecuencia más elevada de consumo de tabaco y mayor dependencia nicotínica en comparación con los no afectados. La existencia de síntomas subclínicos de depresión, por su parte, predice la iniciación temprana al consumo, la progresión a ser fumador habitual y el aumento en el número de cigarrillos fumados diariamente (Escobedo, Reddy y Giovino, 1998; Fergusson, Goodwin y Horwood, 2003).

En oposición a la hipótesis de la automedicación, algunas investigaciones se han orientado en la dirección inversa; esto es: el consumo habitual de tabaco sería un factor de riesgo del debut en la depresión y/o en la ansiedad (Choi, Patten, Gillin, Kaplan, y Pierce, 1997); Klungsoyr, Nygard, Sorensen y Sandanger, 2006; Lyons et al., 2008). Estos trabajos enfatizan el efecto del hábito tabáquico en los niveles serotoninérgicos, como es el caso de algunos estudios recientes que muestran que el consumo semanal de cigarrillos activa las mismas regiones cerebrales que el consumo diario (Rubinstein et al., 2011). Una tercera hipótesis es, sin duda, que tanto el consumo de tabaco como los síntomas depresivo/ansiosos respondan a terceros factores, como es el caso de la desigualdad social (Fergusson, Horwood y Boden, 2007). No obstante, y al margen de su posible asociación, los dos fenómenos aquí debatidos adquieren por sí solos relevancia por sus implicaciones en la salud de los jóvenes, incluyendo los efectos a largo plazo.

A pesar de la diversidad de investigaciones realizadas, en la literatura no predominan los estudios desarrollados con un enfoque mixto (cuantitativo/cualitativo) y que incluyan los motivos percibidos por los jóvenes sobre el carácter de su consumo como mecanismo de automedicación o resolución de sus malestares. El objetivo de esta investigación es explorar con un modelo mixto (cuantitativo-cualitativo) la relación entre los estados de depresión/ansiedad, el consumo de tabaco y la percepción de los jóvenes sobre los motivos de fumar en una submuestra extraída de un estudio sociológico longitudinal realizado previamente en Cataluña.

## Método

### *Diseño del estudio y selección de la muestra*

Los jóvenes de este estudio fueron reclutados del Panel de Familias e Infancia (PFI), un estudio sociológico longitudinal en cuatro oleadas diseñado por el Instituto de Infancia y Mundo Urbano (CIIMU) (Institut d'Infància i Món Urbà 2012; Julià, Escapa, Marí-Klose y Marí-Klose, 2012; Martínez-Hernández et al. 2012). Esa investigación se inició en 2006 con una muestra representativa de 3004 adolescentes residentes en Cataluña nacidos entre los años 1990 y 1993, ambos incluidos, y fue incorporando nuevas cohortes cada año. En ese estudio se recogía información sobre estados

de ánimo negativos mediante una escala autoadministrada (años 2007 y 2008) y sobre la existencia de un diagnóstico de depresión/ansiedad (años 2006 y 2010), además de una diversidad de factores sobre consumo de sustancias psicoactivas, sociabilidad y factores económicos, escolares y familiares.

La selección de nuestra muestra se llevó a cabo considerando tres grupos de participantes: a) con depresión/ansiedad diagnosticada en la 1ª o 4ª oleada del PFI según el relato de sus progenitores (la pregunta incidía sobre si existía un diagnóstico profesional de depresión/ansiedad); b) con malestar autopercebido de tipo depresivo en las oleadas 2ª y 3ª pero sin diagnóstico de depresión/ansiedad; y c) sin diagnóstico ni malestar autopercebido. La selección se efectuó a través de la técnica "Propensity Matching Score", obtenida sobre la base de predictores observables mediante un análisis de regresión logística. Se seleccionaron 50 jóvenes para cada uno de los tres grupos (N=150). El número de seleccionados respondió a un criterio de conveniencia, pero el objetivo fue hallar un grupo de personas sin diagnóstico, pero con alto malestar comparable con el grupo de personas con diagnóstico en base a características observables y controlando por un grupo sin malestar ni diagnóstico. Se identificaron los jóvenes en cada grupo (con diagnóstico, malestar y control) con una probabilidad más próxima (matching). Descontando los *missings*, los sujetos finalmente entrevistados fueron 105 (con diagnóstico = 37, malestar = 33, control = 35) y con una proporción de 31% hombres y 69% mujeres. Todos los participantes residían en el territorio catalán, incluyendo zonas rurales. La pérdida de muestra fue debida a cambio de domicilio, imposibilidad de contacto, o negativa a ser entrevistado. Las características sociodemográficas de los *missings* no fueron significativamente diferentes con respecto a las de los informantes entrevistados.

Este estudio fue aprobado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y la Fundació La Marató de TV3 (investigación biomédica) y sus procedimientos evaluados y aprobados por el Comité de Ética de la Fundació Congrés Català de Salut Mental. Todos ellos cumplen los estándares éticos de la Declaración de Helsinki de 1964, incluyendo los referentes al consentimiento informado.

### Instrumentos

Se utilizaron entrevistas semi-estructuradas de tipo cualitativo con el objetivo de explorar las estrategias de los jóvenes de afrontar el malestar de tipo depresivo, incluyendo el uso/evitación de los servicios y el consumo de sustancias psico-activas. Las entrevistas se realizaron en castellano o catalán de acuerdo con la lengua materna del entrevistado. Adicionalmente se administraron otros instrumentos validados como la escala MISS (Manheim Interview on Social Support) (Vázquez y García-Boveda, 1997), el BDI-II (BECK-II

Depression Inventory) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) y el *screening* de la GHQ (Goldberg Health Questionary) (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, y Grayson, 1988; Monton, Pérez, Campos, García y Lobo, 1993; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borell, y Obiols, 2011) para depresión y ansiedad. El número de entrevistadores fue de 11, todos ellos investigadores en antropología médica y/o psicología. Previamente se realizaron dos sesiones con todos los entrevistadores para aunar criterios y coordinar la dinámica de las entrevistas, las cuales se realizaron entre los meses de marzo y octubre de 2011 y a conveniencia de los participantes tras contacto telefónico. Todas las entrevistas fueron heteroadministradas, salvo la parte cuantitativa del cuestionario de drogodependencias que fue autoadministrada.

De forma adicional se realizaron tres grupos focales con algunos jóvenes que habían sido previamente entrevistados (entre cuatro y ocho participantes en cada grupo) con el propósito de triangular y valorar la información cualitativa resultado de la investigación. El guión de los grupos focales incluyó preguntas sobre autoatención/automedicación de los malestares entre los jóvenes. Los grupos focales incluyeron a los tres grupos de nuestra submuestra (con diagnóstico, con malestar autopercebido y control) y diversidad de género y se efectuaron en una sala acondicionada para tal fin en un centro cívico de Barcelona entre abril y junio de 2012.

### Variables

Las variables sobre depresión y malestar emocional se definieron a partir de diferentes parámetros con el fin de controlar la existencia de los síntomas en el pasado y en el momento de realización de la investigación. Concretamente, se valoró la existencia (1) o no (0) de un diagnóstico de depresión/ansiedad en las oleadas 1ª y 4ª del PFI, así como de malestar emocional asociado y sin diagnóstico en las oleadas 2ª y 3ª, que también fue dicotomizado. La ansiedad y la depresión en la GHQ fueron definidas por su punto de corte y dicotimizadas en términos de depresión o ansiedad *versus* no existencia de estos síntomas. La condición de BDI media, moderada o severa fue dicotomizada como (1) *versus* el nivel BDI leve (0).

Las variables sobre consumo de tabaco se definieron a partir de: 1) haber fumado o no haber fumado alguna vez en la vida, 2) fumar actualmente, 3) fumador habitual entendido como fumar cuatro días a la semana o más, 4) fumador diario y 5) fumador en todas las oleadas. Adicionalmente, se preguntó por la edad de inicio del consumo de tabaco y sobre la existencia de esta práctica en el contexto doméstico. Otras variables incluidas fueron la frecuencia de consumo de alcohol y el abuso del mismo en el último año, el consumo de cánnabis en el último año y la existencia de estas prácticas en el contexto familiar.

## **Análisis**

Los datos cuantitativos fueron analizados con el software SPSS 20. La información fue codificada e introducida en una base de datos para ser posteriormente fusionada con la base de datos original del Panel de Familias e Infancia, la cual contenía 2416 variables de las precedentes consultas para los 105 sujetos de análisis. En una primera fase se realizó un análisis de consistencia para crear posteriormente nuevas variables que recogieran información tanto de la oleada actual como de las oleadas anteriores. Al contar con una muestra limitada, se optó por la creación de variables dicotómicas que permitieran realizar el análisis manteniendo un número de sujetos mínimo en cada categoría. Se llevó a cabo estadística descriptiva y bivariada, cálculo de odds ratio, intervalos de confianza y significancia estadística. Finalmente se elaboró un análisis exhaustivo de las principales variables para escoger posteriormente las relaciones estadísticamente más significativas.

Los datos cualitativos fueron gestionados con el software ATLAS.ti 6.2.27 (Computersoftware, 1993-2013). Se llevó a cabo un análisis temático inicial para identificar los contenidos principales de los datos obtenidos mediante la discusión colectiva de las observaciones. Seguidamente se organizó una estructura de codificación de acuerdo con los principios de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967) y el método etnográfico, incluyendo el descubrimiento de tipologías nativas o emic. Posteriormente se revisaron todas las transcripciones y se aplicaron los códigos incluyendo la identificación y análisis de las excepciones, así como la reflexividad y la revisión entre pares. Para corroborar tipologías se utilizaron también técnicas de análisis de dominios culturales. Para ello se transformaron algunos datos cualitativos en matrices binarias (sujeto-motivos de fumar). Los datos de dominios culturales fueron analizados con UCINET 6.454 (Borgatti, Everett y Freeman, 2002) mediante un análisis de correspondencia (método: coordenadas principales). Los resultados generales se compararon con los obtenidos de los tres grupos focales.

## **Resultados**

### **Características generales de la muestra**

La Tabla 1 muestra las características generales de los sujetos que participaron en la investigación. Los jóvenes tenían entre 17 y 21 años de edad, con una mayoría de mujeres (68,6%), puesto que la selección respondió a criterios de diagnóstico/malestar depresivo/ansioso y son ellas el colectivo que usualmente presenta mayor prevalencia e incidencia de los mismos. De forma congruente con los resultados de la explotación de la muestra PFI general (Julia et al. 2012; Martínez-Hernández et al. 2012), el 45.2% de los participantes se definió como fumador en el momento de realización del estudio, distribuyéndose en los subgrupos

del siguiente modo: el 35% pertenece al grupo de diagnosticados, el 23% al de malestares, y el 42% al de control. El total de casos con BDI severa ( $n=5$ ) se produjo en el grupo con diagnóstico previo y la mayoría de las situaciones de depresión según el cribado GHQ entre este grupo y el de malestar previo. Llama la atención la presencia de 20 casos de ansiedad según la GHQ entre el grupo control. Asimismo, los sujetos con malestar previo muestran una red social más limitada, tanto en lo que respecta al número de familiares como al de amistades.

### **Depresión/ansiedad y consumo de tabaco**

El análisis bivariado (Tabla 2) muestra que la probabilidad (OR) de tener una BDI superior a leve es de 3,55 para los que tuvieron un diagnóstico de depresión/ansiedad o malestar autopercebido en las oleadas anteriores. La probabilidad (OR) cuando el punto de corte del BDI es depresión severa y moderada versus media y leve es de 8,543 (IC95%:1,045-69,82,  $p=.045$ ). En el caso de depresión según el GHQ, la probabilidad (OR) es de 2,84. La asociación con el GHQ de ansiedad no es significativa, probablemente por el número de casos en el grupo control. Las puntuaciones BDI y de depresión GHQ muestran una alta concordancia (OR: 28,42). No obstante, los resultados indican una asociación negativa entre el consumo de tabaco y la existencia de un diagnóstico o malestar previo de tipo depresivo/ansioso, especialmente para la variable de ser fumador durante todas las oleadas y, en menor medida, ( $p < .10$ ) para ser fumador actual o haber fumado alguna vez en la vida. Algo parecido ocurre con el abuso de alcohol más de una vez al mes (OR: 0,21).

Los resultados tampoco indican una asociación significativa ( $p \leq .05$ ) entre las diferentes variables de consumo de tabaco y depresión según la escala BDI, salvo cuando realizamos el análisis exclusivamente entre los varones, ya que la probabilidad de ser fumador teniendo un BDI superior a leve es en este caso de 6,22 (IC95%, 1,06-36,21,  $p=.042$ ). Adicionalmente, se observan algunas tendencias en el grupo general, pues la probabilidad ( $p \leq .10$ ) de fumar habitualmente para aquellos que tienen una BDI superior a leve es de 2,22. Sobre la edad de inicio del consumo, su asociación con la BDI es negativa (OR: 0,3) con un valor de  $p \leq 0,5$ . La medida de ansiedad GHQ, por su parte, muestra una asociación negativa (OR: 0,39) con haber fumado durante todas las oleadas.

Como era previsible, se producen asociaciones significativas entre el consumo de las diferentes sustancias psicoactivas. De esta forma, ser fumador de cannabis en el último año se asocia significativamente con todas las variables de consumo de tabaco y el abuso de alcohol con ser fumador actual y fumar desde la primera oleada. El consumo de tabaco y de cannabis por parte de otros miembros de la unidad doméstica también se encuentran asociados entre sí. El primero se vincula significativamente con el consumo diario de



El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto

Tabla 1  
 Muestra

		Tipo de diagnóstico						Total
		Diagnosticados		Malestar		Grupo control		
		N	Media	N	Media	N	Media	
<b>Sexo</b>	Hombre	13		9		11		33
	Mujer	24		24		24		72
	Total	37		33		35		105
<b>Edad</b>	17 años	5		3		7		15
	18 años	10		6		5		21
	19 años	12		10		9		31
	20 años	7		9		12		28
	21 años o más	3		5		2		10
<b>Nivel de ingresos familiares</b>	Menos de 18000 €	6		5		8		19
	De 18001 a 36000 €	18		13		13		44
	36001€ o más	9		7		5		21
	No recuerda	4		7		8		19
<b>Estructura familiar año 2010</b>	Monoparental	11		7		14		32
	Biparental o reconstituida	17		19		19		55
	No se dispone de información	9		7		2		18
<b>Ha fumado alguna vez en su vida</b>	No ha fumado nunca	12		11		6		29
	Ha fumado alguna vez	25		22		29		76
<b>Fumador actual</b>	No fuma	18		12		22		52
	Sí fuma	19		21		13		53
<b>Fumador habitual (4 días o más a la semana)</b>	No fuma habitualmente	13		8		16		37
	Sí fuma habitualmente	24		25		19		68
<b>Fumador diario</b>	No fuma diariamente	25		28		21		74
	Sí fuma diariamente	12		5		14		31
<b>Evolución como fumador en las oleadas</b>	No ha fumado nunca	10		11		3		24
	Fumaba antes pero ahora ya no fuma	9		10		10		29
	Fuma ahora pero no ha fumado siempre	10		6		6		22
	Ha fumado siempre	8		6		16		30
<b>Alguna de las personas con quienes convive fuma</b>	No	16		17		11		44
	Sí	21		16		24		61
<b>Edad cuando comenzó a fumar</b>	14 años o menos	11		9		14		34
	15 años o más	13		10		13		36
<b>Ha fumado cánnabis en el último año</b>	No ha fumado cánnabis	17		20		20		57
	Ha fumado cánnabis	20		13		15		48
<b>Alguna de las personas con quienes convive fuma (o ha fumado) cánnabis</b>	No	23		24		19		66
	Ha fumado, pero ahora no fuma.	8		5		11		24
	Sí, fuma actualmente	6		2		5		13
<b>Frecuencia de abuso de alcohol en el último año</b>	Ninguna vez	7		4		5		16
	1 vez al mes o menos frecuencia	19		24		11		54
	Más frecuentemente	11		5		19		35
<b>Nivel de BDI</b>	Leve	20		24		30		74
	Medio	8		4		3		15
	Moderado	4		5		2		11
	Severo	5		0		0		5
<b>Nivel de ansiedad Goldberg</b>	No ansiedad	10		9		15		34
	Sí ansiedad	27		24		20		71
<b>Nivel de depresión Goldberg</b>	No depresión	8		8		17		33
	Sí depresión	29		25		18		72
<b>Manheim. Número total familiares</b>			5,1		4,2		4,9	
<b>Manheim. Número total amigos</b>			8,8		8,2		8,8	

tabaco de los sujetos. El segundo con el consumo habitual y diario de tabaco, así como con el consumo de cánnabis.

Cuando se realiza un análisis bivariado exclusivamente para mujeres, los resultados no revelan una asociación significativa entre las variables de consumo de tabaco y las de de-

presión/ansiedad. Sin embargo, esta relación sí se produce entre el consumo de otras sustancias, pues la probabilidad (OR) de haber fumado cánnabis en el último año siendo fumadora de tabaco actualmente es de 5,1 (IC 95%: 1,891-14,062  $p=.001$ ) y de abusar de alcohol de 3,5 (IC 95%: 1,275-

Natàlia Carceller-Maicas, Santiago Ariste, Angel Martínez-Hernáez, María-Antonia Martorell-Poveda, Martín Correa-Urquiza, Susan M. DiGiacomo

Tabla 2  
 Análisis bivariado entre malestar depresivo/ansioso y consumo de tabaco y alcohol

	Diagnosticados y Malestar Vs Control	Fumador actual Vs No serlo	Fumador habitual Vs No serlo	Fumador diario Vs No serlo	Haber fumado alguna vez en la vida Vs No haberlo hecho	Tener familiares fumadores Vs No tenerlos	Haber fumado desde la primera oleada Vs No haberlo hecho	Edad de inicio consumo tabaco 14 o antes Vs 15 o más	Haber fumado cánnabis durante el último año Vs No haberlo hecho	Tener familiares fumadores de cánnabis Vs No tenerlos	Abusar de alcohol más de 1 vez al mes Vs No hacerlo o hacerlo menos frecuentemente	Tener ansiedad Vs No tenerla en la escala Goldberg	Tener depresión Vs No tenerla en la escala Goldberg	Tener nivel BDI severo, moderado o medio Vs Tenerlo leve
Diagnosticados y Malestar Vs Control														
Fumador actual Vs No serlo	Odds: 0,44 IC(0,19-1,02) +													
Fumador habitual Vs No serlo	Odds: 0,51 IC(0,22-1,18)	0												
Fumador diario Vs No serlo	Odds: 0,48 IC(0,2-1,15)	0												
Haber fumado alguna vez en la vida Vs No haberlo hecho	Odds: 0,42 IC(0,15-1,16) +	0		0										
Tener familiares fumadores Vs No tenerlos	Odds: 0,51 IC(0,22-1,21)	Odds: 1,32 IC(0,61-2,88)	Odds: 2,23 IC(0,95-5,22) +	Odds: 2,72 IC(1,08-6,87) *	Odds: 0,97 IC(0,41-2,31)									
Haber fumado desde la primera oleada Vs No haberlo hecho	Odds: 0,3 IC(0,12-0,72) *	0	Odds: 14,32 IC(5,13-39,95) *	Odds: 7,15 IC(2,78-18,39) *	0	Odds: 1,36 IC(0,57-3,24)								
Edad de inicio consumo tabaco 14 o antes Vs 15 o más	Odds: 0,81 IC(0,31-2,12)	Odds: 0,5 IC(0,17-1,51)	Odds: 1,27 IC(0,49-3,25)	Odds: 0,99 IC(0,38-2,54)	0	Odds: 1,83 IC(0,7-4,79)	Odds: 1,77 IC(0,68-4,6)							
Haber fum abierto hecho	Odds: 1,19 IC(0,53-2,69)	Odds: 6,33 IC(2,7-14,86) *	Odds: 4,94 IC(2,07-11,78) *	Odds: 4,51 IC(1,82-11,22) *	Odds: 8,59 IC(2,72-27,13) *	Odds: 0,87 IC(0,4-1,89)	Odds: 3,36 IC(1,38-8,19) *	Odds: 0,71 IC(0,27-1,89)						
Tener familiares fumadores de cánnabis Vs No tenerlos	Odds: 0,53 IC(0,23-1,23)	Odds: 2,23 IC(0,98-5,08) +	Odds: 3,04 IC(1,3-7,11) *	Odds: 2,59 IC(1,09-6,17) *	Odds: 2,14 IC(0,81-5,65)	Odds: 3,11 IC(1,27-7,6)	Odds: 1,13 IC(0,46-2,74)	Odds: 0,96 IC(0,36-2,52)	Odds: 3,45 IC(1,48-8,02) *	Odds: 4,67 IC(1,92-11,39) *	Odds: 3,56 IC(1,49-8,53) *			
Abusar de alcohol más de una vez al mes Vs No hacerlo o hacerlo menos frecuentemente	Odds: 0,21 IC(0,08-0,51) *	Odds: 3,61 IC(1,49-8,73) *	Odds: 1,8 IC(0,78-4,19)	Odds: 1,92 IC(0,8-4,6)	Odds: 2,8 IC(0,95-8,24) +	Odds: 1,41 IC(0,61-3,27)	Odds: 2,55 IC(1,05-6,17) *	Odds: 1,05 IC(0,41-2,73)	Odds: 4,67 IC(1,92-11,39) *	Odds: 3,56 IC(1,49-8,53) *	Odds: 0,92 IC(0,4-2,15)			
Tener ansiedad Vs No tenerla en la escala Goldberg	Odds: 1,75 IC(0,75-4,06)	Odds: 0,82 IC(0,37-1,84)	Odds: 0,79 IC(0,34-1,81)	Odds: 0,76 IC(0,32-1,82)	Odds: 0,82 IC(0,33-2,04)	Odds: 1,39 IC(0,62-3,14)	Odds: 0,39 IC(0,16-0,93) *	Odds: 0,42 IC(0,15-1,16) +	Odds: 0,35 IC(0,24-1,23)	Odds: 0,92 IC(0,4-2,15)	Odds: 0,43 IC(0,18-1,1)			
Tener depresión Vs No tenerla en la escala Goldberg	Odds: 2,84 IC(1,22-6,63) *	Odds: 1,06 IC(0,47-2,35)	Odds: 0,84 IC(0,37-1,93)	Odds: 0,98 IC(0,41-2,37)	Odds: 1,18 IC(0,48-2,85)	Odds: 0,54 IC(0,23-1,25)	Odds: 0,62 IC(0,26-1,47)	Odds: 0,54 IC(0,19-1,5)	Odds: 1,38 IC(0,61-3,11)	Odds: 1,44 IC(0,61-3,42)	Odds: 0,91 IC(0,39-2,12)	Odds: 5,66 IC(2,34-13,65) *		
Tener nivel BDI severo, moderado o medio Vs Tenerlo leve	Odds: 3,55 IC(1,22-10,27) *	Odds: 1,97 IC(0,84-4,63)	Odds: 2,22 IC(0,93-5,25) +	Odds: 1,83 IC(0,75-4,46)	Odds: 0,73 IC(0,29-1,81)	Odds: 0,47 IC(0,2-1,11) +	Odds: 0,82 IC(0,32-2,12)	Odds: 0,3 IC(0,1-0,9) *	Odds: 1,68 IC(0,72-3,92)	Odds: 1,19 IC(0,5-2,84)	Odds: 0,72 IC(0,29-1,8)	Odds: 7,51 IC(2,1-26,91) *	Odds: 28,42 IC(3,68-219,42) *	

NOTA: Odds = Odds Ratio, IC = intervalo de Confianza, + p<.10, \* p<.05, \*\*p<.01

10,014,  $p=.015$ ). Asimismo, la probabilidad de fumar tabaco habitualmente teniendo consumidores en el hogar es de 5,9 (IC 95% 1,754-19,904,  $p=.004$ ). Las jóvenes que han fumado tabaco desde la primera oleada tienen una OR de 3,3 (IC 95% 1,151-9,655  $p=.027$ ) de abusar de alcohol. Por su parte, el consumo de cánnabis en el último año se asocia con abuso de alcohol (OR: 4,750 IC 95% 1,642-13,740  $p=.004$ ) y con la existencia de consumidores de esta misma sustancia en el hogar (OR 3,107 IC 95% 1,074-8,993  $p=.037$ ).

### **Ítems del BDI-II y consumo de tabaco**

Si analizamos la asociación entre los diferentes ítems de la escala BDI con la existencia de un diagnóstico o malestar previo (Tabla 3), observamos que son significativos a  $p \leq 0,05$  tener tristeza, sentimiento de autodesprecio, llanto, falta de energía, cambio de apetito y dificultades de concentración. En el grupo de mujeres, se añaden los ítems “pesimismo” (OR: 3,4 IC 95%: 1,189-9,723  $p=.022$ ), sentimiento de castigo (OR 5,5 IC 95% 1,148-26,357  $p=.033$ ) y crítica (OR 3,7 IC 95% 1,29-10,62  $p=.01$ ). En cambio, el sentimiento de auto-desprecio no resulta significativo. Por otro lado, en el grupo de hombres, el único ítem que guarda una asociación significativa con haber padecido previamente una depresión/ansiedad diagnosticada o un malestar autopercebido es “falta de energía” (OR: 7,8 IC 95% 1,35-45,83  $p=.02$ ).

En cuanto a la relación entre consumo de tabaco y los ítems BDI, se observa que “falta de interés” resulta significativo para ser fumador de tabaco actual y habitual y que casi en el límite ( $p=.053$ ) emerge una asociación inversa entre falta de placer y haber sido fumador durante todas las oleadas. No obstante, si realizamos el análisis bivariado separadamente en mujeres y hombres aparecen algunos datos significativos:

Entre las jóvenes, fumar habitualmente se asocia con falta de interés (OR 2,778 IC 95% 1,01-7,64  $p=.048$ ) y fumar diariamente con indecisión (OR 3,043 IC 95% 1,107-9,104  $p=.046$ ). Ser fumadora actual, por su parte, se asocia negativamente con “crítica” (OR 0,360 IC 95% 0,138-0,934  $p=.036$ ) y haber fumado siempre, de forma también negativa, con falta de placer (OR 0,300 IC 95% 0,096-0,944  $p=.039$ ).

Entre los jóvenes, el cansancio y la fatiga se asocia con el consumo de tabaco (OR 16,8 IC 95% 2,74-102,8  $p=.002$ ), con ser fumador habitual (OR 6,75 IC 95% 1,42-31,89  $p=.016$ ), fumador diario (OR 5,33 IC 95% 1,05-26,89  $p=.043$ ) y, en menor medida, con haber fumado durante todas las oleadas (OR 4,0 IC 95% 0,78-20,31  $p=.095$ ). Adicionalmente, la probabilidad de sentir “falta de interés” y “pesimismo” entre los fumadores es de 5,28 (IC 95% 1,11-23,31  $p=.028$ ) y de 4,87 (IC95% 1,08-23,56,  $p=.049$ ) respectivamente. Los “pensamientos suicidas”, por su parte, se asocian con el consumo habitual (OR: 11,87, IC 95%: 1,19-118,49,  $p=.035$ ) y el consumo diario de tabaco (OR 7, IC 95% 1,02-47,96  $p=.048$ ).

### **Ítems del screening GHQ y consumo de tabaco**

Los ítems de la escala GHQ que se asociaron con la existencia previa de un diagnóstico o malestar fueron “sufrir temblores, hormigueos, mareos, sudores y/o diarrea” (OR: 3,62 IC 95%: 1,21-10,80  $p=.021$ ), junto con “sentirse con poca energía. (OR: 3,04, IC 95%: 1,31-7,07,  $p=.010$ ) y “perder el interés por las cosas” (OR: 3,33, IC 95%: 1,14-9,67,  $p=.027$ ). Entre las mujeres se añadieron “tener dolores de cabeza o nuca” (OR: 3,00, IC 95%:1,01-8,90,  $p=.048$ ) y la asociación inversa con despertarse demasiado temprano (OR: 0,22, IC 95%: 0,060-0,824,  $p=.024$ ). Entre los hombres ningún ítem guardó una asociación estadísticamente significativa con tener un diagnóstico/malestar previo.

Cuando analizamos la asociación entre el consumo de tabaco y los diferentes ítems de la escala GHQ, observamos que la única significativa es la relación inversa con “sufrir dolores de cabeza o nuca”, con una pauta semejante para todas las variables vinculadas al uso del tabaco, con la excepción del consumo diario; esto es: fumar actualmente (OR: 0,30, IC95%: 0,12-0,72,  $p=.007$ ), fumar habitualmente (OR: 0,31, IC 95%: 0,12-0,78,  $p=.013$ ), haber fumado siempre (OR: 0,34, IC 95%: 0,13-0,92,  $p=.03$ ) o haber fumado alguna vez en la vida (OR: 0,33, IC 95%: 0,12-0,88,  $p=.027$ ).

Entre los varones destaca la asociación entre fumar habitualmente y “sufrir temblores, hormigueos, mareos, sudores y/o diarrea” (OR: 6,00, IC 95: 1,03-35,90,  $p=.05$ ); también entre ser fumador y “estar preocupado por la propia salud” (OR: 10 IC95%: 0,99-100,46,  $p=.05$ ) y ser fumador y “sentirse desesperanzado” (OR: 10,50 IC95%: 1,11-98,91,  $p=.04$ ). Entre ellas destacan, además de la ya citada asociación inversa con “sufrir dolores de cabeza o nuca”, las también probabilidades negativas entre ser fumador y “perder la confianza en sí mismo” (OR: 0,22, IC 95%: 0,06-0,79,  $p=.02$ ), entre haber fumado desde siempre y la “preocupación por la propia salud” (OR: 0,10 IC 95%: 0,01-0,82,  $p=.03$ ), así como la asociación positiva entre fumar habitualmente y “perder peso por causa de la pérdida del apetito” (OR: 4,52, IC95%: 1,11-18,28,  $p=.03$ ).

### **Resultados del análisis cualitativo**

Los resultados de la investigación cualitativa con los 105 participantes ofrecen información principalmente sobre los motivos percibidos de consumo de tabaco. Tras el análisis de las diferentes causas verbalizadas por los informantes se realizó una codificación, corroborada mediante los grupos focales, según los siguientes tipos:

1) *Automedicación.* En este conjunto de motivos se incluyen los usos asociados con el auto-cuidado del malestar por parte de los consumidores. Se indica que fumar “relaja”, “resuelve la ansiedad”, “calma los nervios” o permite “desahogarse”. Estas motivaciones permiten la persistencia del consumo o se plantean, en otras ocasiones, como episódicas: “He decidido volver [a fumar] por una mala época después de haberlo dejado. Tengo intención de volverlo a dejar”. Este tipo es el más frecuente entre los fumadores,

Nàtalia Carceller-Maicas, Santiago Ariste, Angel Martínez-Hernáez, María-Antonia Martorell-Poveda, Martín Correa-Urquiza, Susan M. DiGiacomo

Tabla 3  
 Análisis bivariado entre los ítems de BDI-II para muestra global y las variables de malestar, diagnóstico y consumo de tabaco

	Estimación de riesgo de SER DIAGNOSTICADO O MALESTAR			Estimación de riesgo de SER FUMADOR ACTUAL			Estimación de riesgo de SER FUMADOR DIARIO			Estimación de riesgo de SER FUMADOR HABITUAL			Estimación de riesgo de HABER FUMADO ALGUNA VEZ EN SU VIDA											
	Valor (ODDS)	Intervalo de confianza al 95%		Valor (ODDS)	Intervalo de confianza al 95%		Valor (ODDS)	Intervalo de confianza al 95%		Valor (ODDS)	Intervalo de confianza al 95%		Valor (ODDS)	Intervalo de confianza al 95%										
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior												
Tener tristeza	3,692	1,007	13,537	2,454	927	6,495	0,71+	1,154	443	3,005	770	915	1,500	565	3,981	416	738	244	2,233	590	710	254	1,987	514
Falta de placer	2,296	940	5,607	983	431	2,244	968	746	338	1,645	468	933	983	431	2,244	968	387	148	1,013	053+	678	284	1,618	381
Sentimiento de castigo	3,100	969	9,921	2,807	1,103	7,142	030*	1,584	630	3,981	328	642	1,429	562	3,634	454	792	280	2,239	660	906	331	2,479	847
Autodesprecio	3,130	1,076	9,105	1,760	732	4,232	206	1,129	480	2,658	781	788	955	389	2,345	920	935	360	2,426	890	1,280	478	3,427	623
Llanto	3,333	1,148	9,675	1,625	681	3,879	274	1,495	637	3,506	356	589	1,091	452	2,635	846	531	192	1,470	223	1,769	638	4,908	273
Falta de interés	2,276	981	5,281	1,260	565	2,810	572	2,642	1,200	5,813	016*	072+	2,982	1,296	6,863	010**	1,378	590	3,222	459	1,417	596	3,365	430
Falta de energía	4,772	1,899	11,988	3,175	1,377	7,324	007**	1,119	520	2,409	774	819	1,337	599	2,984	478	1,206	517	2,815	665	1,108	469	2,616	816
Cambio de apetito	2,875	1,234	6,700	2,802	1,210	6,487	016*	1,212	563	2,607	624	193	1,176	527	2,625	691	766	328	1,789	537	984	418	2,316	970
Dificultades de concentración	3,949	1,679	9,287	1,745	755	4,033	192	764	350	1,667	499	571	864	384	1,946	725	720	307	1,694	452	860	349	2,021	697

NOTA: Se han incorporado solamente los ítems de mayor significación estadística, habiendo extraído de esta tabla aquellos que no resultan significativos para la muestra global. NOTA: Odds = Odds Ratio, IC = Intervalo de Confianza. +  $p < .10$ , \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

tanto hombres como mujeres, con diagnóstico previo de depresión/ansiedad.

2) *Hábito*. En este tipo se incluyen las razones asociadas a la costumbre y normalización del hábito tabáquico y resulta más frecuente en la verbalización de los fumadores con malestar previo, especialmente las jóvenes.

3) *Experimentación*. En este grupo se incluyen las razones asociadas al consumo ocasional. Este momento es ubicado por los informantes alrededor de los 14 o 15 años. Este motivo fue el más citado por las fumadoras con malestar previo.

4) *Influencia del entorno*. La importancia del contexto y de la red social de amistades es principalmente citada por los fumadores que dan testimonio de situaciones como: “empecé a fumar para no ser menos que mis amigos”, “porque me ofrecieron”, “para acompañar a mis amigos cuando fuman”, “porque a medida que fui creciendo la tolerancia al tabaco era mayor en mi entorno” o “porque mis amigos fuman”, entre otros. El entorno familiar también destaca por su influencia: “Cuando está mal [mi madre] se queda fumando toda la tarde en el sofá”. Los que más se sienten influidos por el entorno son los fumadores con malestar previo.

5) *Adicción*. En este tipo se incluyen verbalizaciones como “Estoy enganchado”, “No puedo dejarlo”, “Es un vicio” o “Por adicción”. El grupo más destacado en este punto son los fumadores control.

6) *Placer*. En última instancia aparecen los motivos asociados al disfrute derivado de fumar, que son verbalizados como “Me gusta” o “Me da placer”. Las fumadoras del grupo control manifiestan más frecuentemente esta opción.

La Figura 1 muestra sintéticamente la asociación entre los diferentes motivos y subgrupos a partir de la transformación de los datos cualitativos en una matriz numérica y la realización con ésta de un análisis de correspondencia. Llama la atención que entre el grupo de fumadores con diagnóstico/malestar previo que destacan la automedicación como motivo de fumar se concentra el 60% de sujetos con BDI severo.

El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto

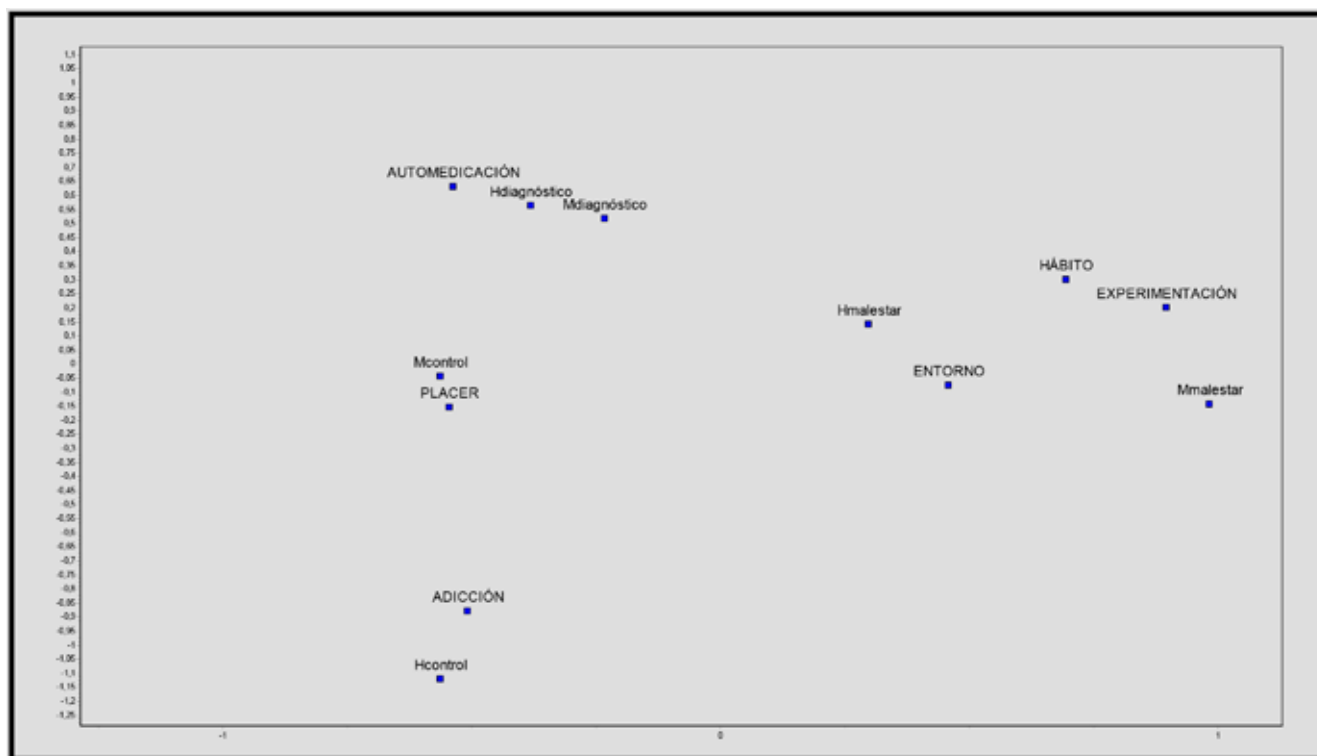


Figura 1. Análisis de correspondencia de los motivos de fumar y los subgrupos de participantes

## Discusión

Este estudio revela que los jóvenes de esta muestra con depresión y/o ansiedad se inician más tardíamente al consumo de tabaco y que, con la excepción de los varones, no fuman en mayor proporción que los sujetos que no padecen estos malestares, pero cuando fuman lo hacen principalmente para automedicar sus síntomas. Adicionalmente, el consumo de tabaco se asocia en varias de sus modalidades con el abuso de alcohol, el consumo de cannabis, la existencia de fumadores en el hogar y de consumidores de cannabis, mostrando un panorama de policonsumo e influencias de la red social confirmadas en la literatura (Guo et al., 2010), (Emory et al., 2010), (Turner, Mermelstein y Flay, 2004), (Alcalá, Azañas, Moreno y Gálvez, 2002), (Peters, Budney y Carroll, 2012). No obstante, los resultados no están exentos de paradojas. Por ejemplo, en nuestro estudio el consumo de tabaco y la existencia previa de depresión/ansiedad o de malestar del mismo espectro no aparecen asociados entre sí o lo hacen de forma negativa. Es evidente que la existencia de diagnóstico o malestar previo no significa necesariamente sufrir depresión o ansiedad en el momento de realización del estudio, pues aunque algunos casos de estos trastornos puedan cronificarse, también los mismos responden a cierta fluctuación relacionada con los procesos vitales o adquieren una expresión clínica episódica que puede no ser capturada en el momento de la entrevista. Sin embargo, la asociación entre BDI severo/medio con diagnóstico/malestar previo

(OR: 8,543, IC95%:1,045-69,82,  $p=.045$ ) hace pensar en otras variables en juego. Una de ellas es, probablemente, que la supervisión parental en estos casos permite un acceso más tardío y limitado al consumo de tabaco y de otras sustancias psicoactivas por parte de los jóvenes. Este argumento es congruente con datos de este mismo estudio (ver Tabla 2), como la asociación negativa entre diagnóstico/malestar previo y consumo de tabaco desde la primera oleada (OR: 0.3). En realidad, el grueso de los sujetos no fumadores se encuentra en los grupos de diagnóstico y malestar (ver Tabla 1). Algunas investigaciones en el mismo ámbito y con la muestra general del Panel de Familias e Infancia (PFI) han mostrado que, entre los adolescentes que sufren de estados de ánimo negativos, la comunicación intergeneracional atenua el riesgo de consumo diario (Martínez-Hernández et al., 2012) y el consumo semanal de tabaco (Julià, Escapa, Marí-Klose y Marí-Klose, 2012). De esta forma, los sujetos con diagnóstico/malestar previo podrían fumar menos debido a la protección parental por causa de su mayor vulnerabilidad y, quizá, por su incorporación más tardía o no incorporación a redes sociales de iguales donde el consumo de tabaco es más prevalente.

En congruencia con lo que acabamos de indicar, observamos que el BDI superior a leve se asocia negativamente con la edad de inicio al consumo de tabaco (OR: 0.3). De esta forma, los afectados por síntomas depresivos, la mayoría de los cuales tenía un diagnóstico o malestar previo, o no fu-

man o se han incorporado más tarde al hábito tabáquico. Sin embargo, entre ellos existe una asociación con ser fumador habitual (OR: 2,22) en el momento de realización de este estudio, aunque con una significación  $p \leq .10$ , debido con toda probabilidad al tamaño de la muestra. Adicionalmente, entre los varones ser fumador sí que se asocia de forma significativa (OR: 6,22, IC95%, 1,06-36,21,  $p = .042$ ) con el nivel BDI superior a leve, aunque no para otras medidas del consumo como el habitual o el diario. Es probable que la mayor popularización del consumo de tabaco entre las jóvenes tenga algo que ver con la ausencia de esta asociación entre las mujeres. La diferenciación del consumo por género entre adolescentes es conocida por estudios anteriores (Mendoza, López y Sagraera, 2007). Encuestas recientes (ESTUDES, 2010) muestran resultados en el mismo sentido al evidenciar que el 43,8% de las chicas entre 14 y 18 años ha probado alguna vez el tabaco frente al 35,6% de los chicos.

Los datos cualitativos nos revelan que los fumadores con depresión/ansiedad previa fuman principalmente como recurso de automedicación. Este dato es congruente con algunas aportaciones recientes de laboratorio (Kassel et al., 2007) que indican que fumar cigarrillos reduce el afecto negativo entre los adolescentes que tienen una fuerte convicción de que fumar alivia sus malestares. De esta forma, y como han indicado otros autores (Audrain-McGovern, et al., 2009), los síntomas depresivos pueden promover el consumo de tabaco y éste reducir a su vez la depresión, principalmente cuando existe una autopercepción de que fumar será efectivo.

Este estudio presenta varias limitaciones a ser consideradas. La primera de ellas es el tamaño de la muestra que ha impedido controlar el efecto de otros factores sobre la asociación entre las variables de consumo de tabaco y de depresión/ansiedad. Por otro lado, no se estableció una medida sobre dependencia nicotínica, que hubiese podido establecer una diferencia entre fumadores, principalmente para dar cuenta de si los casos de fumadores con depresión/ansiedad previa que alegan motivos de automedicación son también dependientes nicotínicos. Piénsese que algunos estudios indican que el éxito de deshabituación tabáquica es menor entre los afectados por una depresión mayor de larga evolución (Weinberger et al., 2011). Otra limitación es la no exclusión de los casos con ansiedad según la GHQ en el grupo control; no obstante, el objetivo principal del diseño era valorar la asociación entre depresión/ansiedad en oleadas anteriores y el consumo de tabaco.

Adicionalmente, los resultados de esta investigación muestran una mayor prevalencia de consumo de tabaco entre los participantes (45,2%) en comparación con los datos recientes de la Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2012, que indica tasas de 30,5% y de 28% de fumadores diarios y ocasionales para los varones y mujeres, respectivamente, en la franja etaria de 15-24 años. Sin embargo, esta discrepancia se presenta también en la comparación entre los datos

de la ESCA y los derivados de la explotación general del PFI. En un estudio reciente con los datos de la tercera oleada del PFI (Julia et al. 2012), se indica que el 55,3% había fumado alguna vez tabaco y que el 53,2% había fumado en los últimos treinta días; concretamente: 16,3% menos de una vez a la semana, 8,2% uno o dos días a la semana, 4,9% tres o cuatro días a la semana, 3,3% cinco o seis días a la semana y 20,5% cada día. En la medida en que nuestro estudio se realiza seleccionando una submuestra del PFI a partir de los criterios ya indicados de haber recibido un diagnóstico de depresión/ansiedad o haber expresado malestar autopercebido en anteriores oleadas del PFI, es lógico que la prevalencia sea más cercana a los resultados del PFI que de la ESCA. Probablemente, esta disparidad es consecuencia de la aplicación de modelos metodológicos diferentes a la hora de valorar el consumo de tabaco, especialmente el consumo ocasional.

A pesar de las limitaciones indicadas, el estudio ofrece una integración de metodologías y resultados que puede ser útil para investigaciones posteriores que analicen el papel de los motivos autopercebidos de automedicación entre los fumadores con depresión/ansiedad, así como para que las campañas de deshabituación tabáquica dirigidas a los jóvenes consideren la importancia de las relaciones entre tabaco y salud mental.

## Reconocimientos

Esta investigación ha sido financiada por la Fundació Marató TV3 (Proyecto: The emotional distress of adolescents: lifestyles, mental health and lay strategies used in managing adversity, n.º identificación 090730/31) y por el MICINN (Proyecto Los malestares de los adolescentes, CSO2009-08432 y CSO2012-33841). Agradecemos a los jóvenes que participaron en el estudio su colaboración y entusiasmo con la investigación. También a los entrevistadores Patricia Viguera, María Antonia Monserrat, Laia Pibernat, Carlos Piñones, Federico Montseny, Marta Farré, Mireia Castro y Eva Marxen.

## Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

## Referencias

- ATLAS.ti. Qualitative data analysis. Version 6.2.27. [Computersoftware] (1993-2013) Berlin. ScientificSoftwareDevelopment.
- Alcalá, M., Azañas, S., Moreno, C. y Gálvez, L. (2002). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. *Medicina de Familia (Andalucía)*, 3, 81-87.

- Audrain-McGovern, J., Rodriguez, D. y Kassel, J. D. (2009). Adolescent smoking and depression: evidence for self-medication and peer smoking mediation. *Addiction*, 104, 1743–1756. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02617.x.
- Balázs, J., Miklosi, M., Keresztesy, A., Apter, A., Avigal S, Bobes J,...Wasserman D. (2013). Adolescent Subthreshold-Depression and Anxiety: Psychopathology, Functional Impairment and Increased Suicide Risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi: 10.1111/jcpp.12016.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Birchwood, M. y Singh, S. P. (2013). Mental health services for young people: matching the service to the need. *British Journal of Psychiatry Supplements*, 54:s1-2. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119149.
- Borgatti S. P., Everett M. G. y Freeman. L. C. (2002). Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis. Harvard, MA: Analytic Technologies.
- Calleja, N. y Aguilar, J. (2008). Por qué fuman las adolescentes: un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones*, 20, 387-394.
- Chaiton M. O., Cohen J. E., O’Loughlin J. y Rehm J. (2009). A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BioMed Central Public Health*. 9, 356. doi:10.1186/1471-2458-9-356.
- Choi, W. S., Patten, C. A., Gillin, J. C., Kaplan, R. M. y Pierce, J. P. (1997). Cigarette smoking predicts development of depressive symptoms among U.S. adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 42–50.
- Emory, K., Saquib, N., Gilpin, E. A. y Pierce, J. P. (2010). The association between home smoking restrictions and youth smoking behaviour: a review. *Tobacco Control*, 19, 495-506. doi:10.1136/tc.2010.035998
- Escobedo, L. G., Reddy, M. y Giovino, G. A. (1998). The relationship between depressive symptoms and cigarette smoking in US adolescents. *Addiction*, 93, 433–440.
- Fergusson, D. M., Goodwin, R. D. y Horwood, L. J. (2003). Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 33, 1357–1367. doi: 10.1017/S0033291703008596.
- Fergusson, D., Horwood, J. y Boden, J. (2007). Childhood social disadvantage and smoking in adulthood: results of a 25-year longitudinal study. *Addiction*, 102, 475–482. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01729.x
- Generalitat de Catalunya. (2013). *Enquesta de Salut de Catalunya 2010-2014*. Barcelona: Departament de Salut.
- Glaser, B. G. y Strauss A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory; Strategies for Qualitative Research*. Chicago; IL: Aldine Pub Co.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897-899.
- Guo, H. J., McGee, R., Reeder, T., y Gray, A. (2010). Smoking behaviours and contextual influences on adolescent nicotine dependence. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 34, 502–507. doi: 10.1111/j.1753-6405.2010.00597.x.
- Hrubá, D. y Zaloudíková, I. (2010). Why to smoke? Why not to smoke? Major reasons for children’s decisions on whether or not to smoke. *Central European Journal of Public Health*, 18, 202–208.
- Institut d’ Infància i Mon Urbà. *Panel de Famílias e Infància*. Barcelona. Recuperado de <http://www.ciimu.org/images/stories/CIIMU/Estudios e Investigaciones/ 2panel-fam/14presentacio cggranell.pdf> (Consultado en: 19/11/2012).
- Julià, A., Escapa, S., Marí-Klose, M. y Marí-Klose, P. (2012). Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales. *Adicciones*, 24, 309-318.
- Kassel, J. D., Evatt, D.P., Greenstein, J. E., Wardle, M. C., Yates, M. C. y Veilleux, J. C. (2007). The Acute Effects of Nicotine on Positive and Negative Affect in Adolescent Smokers. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 543–553. doi: 10.1037/0021-843X.116.3.543
- Klungsoyr, O., Nygard, J., Sorensen, T. y Sandanger, I. (2006). Cigarette smoking and incidence of first depressive episode: an 11-year, population-based follow-up study. *American Journal of Epidemiology*, 163, 421–432.
- Lyons, M., Hitsman, B., Xian, H., Panizzon, M. S., Jerskey, B. A., Santangelo, S.,... Tsuang, M. T. (2008). A twin study of smoking, nicotine dependence, and major depression in men. *Nicotine & Tobacco Research*, 10, 97–108. doi: 10.1080/14622200701705332.
- Martínez-Hernández, Á., Marí-Klose, M., Julià, A., Escapa, S., Marí-Klose, P. y DiGiacomo, S. (2012). Adolescent daily smoking, negative mood-states and the role of family communication. *Gaceta Sanitaria*, 26, 421-428. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.030
- Mendoza, R., López, P. y Sagraera, M. S. (2007). Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1986-2002). *Adicciones*, 19, 273-288.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L.,... Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.
- Mineur, Y. S. y Picciotto, M. R. Nicotine receptors and depression: revisiting and revising the cholinergic hypothesis of depression. (2010). *Trends in Pharmacological Sciences*, 31, 580–586. doi: 10.1016/j.tips.2010.09.004

- Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. (2010). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Montón, C., Pérez Echevarría, M. J., Campos, R., García Campayo, J. y Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, *12*, 345-349.
- Peters, E. N., Budney, A. J. y Carroll, K. M. (2012). Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: a systematic review. *Addiction*, *107*, 1404-1417. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03843.x
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Brown, R. A., Gau, J. M. y Kahler, C. W. (2003). Psychiatric disorders, familial factors and cigarette smoking: I. Associations with smoking initiation. *Nicotine & Tobacco Research*, *5*, 85-98.
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *11*, 125-139
- Rubinstein, M.L., Luks, T.L., Moscicki, A.B., Dryden, W., Rait, M.A. y Simpson G.V. (2011). Smoking-cue induced brain activation in adolescent light smokers. *Journal of Adolescent Health*, *48*, 7-12. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.09.016.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, *14*, 249-280.
- Steuber, T. L. y Danner, F. (2006). Adolescent smoking and depression: which comes first? *Addictive Behaviors*, *31*, 133-136.
- Turner, L., Mermelstein, R. y Flay, B. (2004). Individual and contextual influences on adolescent smoking. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1021*, 175-197.
- Vázquez, A. J. y García-Boveda, R. J. (1997). The Mannheim interview on social support psychometric characteristics of a Spanish version. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *32*, 208-214.
- Weinberger, A. H., McKee, S. A., Picciotto, M. R. y Mazure, C. M. (2011). Examining antidepressant drug response by smoking status: why is it important and how often is it done? *Journal of Psychopharmacology*, *25*, 1269-76. doi: 10.1177/0269881110389347.



# **Publicación 8: Sharing Wisdom(s) to Enrich Knowledge: Working in a Transdisciplinary Research Team in Medical Anthropology**

Carceller-Maicas., N. (2015). “Sharing Wisdom(s) to Enrich Knowledge: Working in a Transdisciplinary Research Team in Medical Anthropology”. *Collegium Antropologicum*, 39 (2015) 2: 307–315.



# Sharing Wisdom(s) to Enrich Knowledge: Working in a Transdisciplinary Research Team in Medical Anthropology

**Natalia Carceller-Maicas**

Rovira i Virgili University, Department of Anthropology, Philosophy and Social Work, Tarragona, Spain  
Medical Anthropology Research Center, Tarragona, Spain

## ABSTRACT

*This paper explains our experience working in a transdisciplinary research team focused on adolescence mental health. It introduces briefly the two key theoretical concepts: participation and transdisciplinarity. In order to be followed with a deep description of the methodology and the creation of the two principal materials resulting from our research: a guide of best practices in adolescent mental health, and a documentary film. Showing in a practical way how the research could be enhanced by the sharing of knowledge.*

**Key words:** *adolescence, mental health, participation, research-action, transdisciplinarity, anthropology, Spain*

## Introduction

The use of participative methodologies as a way of approaching anthropological research is a trend that is increasing in the last years. Each time more researchers decide to use this methodological approach in their projects and investigations; because it provides interesting and meaningful results both in an academic and practical way. But this methodology is not as new as somebody could think. Since the beginning of 1940, and increasingly since 1960, a lot of participative initiatives have been documented (mainly in Latin America) addressed to become the community participation into the key element in the health attention field<sup>1</sup>. It was not until the meeting of Alma Alta, which took place in 1978, that the participation in health was defined and considered as the cornerstone of the strategy in primary attention in health; promulgating in it the goal of Health for All by the year 2000<sup>2</sup>. After that, in 1986, at the first International Conference of Health Promotion in Ottawa the basic guidelines to improve a »Health for All« were established: social participation and inter-sectoriality<sup>3</sup>. The increasing use of transdisciplinary methodology occurred in parallel during this decade with »a profusion of projects drawing together social and health scientists to study and recommend solutions for a wide range of health problems«<sup>4</sup>, what is not a coincidence. »New modes of thinking and action and new ways of relating to other modes of thought were required«<sup>4</sup>

and transdisciplinary approach was the key because like Rosenfield said: »it provides the critical element missing from collaborative research as the latter has developed in the 1980's and 1990's«<sup>4</sup>.

Transdisciplinary research counts on the common work of professionals from different disciplines who use shared conceptual framework, blurring the borders between disciplines to construct together new theories, concepts and methods that allow to deal with the common problem in a new and holistic way; developing new conceptual and empirical analyses. It can provide »a more comprehensive organizing construct that more closely represent the historical and present-day reality in which health problems are situated«<sup>4</sup>.

As we can observe through the experience done by several research projects there is no doubt that a participatory methodology in research brings a lot of advantages such as: horizontal communication, symmetric relationships and reciprocity among researchers and informants, it promotes the dialogue and the debate among participants, it is nourished by the members of the group's plurality knowledge (laity and expert), and it achieves that all the participants could feel themselves as an integral and active part of the research, among others. To be able to count with these advantages in our research projects is

always interesting, but for working in field of health it is particularly recommended<sup>5-9</sup>. And if moreover we have the chance to work in a transdisciplinary research team both the process and the results will be enhanced<sup>10,11</sup>, as I am going to show along this paper, depending on our research experience focused in adolescent mental health.

The importance of working in transdisciplinary teams in a participative way in the field of health resides, between other factors, is the omnipotent influence of what it is known as »Medical Hegemonic Model« (Modelo Médico Hegemónico). This model generates, in a very subtle way, deep and important asymmetries in both the relationships and the working with the health care system. The majority of participative processes in health are influenced by the biomedic hegemony and its inherent asymmetry<sup>12</sup>. The Medical Hegemonic Model is defined by Menéndez like: »the combination of practices, knowledge and theories generated by the development of what is known as a scientific medicine, which has been making to leave as subordinate to the set of practices, knowledge and ideologies that dominated in the social groups, to identify itself as the only way of addressing discomfort, legitimized by both scientific criteria and the State«<sup>13</sup>.

According to this concept we could observe how the specific social involvement of the health sector is under the biomedical paradigm. It »has influenced a particular view on the importance of the scientific physician, which in practice means less legitimacy of medical and other professionals«<sup>14</sup> »and the community in general to take decisions related to the field of knowledge of the professional producing a kind of resignation to control resources and meanings in relation to their own health«<sup>9</sup>. For example the treatments and therapies that the public state health considers to be valid and effective and that therefore it offers citizens are exclusively those of biomedical type, where the opinion of the scientific physician is the only valid. If the patient wants to realize a type of treatment different from the biomedical one it has to resort to the private sector and finances it by himself.

In fact the figure of the doctor and the whole health team is still positioned in a place that in related terms has such asymmetry that makes it difficult to carry forward greatly cutting participatory processes. In order to overcome this situation and to advance participation in health the question of the Medical Hegemonic Model becomes necessary as source of definition and mediator of any process of social participation.

Mental health is a subfield where this omnipotence of the Medical Hegemonic Model and its consequences are easily observed. The stigmatization of the patients increases the named asymmetry, positioning in this way the persons in an even lower location. In order to fight against this phenomenon a lot of creative initiatives have emerged in this subfield during last decades<sup>15-18</sup>. It is seen that the implementation of participative projects in mental health helps to put mental health patients in a better position, considering them as citizens with the same rights and obligations as the others<sup>19</sup>. Participation in Mental Health contributes to give to the people a new and different place

to create new roles and relations, far from the common places characterized by the medicalization and stigmatization<sup>20</sup>. People with mental health problems need to have meeting points where the stigma of mental health is not present<sup>21</sup>. It is in these new spaces where their experiences and narratives are listened to and valued. It is the use and sharing of this »expert/ lay knowledge« obtained through Participation in Mental Health which could contribute to promote initiatives to overcome the asymmetry of the health care system.

Our research project becomes a good example of this fact. It is entitled: »The emotional distress of adolescents: lifestyles, mental health, and lay strategies used in managing adversity«. It is funded by the Spanish Ministry of Science and Innovation, and by TV3's Marató Foundation, which started in 2009. The main aim of our project was to analyze the social profiles of adolescents with depressive or anxiety disorders and/or subclinical distress, and whether they use or avoid the mental health services.

### **Avoidance**

Mental health problems – particularly subclinical distress conditions, depression and anxiety – are common in adolescents and young adults. In Catalonia, the prevalence of mood disorders is 14.3% and the prevalence of anxiety disorders is considerably higher (31.9%). Despite this, young people are the age group that makes the least use of mental health services. The studies carried out by Merikangas et al.<sup>22</sup> and Gulliver, Griffiths and Christensen<sup>23</sup>, among others, have found that in many high-income countries only 18–34% of adolescents with diagnosable depressive disorders or anxiety disorders are treated by mental health professionals, even when the service is provided free of charge by the national health system. In order to investigate and analyze this phenomenon a transdisciplinary team composed of several professionals from social and health sciences was recruited; designing together this participative research-action project which counted with the active collaboration of adolescents and young people.

Ours is the first systematic study to have been made in Spain on non-help-seeking among adolescents and young adults with depressive mental distress. The objective of this article is to show, from our own experience, the potentials that this kind of participatory research-action would make on a transdisciplinary mode. Presenting for this two of the main materials that have been emerged like relevant results in our research project: a Guide of Best Practices and a Documentary Film.

### **Materials and Methods**

We used a mixed methods approach to analyze this phenomenon: quantitative-qualitative. First we made a statistical analysis of the Panel of Families and Childhood (PFC), a database drawn up after a longitudinal study of more than 3000 Catalan adolescents designed by the Con-

sorci Institut d'Infància i Món Urbà (CIIMU). The PFC was a longitudinal sociological study done in four waves. It started in 2006 selecting a representative sample of 3004 adolescents living in Catalonia, who were born between 1990 and 1993. New cohorts were included each year during the PFC investigation<sup>24–26</sup>. The PFC followed a multi-phase sampling. 70 educational centers from all the Catalan territory were selected. The 3004 informants were recruited from these centers; and they were asked about negative emotional states using a self-reported scale (years 2007–2008) and about the previous existence of a depression/anxiety diagnosis (years 2006 and 2010), among lots of other factors. The first stage of our project consisted of analyzing all the quantitative data compiled in the SPSS database from this Panel (PFC), which lasted one year.

Secondly we made an ethnographic study of 105 cases selected from this big sample. The ethnographic method was used because the dialogic relationship it provides supplies the epistemological and methodological base to situate us »between« the lay and the professional groups<sup>27</sup> thus enabling us to better understand the different vital worlds of those who belong to this avoidance cycle.

The recruitment of this second stage was done with the propensity matching score technique, obtained through the base of observable predictors with a logistic regression analysis. This technique was used because it attempts to estimate the effect of a treatment, policy, or other intervention by accounting for the covariates that predict receiving the treatment. And it attempts to reduce the bias due to confounding variables that could be found in an estimate of the treatment effect obtained from simply comparing outcomes among units that received the treatment versus those who did not. These reasons make this technique the

best one for the development of our research project. 50 young people were selected for each of the three groups:

- 1 – Subjects with depression/anxiety diagnosed at the first or fourth wave of the PFC according with the narrative of their parents (the question was about the existence of a professional diagnose of depression/anxiety)
- 2 – Subjects with self-perceived depressive discomfort at the second and third waves, but without a professional diagnose.
- 3 – Subjects without self-perceived discomfort or diagnose.

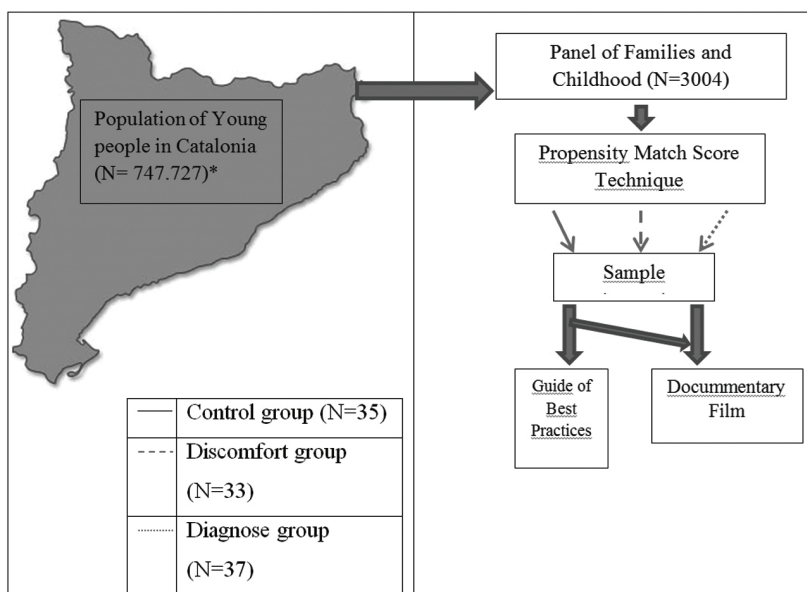
This quantity is owing to a criterion of convenience. The objective was to find a group without diagnostic but with high discomfort, in order to compare it with the group of young people with diagnose. Sample attrition occurred in cases of change of residence, inability to contact the subject, or subjects who declined to be interviewed, and in the end 105 subjects were interviewed: with diagnose = 37, discomfort = 33 and control = 35.

At the beginning of this second stage, the 105 participants from the sample were given a semi-structured interview. These interviews focused on exploring the participants' explanatory models, reasons for not seeking professional help and strategies of self-care. This information was stored and analyzed using the Atlas.ti software.

Subsequently, four focal groups were set up – three formed of young people and one of mental health professionals (including psychologists, social workers, psychiatrists and nurses) – which were used to triangulate the results of the interviews.

Young people in the focal groups were recruited from the 105 sample, including informants from the three different sub groups (Table 1). First, the young people in the

**TABLE 1**  
 SELECTION OF THE SAMPLES IN THE DIFFERENT STAGES OF THE RESEARCH'S PROCESS



three focal groups were asked about their perception of the system, the health institutions and the health professionals, what they knew about them, the possible causes of avoidance, and the recommendations that as potential users they felt they would make to overcome the obstacles they had detected.

Then the health professionals were asked about the same issues as the young people. They were provided with the information gleaned from the young people in the previous focal groups so that they would be aware of their opinions about the phenomenon of the avoidance cycle and would have a base on which to generate new contributions.

Once all the information compiled from the four focal groups had been analyzed, a mixed discussion group was set up consisting of young people and professionals. This group discussed and debated the main obstacles preventing access to services perceived by both groups and the recommendations that had been made to overcome these obstacles. The horizontal communication and the symmetrical and reciprocal relations between the young people and the professionals (essential qualities in a good participative model) characterized this discussion group.

The process of drawing up the Guide to Good Practices was cooperative and participative, and involved the joint work of researchers, young people and mental health professionals. The obstacles perceived by both groups were compiled and debated in a deep way during the focal and discussion groups, trying in all moments to distinguish, to demonstrate and to analyze all the possible reasons of this miss-use of mental health services. During this first step of dialogue between the key actors a lot of interesting topics emerged. This point was a very interesting critical analysis in which the different fields of professional knowledge and the lay knowledge were heard, valued and considered in the same decisive way. Integrating thus the different fields of expertise of the principal actors; which is another essential point in the participative research-action<sup>29</sup> developed by a transdisciplinary research team. In a second term the process to decide the ways in which these obstacles could be overcome by following the same interactive and co-constructing process; analyzing and debating collaboratively all the possible solutions and its advantages and disadvantages.

All this rich information was compiled and organized by the researchers, and a first draft of the guide was produced. This preliminary document was revised by the professionals and young people participating in the focal and discussion groups. And all the commentaries, suggestions and recommendations about both contents and structure were taken into account to do the final text. The coordination of The Guide was developed by a transdisciplinary team composed of a doctor, a social worker, a psychologist and an anthropologist, all of us specialized in medical anthropology. Being thus this Guide the result of a participative, interactive and transdisciplinary effort by three different groups. In last term, before the publication of The Guide, it was revised by external reviewers, in order to verify the understanding and the qualities of the con-

structed material. Finalizing in this way an enriching and long process.

Once this process was ended another was started: the creation of a documentary about the adolescence. Following one of the recommendations made in the Guide our research team decided to create a documentary pro-normalization of this vital period and the discomforts of it.

To achieve this aim we counted with the collaboration of transdisciplinary professionals specialized in the areas of journalism, documentaries, anthropology and medical anthropology. Increasing in this way our transdisciplinary team.

First of all the script of the documentary was written, inspired by those key points that were cited like recommendations in the Guide to fight against stigmatization. In order to follow the logic of the project two different kinds of «actors» were recruited: mental health professionals and young people. We contacted with some of those professionals that collaborated with us to create the Guide of Best Practices, and with young people from the sample (some of them that collaborated in focal and discussion groups, and others that collaborated only in the interviews).

The aim was to create a dialogue between the two main actors involved (professionals and young people) articulating their points of view. Two different interview guides were made: one for the professionals and other for young people. Interviews were done separately with each participant. The shooting team was compound by a documentary film maker and an anthropologist add a journalist filming the scene (image and sound) and a journalist and medical anthropologist doing the interviews. Once all the interviews were done the shooting team did the production and composition process jointing the different frames of each interview to create a dialogue formed by all the participants in the documentary film.

## Results

This paper presents two of the main materials resulted of our investigation that was done in a transdisciplinary way: 1) the Guide of Best Practices in adolescent mental health, and 2) the Documentary Film focused on adolescence.

### *Guide of Best Practices in adolescent mental health*

The Guide of Best Practices for the attention to psycho-emotional problems in adolescents and young adults is a brief and very practical material which has been created as an answer to a detected need: the phenomenon of infra-utilization of mental health services for young people in front of situations of depression and anxiety mainly, but also against the rest of the typical discomforts of this vital period. This Guide is the result of collaborative work and

reflection done in a participative research-action way with a transdisciplinary team. Which has followed the specific objective of encouraging the reflection as an instrument of improvement.

The text is organized in ten main topics that were detected during the collaborative work with the professionals and young people during the discussion and focal groups: 1) Health promotion and prevention, 2) Normalization and destigmatization, 3) Formation (in adolescence and mental health), 4) Coordination and networking, 5) Accessibility, 6) Planning and organization, 7) Quality of communication, 8) Clinical attention, 9) Participation, and 10) Investigation.

Each one of these ten points is composed of several sections which help the reader to understand each topic

and the importance of it, explains the different obstacles detected around it, and gives diverse recommendations made to save the named obstacles, ending with a section that suggests some questions to promote the self-reflection through the self-evaluation.

It is not possible to explain in depth in this paper all the complete content of the Guide. Nevertheless, I would like to mention some of the main lines that have been worked on so as to give a more specific idea of the shortcomings found and the action recommended for improvement. The key topics of the guide are listed below (Table 2).

These key topics emerged from the debate and dialogue created in the focal and discussion groups. Young people from the sample (aged between 18 and 21 years old) and professionals whom work in mental health services is ad-

**TABLE 2**  
 TOPICS OF THE GUIDE OF BEST PRACTICES WITH EXAMPLES OF OBSTACLES AND RECOMMENDATIONS

Topics	Obstacles	Recommendations
1. Promotion and prevention of health	Absence of collaborative labor between families and services of youth attention.	Reinforce and promote networking between all health services, young people and their families.
2. Normalization and Destigmatization	Strong stigma associated to mental health discomforts.	Campaign of normalization in mass media. Speeches about mental health to young people, families and non-sanitary professionals to break clichés.
3. Formation in adolescence and mental health	Tendency of adults to: 1) Problematize typical vital events of the adolescence. 2) Devalue the teenagers' knowledge about their own discomfort.	1) Do courses and formation in which design and develop are included adolescents that explain their own experience. 2) Integrate adolescents in the formation process counting with their own experience and expertise.
4. Coordination and networking	Lack of integral attention that involves all the attention services existents.	Foment the coordination and cohesion between all kind of services, and to make possible the integral attention of young people.
5. Accesibility	1) Attention timetables are the same than school timetables. 2) Centralist location of services. 3) Mistakes in the derivation process. Professionals only attend pathological discomforts.	1) Attention timetables out of time of classes. 2) Distribute little services in a more homogenous way in the territory. 3) Attend quotidian problems related with crises of the vital cycle, not only the pathological ones.
• 5.1. General accessibility		
• 5.2. Proactive Information about the services	Lack of information about the services, the place they are, the work that the professionals could do there, ways to access there, requisites to be admitted, which problems could be treated there, which kind of professionals are there, which kind of treatments and therapies are offered there.	1) Publish materials to spread this information. 2) Create information points out of the health services, where young people could go and ask about their doubts on mental health and services. 3) Use new technology and create virtual spaces attends by health professionals where young people could ask about their mental discomforts.
6. Planification, organization and programming of the service	1) Temporality of the visits: Too short visits, and too much wait between one visit and another. 2) Lack of professionals: there are not psychologists in primary care centers.	1) To make possible an early attention in the first visit and shorter the time between visits. 2) Put psychologists in primary care centers to facilitate the accessibility and to contribute to the normalization of psych-emotional discomforts.
• 6.1. Needs detection, planning and adaptation of the service to adolescent public.		

Topics	Obstacles	Recommendations
<ul style="list-style-type: none"> <li>6.2. Evaluation of the adaptability and the competitiveness of the center</li> </ul>	Lack of systems of evaluation about the users' satisfaction.	Create systems of evaluations about the satisfaction of the users and their families to enhance the services.
7. Quality of the communication	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Too much professional argot and lack of colloquial and close language.</li> <li>2) Vertical communication between professionals and adolescents.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Avoid unnecessary professional argot to facilitate the comprehension.</li> <li>2) Horizontal communication to obtain the users comfort, and therapeutic link.</li> </ol>
8. Clinical attention	Lack of adaptation of the clinical history to adolescent patient.	Adapt clinical history including: Psychosocial stressors from this vital phase, compile the patient narrative, compile dates about the context, take in account their values, hopes, experiences, etc.
<ul style="list-style-type: none"> <li>8.1. Clinical history</li> <li>8.2. Diagnoses</li> <li>8.3. Treatments</li> <li>8.4. Professional-patient relation</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Too biomedical diagnoses, lack of considerations about contextual factors.</li> <li>2) It is not born in mind the subjectivity of the suffered discomfort.</li> <li>1) Problems related with evolutionary crises there are not taken into account.</li> <li>2) Alternative therapies there are not offered.</li> <li>1) Professional passive hearing.</li> <li>2) Distant professional manner.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) To do psychosocial diagnoses too.</li> <li>2) Value the lay knowledge of adolescents about their own discomfort.</li> <li>1) Attend problems related with evolutionary crises.</li> <li>2) Offer alternative therapies adequate to adolescent public.</li> <li>1) Professional active hearing.</li> <li>2) Closer professional manner.</li> </ol>
9. Participation	Lack of spaces for patient's participation.	Create canals for increase the participation. Promote patients participation in their plans of treatment.
10. Investigation	Professionals are used to see investigation like something distant to their professional practice.	Promote the development of researches focused in the improvement of attention services. Promote the culture of research by the recognition of this kind of work.

dressed to young people (psychiatrist, psychologists, nurses, social workers and doctors) talked, first separately (professionals in one hand and young people in the other hand) and secondly together, about the problems they think exist around infra-utilization of mental health services.

Despite the fact that they seem to belong to different and separate worlds, not all the problems listed in one group and the other were completely different. Many of the obstacles and the reasons for them, detected by one group were not detected by the other, but they were not as distant as they could initially think, because there were also a lot of points in which they agreed completely. There were a lot of similarities in the key points argued by the two groups, which were mentioned and deeply addressed in the final mixed discussion group. The fact of joining the two actors in a same session nourished the results emerged for both show the obstacles and suggest recommendations. Making possible in this way to address the problems detected since diverse perspectives of the actors involved.

In order to read in more detail the different topics, and the guide itself you could find and download the Guide for free in Spanish, Catalan and Italian in this link <http://publicacionsurv.cat/l1ibres-digital/anropologia-medica>.

### *Documentary film*

In relation to the documentary film the result was a brief film of 27 minutes long, which joins the discourses of professionals and young people, creating an interactive dialogue. The name of the film is: «Adolescències: crisi, malestar i creixement» which means «Adolescence: crisis, discomfort and growth». The original version is in Spanish and Catalan, because in this way each speaker talked in the language in which she/he was more confident and comfortable. The objective of the film was to normalize and destigmatize the adolescence and its discomforts. To achieve this objective some crucial topics to destroy the prejudices around this vital period. The participants in the film are four professionals of mental health care (psychiatrists, psychotherapists, and psychoanalysts) and six young adults (three girls and three boys). All the actors answered the same questions, and after that the shooting team selected specific fragments to create the final joint dialogue. Topics treated in the film are: the definition of the adolescence; the crises and discomforts related with this vital period and their causes; the importance of social relations (families and friends); the process of transition between childhood and adulthood, the elections and re-



sponsibilities that it implies; the searching for answers to solve their problems; the different ways to manage these problems and the process of help-seeking (friends, family, music, party, sport, etc.); coping strategies; non-help-seeking of professionals assistance and the reasons of it; stigmatization of mental discomforts; obstacles detected for the infra-utilization of mental health services; and the recommendations to solve these obstacles. Collecting in this way the main topics treated in our research project, giving at the same time a global and concise view of it and its results.

In order to access to the documentary film you can find it with English subtitles in this link for free: <http://antropologia.urv.es/adolescentes/>. The documentary is also available with Portuguese, Italian, Spanish and Catalan subtitles (If you need it in these other languages you could contact us and ask for it, we will send it to you).

## Discussion and Conclusions

Achieving a good health care system which works for and to the whole society is possible, but reaching this objective is impossible if the opinions, needs and feelings of the people are not taken into account. The management of social and health problems should be thought about starting from the opportunities and from the practices that promote the recognition of the involved collectives<sup>29,30</sup>. Is the participation of the different actors involved which makes possible the real integration of both the knowledge and its protagonists. Achieving a new syncretic knowledge which exceeds the addition of the individual parts<sup>31</sup>.

The field of health is a very broad field which englobe a very wide range of topics and phenomena. All these kinds of phenomena could be addressed from very different areas of expertise, from biological sciences to statistics, epidemiology, medical sciences and social sciences among others. Each one of these arenas of expertise could give a specific and particular vision under the phenomenon, contributing to the global knowledge around the phenomenon itself, nourishing it with new hypothesis, methods and theoretical paradigms. But the results of this action are many investigations focused in the same topic, but addressing it in a disconnected way; providing us with interesting but partial and unifocal views. In order to overcome this limitation several concepts have emerged during these past decades: interdisciplinary, multidisciplinary and transdisciplinary. All these three concepts involve in different ways the articulation of several areas of expertise to address a specific research topic<sup>4,30,32–37</sup>. This articulation contributes to enhance the research nourishing it with different expert wisdom in an interconnected way that results in a deeper and multifocal knowledge.

Several investigations done during last years have demonstrated that the use of this kind of research to deal with health problems is worthy, because it produces interesting and qualitative different results; becoming a good alternative approach to produce new knowledge<sup>4,38,39</sup>. Transdisciplinarity must be seen in this way like a pro-

cess, an action strategy, addressed to the transformation of science enabling the emergence of new paradigms in the scientific field and new action strategies in the social practice.

Transdisciplinarity by itself is recommendable, but if in addition we decide to work in a participative way it could be even better; because working in a participative research-action project with a transdisciplinary research team brings us many interesting advantages and more-over if we work in the field of health.

Participative research-action is the best way to work to integrate, in an equitable and integrative way, the voices of all the groups involved; overcoming the asymmetry and creating horizontal relations to deal with health care problems in a holistic and integrative way. Because as we have seen the use of participative methodologies as a way of approaching anthropological research could help us to have a better engagement with our informants which results in their empowerment and in their implication in the research project; contributing finally to all these steps to create collaborative forms of anthropological knowledge.

Is for this reason that one of the most important key points that we must take into account when we want to do a participative research-action project is to identify the interested collectives in solving and /or maintaining the problem<sup>40</sup>. In order to work in a proactive way to solve the problem we need to give voice to all the parts and promote a horizontal dialogue between them; collecting all the different points of view to have a complete and global view of the phenomenon. Being the interested parts in our project the mental health care professionals (psychologists, social workers, medical anthropologists, nurses and psychiatrists) and the young people from Catalonia, as I explained before. Another essential point in this kind of research is the participation of all the subjects as active and responsible of the decision making during the entire project. Thus all the persons involved in it (researchers and informants) are responsible and important in the same grade, and the project belongs to all of us in the same measure.

The variety of the composition of the team is another key point that we must take into account because it enriches both process and results of investigation, giving us the extra value of approaching to non-help-seeking phenomena from different areas of knowledge. This point in addition to the social utility of the obtained knowledge transforms our research in an enhanced and practical research. The results of this kind of project have not only academic repercussion, but they have a pragmatic character too. As we have demonstrated with the creation of these two practical materials: the guide of best practices and the documentary film. The working system tries to find a balance between the prearranged designs and the emergent ones, combining the systematic character with the flexibility and the sensibility to the demands of the environment and establishing its efficiency in the theoretical – practical base, the integration of the knowledge of the own protagonists, the intersubjective check and the social usefulness of the knowledge<sup>29</sup>. In our case it results

of usefulness to reduce the gap between discourse and practice, and to have repercussions in the inequalities in health<sup>41</sup>. In a more specific way it helped to us to remove the barriers detected in the process of non-help-seeking, to help to improve in this way the professional practices and the access to specialized services, and to contribute to the normalization of the adolescence and its inherent discomforts between other multiple aspects.

But if we want to do a research like this we must keep in mind that it requires a hard work and deep preparation too: to achieve our goals working in a transdisciplinary team »each team member needs to become sufficiently familiar with the concepts and approaches of his/her colleagues as to blur the disciplinary bounds and enable the team to focus on the problem as part of broader phenomena: as this happens, discipline authorization fades in importance, and the problem and its context guide an appropriately broader and deeper analysis«<sup>4</sup>. The crucial point to achieve the success around this concept and its practice was given by Almeida Filho in 2000: »the basis resides in the possibility of communication not between disciplinary fields, but between agents in each field, through the circulation not of the discourses, but of the subjects of the discourses«<sup>42</sup>, and »those agents from the scientific practice whom have access to a transdisciplinary formation are whom can transit between at least two disciplinary fields«<sup>42</sup>, like is the case of current medical anthropologists, who move around medical and social sciences.

Finally in order to sum up we could say that our experience shows that the use of a methodological approach based on the participative research-action and carried out by a transdisciplinary team of health and social sciences researchers enriches both the process of investigation, the obtained results and the produced materials. Articulation of these complementary approaches allowed

us to create a transdisciplinary dialogue which nourished from interconnected knowledge, contributing to increase a more practical knowledge, fruit of the union of shared wisdoms.

## Acknowledgements

This research paper is made possible through the help and support from everyone, including: friends, teachers, partners and colleagues.

Especially, please allow me to dedicate my acknowledgment of gratitude toward the following significant advisors and contributors:

First, I would like to thank Dr. Angel Martínez-Hernández for his most support and encouragement. He gave me the chance to work inside this project, he introduced me to medical anthropology and to research world, and he kindly read my paper and offered invaluable detailed advice on organization and the theme of the paper.

Second, I would like to thank Noor Ogly and Laura Borel to read my paper and to correct my grammar and spelling in English language.

Third, I would like to thank Pavao Rudan, Sasa Missoni, Morana Jarec, Linda Bennett, Linda Whiteford, Tena Saric and all the organization team to give me the chance to participate in the Anthropology and Health Conference 2014, as well as all the other colleagues of this interesting meeting to share their knowledge and learn together.

Finally and foremost, I sincerely thank to all the participants in this research: young people, mental health professionals, and all the research team. This research and the product of this research paper would not be possible without all of them.

## REFERENCES

1. HARO JA, DE KEIJZER B, Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro (Colegio de Sonora, México, 1998). — 2. WORLD HEALTH ORGANIZATION, United Nations Children's Fund, Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Alta, U.S.S.R. (World Health Organization, Geneva, 1978). — 3. ANIGSTEIN MS, Rev Mad, 19 (2008) 77. DOI: 10.5354/0718-0527.2008.13898. — 4. ROSENFELD PL, Soc Sci Med, 35 (1992) 1343. — 5. ABRANTES-PEGOR, Salud Publica Mex, 41 (1999) 444. — 6. SANABRIA RAMOS G, Rev Cubana Salud Pública, 3 (2004) 30. — 7. ORTEGA LÓPEZ A, MORALES ASENCIO JM, RENGEL DÍAZA C, PEÑAS CÁRDENAS EM, GONZÁLEZ RODRÍGUEZA MJ, PRADO DE LA SIERRA R, Aten Primaria, 4 (2014) 46. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.09.006. — 8. NAVAS PEROZO R, ROJAS DE MORALES T, ÁLVAREZ CJ, FOX DELGADO M, Revista de Ciencias Sociales, 2 (2010) 261. — 9. VÁZQUEZ NAVARRETE ML, FERREIRA DA SILVA MJ, SIQUEIRA CAMPOS E, CAMPOS PEREIRA AP, DA SILVA DINIZ A, LEITE VERAS I, KRUEZ GRANDE DE ARRUDA I, Rev Esp Salud Pública, 76 (2002) 149. DOI: 10.1590/S1135-57272002000500018. — 10. HILLS M, MULLETT J, CARROLL S, Rev Panam Salud Publica, 21 (2007) 125. — 11. SOSA LORENZO I, RODRÍGUEZ SALVÁ A, ÁLVAREZ PÉREZ A, BONET GORBEA M, MEDISAN, 17 (2013) 4. — 12. FERNÁNDEZ-LAMELAS E, VEGA-MONTEAGUDO C, Enferm Clin, 20 (2010) 260. DOI: 10.1016/j.enfcli.2010.05.003. — 13. MENÉNDEZ E,

Morir de Alcohol Saber y Hegemonía Médica, (Editorial Alianza, México, 1990). — 14. WEINSTEIN M, Participación Social en Salud: Acciones en curso. In: CORREA E, NOE M (Eds), Nociones de una Ciudadanía que Crece, (FLACSO, Chile, 1998). — 15. CORREA URQUIZA M, SILVA T, BELLOC M, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A, Quaderns de l'ICA, 22 (2006) 9. — 16. MUNARRIZ FERRANDIS M, Rev Asoc Esp Neuropsiq, 33 (2013) 118. DOI: 10.4321/S0211-57352013000200001. — 17. FAGUNDES S, Saúde Mental Coletiva: construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA JÚNIOR B, AMARANTE P (Orgs.) Psiquiatria sem hospício, (Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1992). — 18. OLIVERA A, Interrogant, 6 (2005) 56. — 19. CASAL ÁLVAREZ JC, Estudos de Psicologia, 16 (2011) 1. DOI: 10.1590/S1413-294X2011000300021. — 20. RADIO NIKOSIA, El libro de Radio Nikosia: Voces que hablan desde la locura, (Gedisa, Barcelona, 2005). — 21. PALACIOS A, BARIFFI F, La discapacidad como una cuestión de Derechos Humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los derechos humanos de las personas con Discapacidad. (Editorial Cinca, Madrid, 2007). — 22. MERIKANGAS KR, HE JP, BURSTEIN M, SWANSON SA, AVENEVOLI S, CUI L, BENJET C, GEORGIADIS K, SWENDSEN J, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 49 (2010) 980. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.05.017. — 23. GULLIVER A, GRIFFITHS KM, CHRISTENSEN H, BMC Psychiatry, 10 (2010) 113. DOI: 10.1186/1471-244X-10-113. — 24. INSTITUT D'INFÀNCIA I MÓN URBÀ (CIIMU, Barcelona, 2012). — 25. JULIÀ A, ESCAPA S, MARÍ-

- KLOSE M, MARÍ-KLOSE P, Adicciones, 24 (2012) 309. — 26. MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ Á, MARÍ-KLOSE M, JULIÀ A, ESCAPA S, MARÍ-KLOSE P, DIGIACOMO S, Gac Sanit, 26 (2012) 5. DOI:10.1016/j.gaceta.2011.09.030. — 27. MARTINEZ-HERNAEZ A, Rev Saude Pública, 44 (2010) 3. DOI: 10.1590/S0034-89102010005000016. — 28. OBSERVATORIO DE LA JUVENTUD EN ESPAÑA, Juventud en cifras. Población. Actualización Enero 2011, Gobierno de España, 2011. — 29. SCANDROGLIO B, LÓPEZ J, AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, 5 (2010) 2. DOI: 10.11156/aibr.050204. — 30. SCHNITMAN DF, Nuevos paradigmas en la resolución de conflictos, (Granica, Buenos Aires, 2000). — 31. BETANCOURT JA, Rev Panam Salud Publica, 34 (2013) 5. — 32. DE ALVARENGA AT, SOMMERMAN A, DE SOUZA ALVAREZ AM, Saude e Sociedade, 14 (2005) 3. DOI: 10.1590/S0104-12902005000300003. — 33. CHOI BC, PAK AW, Clin Invest Med, 30 (2007) 6. — 34. FAWCETT J, Nurs Sci Q, 26 (2013) 383. DOI: 10.1177/0894318413500408. — 35. CHOI BC, PAK AW, Clin Invest Med, 6 (2006) 29. — 36. CHOI BC, PAK AW, Clin Invest Med, 1 (2008) 31. — 37. LUZ MT, Saude Soc. São Paulo, 2 (2009) 18. — 38. RATCLIFFE JM, Integrative, transdisciplinary research methodology: principles and application strategies. (International workshop on integrative approaches to research in agricultura, health and fertility. University British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada, 1989). — 39. HIRSCH HADORN G, HOFFMANN-RIEM H, BIBER-KLEMM S, GROSSENBACHER-MANSUY W, JOYE D, POHL C, WIESMANN U, ZEMP E (Eds), Handbook of Transdisciplinary Research, (Springer, Berlin, 2008). — 40. CLEMENTE M, Psicología Social Aplicada, (Eudema, Madrid, 1992). — 41. BARTEN F, Saude debate, 36 (2012) 94, DOI: 10.1590/S0103-11042012000300005. — 42. ALMEIDA FILHO N, RAP, 6 (2000) 34.

*N. Carceller-Maicas*

*Rovira i Virgili University, Campus Catalunya, Department of Anthropology, Philosophy and Social Work, Catalunya 35, 43002 Tarragona, Spain  
e-mail: natalia.carceller@urv.cat*

## **DIJELJENJE MUDROSTI I OBOGAĆIVANJE ZNANJA: RAD U TRANSDISCIPLINARNOM ISTRAŽIVAČKOM TIMU MEDICINSKE ANTROPOLOGIJE**

### **SAŽETAK**

Ovaj članak objašnjava naše iskustvo rada u transdisciplinarnom istraživačkom timu usmjerenom na mentalno zdravlje u adolescenciji. Ukratko uvodi dvija ključna teorijska koncepta: sudjelovanje i transdisciplinarnost. Stvoreni su vodič za najbolje prakse mentalnog zdravlja u adolescenciji i dokumentarni film, u svrhu dubljeg opisa metodologije i stvaranja dva glavna materijala koji proizlaze iz našeg istraživanja. Prikazujemo na praktičan način kako se istraživanje može poboljšati dijeljenjem znanja.



# **Publicación 9: Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y profesionales.**

Carceller-Maicas, N.; Puig Cruells, C.; Vega Monteagudo, C.; y Martínez-Hernández, A. (2013). *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y profesionales*. Colección Antropología Mèdica, nº14. Publicacions URV.



# 14



## Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes



### Colección Antropología Mèdica

1. *Migraciones y salud*, varios autores  
Josep M. Comelles, Xavier Allué, Mariola Bernal,  
José Fernández-Rufete, Laura Mascarella (comps.)
2. *Antropología y enfermería*, varios autores  
Maria Antonia Martorell, Josep M. Comelles,  
Mariola Bernal (eds.)
3. *Medicina, màgia i religió*, W. H. R. Rivers  
Àngel Martínez Hernáez (ed.), Chris Scott-Tennent (coord.)
4. *Of Bodies and Symptoms*, varios autores  
Sylvie Fainzang et Claudie Haxaire (ed.)
5. *Mejor dejarlo tranquilo*, Rimke van der Geest  
Lourdes Márquez Blázquez (trad.)
6. *Tro ressonant*, Paul Radin (ed.)  
Àngel Martínez Hernáez (ed. cat.)
7. *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinares*, varios autores  
Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
8. *Nasci na família errada*, Cristina Larrea Killinger
9. *Pobres joves grassos. Obesitat i itineraris juvenils a Catalunya*  
Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
10. *Mujeres (in)visibles: género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*  
Sara Pérez-Gil Romo y Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
11. *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria*  
Àngel Martínez-Hernáez, Lina Masa, Susan M. DiGiacomo (eds.)
12. *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*  
Oriol Romani (ed.)
13. *Jóvenes, desigualdades y salud*  
Oriol Romani y Lina Casadó (eds.)



# Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes

Resultados de un proyecto participativo  
con jóvenes y profesionales

Coordinación de

Natàlia Carceller-Maicas

Carmina Puig Cruells

Carme Vega Monteagudo

Àngel Martínez-Hernández



Tarragona, 2013

Edita:

Publicacions URV

1.ª edición: Diciembre de 2013

ISBN: 978-84-695-9171-0

Depósito legal: T-1520-2013

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili

Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona

Tel. 977 558 474

[www.publicacionsurv.cat](http://www.publicacionsurv.cat)

[publicacions@urv.cat](mailto:publicacions@urv.cat)

El blog de la colección:

<http://librosantropologiamedica.blogspot.com/>

Consejo editorial:

Xavier Allué (URV)

Josep Canals (UB)

Josep M. Comelles (URV)

Susan DiGiacomo (URV)

Mabel Gracia (URV)

Àngel Martínez Hernaez (URV)

Enrique Perdiguero (UMH)

Oriol Romaní (URV)

Esta obra está bajo una licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

¶ Esta editorial es miembro de la Xarxa Vives y de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

## SUMARIO

Lista de siglas.....	6
Introducción.....	9
1. Promoción y prevención de la salud .....	15
2. Normalización y desestigmatización.....	19
3. Formación (en adolescencia y salud mental).....	25
4. Coordinación y trabajo en red.....	31
5. Accesibilidad .....	39
6. Planificación, organización .....	47
y programación del servicio.....	47
7. Calidad de la comunicación .....	55
8. Atención clínica.....	59
9. Participación .....	69
10. Investigación.....	73
Bibliografía.....	77
Índice sistemático.....	79

#### LISTA DE SIGLAS

CAP: Centro de Atención Primaria en Salud

CESMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

CRAE: Centro Residencial de Acción Educativa

CREI: Centro Residencial de Educación Intensiva

EAlA: Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia

EAP: Equipo de Atención Psicopedagógica

*Miembros del equipo  
de investigación*

Àngel Martínez Hernáez  
Susan DiGiacomo  
Maria Antonia Martorell Poveda  
Márcio Mariath Belloc  
Nabil Sayed Ahmed-Beirut  
Carlotta Bagaglia  
Carmen Vega Monteagudo  
Josep Moya Ollé  
Carmina Puig Cruells  
Natàlia Lledó Carceller Maicas  
Tullio Seppilli  
Martín Correa Urquiza  
Arturo Márquez  
Eva Marxen  
Karol Veiga

*Participantes*

Alba Vilamala Plana  
Jean-Paul Fannes Claverol  
Edgar Claveria  
Juan Rache Lidón  
Tania Johsson Reyes  
Bernat Garcia de Anta  
Josep Moya Ollé  
Jordi Marfà Vallverdú  
Maite Morato  
Jordi Muntané  
Lisbeth Cedeño González  
Susan DiGiacomo  
Martín Correa-Urquiza  
Leticia Medeiros Ferreira  
Maria Cristina Carvalho da Silva

*Revisores externos*

Nabil Sayed Ahmad Beirut  
Izabel Passos

*Proyectos y financiación*

Este documento ha sido elaborado en el marco del proyecto «The emotional distress of adolescents: lifestyles, mental health, and lay strategies used in managing adversity», financiado por la Fundació La Marató TV3 (código del proyecto: 090730) y por el Ministerio de Ciencia e Innovación, Gobierno de España (código del proyecto: CSO2009-08432). El desarrollo de esta guía ha supuesto también la elaboración de un documental titulado «Adolescències. Crisi, malestar i creixement». Depósito legal: T-325-2013. Enlace: <<http://antropologia.urv.es/adolescentes/>>

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

POR MÍ MISMO SALDRÉ ADELANTE. PERCEPCIONES, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS EN TORNO A LOS

Natalia Lledo Carceller Maicas

## INTRODUCCIÓN

El texto que el lector tiene en sus manos es una guía de buenas prácticas para la atención de los problemas psicoemocionales de los adolescentes y jóvenes. La razón práctica de su elaboración es la infrautilización de los servicios profesionales por parte de este grupo de edad ante situaciones de depresión y ansiedad, principalmente; aunque también ante los malestares propios del ciclo vital. La razón más teórica, sin embargo, trasciende el objetivo específico para delinear un modo de investigación-participación propio de la salud mental colectiva.

A pesar de la diversidad de definiciones, denotaciones y connotaciones de un concepto como el de «salud mental colectiva», podemos estar de acuerdo en que esta noción incorpora el desarrollo de pautas y formas de trabajo tanto en el ámbito de la investigación como en el de la atención y la gestión que permiten una mayor participación de la ciudadanía. Supone también entender la salud mental como una producción biosocial y, por lo tanto, no únicamente psicobiológica, puesto que un trastorno, un síndrome o una enfermedad no es lo que es o creemos que es en términos biológicos y psicológicos, sino lo que la gente hace con él, cómo lo gestiona y lo (re)produce y cómo lo significa, resignifica y afronta.

La propia elaboración de esta guía ha sido coherente con esta orientación teórico-metodológica. Investigadores, profesionales de la salud mental y jóvenes han debatido sobre las causas de la infrautilización de los servicios profesionales por parte de los adolescentes, y han mostrado que este fenómeno tan específico condensa un universo de factores como la organización de los servicios, el mundo vital de los jóvenes, el estigma, la desinformación y el conflicto de expectativas entre potenciales usuarios y profesionales, entre muchos otros. Es, por lo tanto, un texto resultado de un trabajo y reflexión colectivos que se quiere dar a conocer, pero que sobre todo invita a la reflexión como instrumento de mejora. No debe entenderse ni como un manual que ofrece recetas basadas en supuestas evidencias ni como una obra cerrada. Es una invitación a pensar nuestras prácticas y, sobre todo, a nosotros mismos.

### *Justificación*

La adolescencia y la juventud son etapas vitales que resultan cruciales en el desarrollo hacia la vida adulta. Son momentos de conocimiento, experimentación, crecimiento y reflexión en los que se cuestiona cómo se quiere ser y qué se quiere hacer en la vida, y cuándo se incorporan hábitos que se instauran en los patrones de conducta. Promover actitudes favorables para la consecución de hábitos saludables tanto físicos como psíquicos resulta, por lo tanto, clave para lograr una salud integral óptima. Dichas actitudes hacen referencia a incorporar prácticas de autoatención diaria tales como realizar deporte, tener una dieta sana y equilibrada y conocer y manejar herramientas adecuadas de gestión del malestar psicoemocional, así como disponer de la información necesaria para demandar ayuda profesional.

Según sabemos, la salud de los adolescentes muestra algunas paradojas. Por una parte, los problemas de salud física muestran una baja incidencia y prevalencia en este grupo de edad. Incluso se habla de que la adolescencia supone una «ecualización» o amortiguación de los efectos de las desigualdades sociales en la salud física, actuando así de forma protectora. Por otra, sin embargo, los datos indican una presencia preocupante de problemas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los problemas de salud mental de los adolescentes, destacan los malestares y trastornos del espectro depresivo-ansioso, que muestran una prevalencia del 4% entre los 12 y los 17 años, y del 9% a los 18 años (Martínez-Hernández y Muñoz García, 2010). Según datos de la OMS (OMS, 2004), la depresión y los malestares asociados han aumentado en los últimos años, conformando lo que se ha definido como «era de la depresión». De hecho, se prevé que en el horizonte de 2020 la depresión será la segunda enfermedad o disfunción más prevalente en el mundo.

A pesar de que las cifras de prevalencia de síntomas y cuadros depresivo-ansiosos van en aumento, los adolescentes constituyen el grupo de edad que con menor frecuencia recibe atención en los sistemas de salud por este motivo. Diversas investigaciones realizadas con adolescentes revelan que solo un tercio de los adolescentes que padecen algún tipo de malestar depresivo-ansioso demanda asistencia profesional. La escasa utilización de la atención profesional parece ser



una constante en este grupo de edad, lo que genera un problema de prevención en salud mental en muchos países.

En la literatura existente se ha evidenciado la presencia de diversos motivos que refuerzan la infrutilización de estos dispositivos por parte de los adolescentes. En primer lugar, la evitación se produce con mayor frecuencia entre los chicos en comparación con las adolescentes, y algunas de las causas están asociadas con un alto grado de autoconfianza para resolver los propios problemas, la existencia de una mala experiencia con los servicios de salud y salud mental, el miedo al estigma asociado con los trastornos mentales, la vergüenza, la dificultad de expresar las emociones, la preferencia por formas de atención alternativas en la propia red social y la falta de adaptación de los servicios de salud a las necesidades y los estilos de vida de este grupo de edad.

En este marco nos planteamos el desarrollo de esta guía con el objetivo de dar cuenta de las causas y circunstancias psicosociales, sistémicas, culturales y relacionales que influyen en la escasa utilización de los servicios profesionales por parte de los adolescentes. Entendemos que conocer y visibilizar estos factores puede resultar de utilidad para promover un abordaje holístico, multirrelacional y multidisciplinar que dé a conocer las narrativas y visiones de los «potenciales usuarios» y que aporte, de este modo, una mejor comprensión del fenómeno y una potenciación de las soluciones.

### *Objetivo general*

Esta guía de buenas prácticas ha sido elaborada con la intención de ser una herramienta que permita, tanto a los dispositivos en sí mismos como a los profesionales de la salud y de la educación que trabajan con adolescentes y jóvenes, conocer algunas de las barreras que dificultan la utilización de los dispositivos de salud mental por parte de los jóvenes y establecer pautas y recomendaciones para tratar de minimizarlas.

### *Modo de empleo de la guía*

La guía está conformada por diez puntos temáticos clave que han sido identificados en el análisis y la investigación del fenómeno de

la infrautilización de los servicios profesionales de salud mental por los adolescentes y jóvenes catalanes. El orden en que dichos puntos aparecen en la guía responde a una lógica que parte de los aspectos más generales para orientarse con posterioridad a los más específicos.

Cada uno de los puntos está compuesto por una serie de subpartados que permiten al lector realizar una inmersión en el tema, a la vez que reflexionar y autoevaluar las propias prácticas, así como pensar en algunas mejoras posibles de estas. El modo en que la guía puede ser empleada depende enteramente del lector, pudiendo realizarse una lectura completa del documento de inicio a fin, o bien otra selectiva y focalizada en puntos específicos.

La estructura seguida en la construcción, el diseño y la redacción del presente documento responde a una concepción práctica que pretende favorecer que los profesionales puedan realizar un uso ágil que les permita acceder a la información de un modo ameno y que se ajuste a sus diversas necesidades e intereses.

### *Metodología*

La metodología utilizada para la creación de esta guía ha sido de índole participativa, teniéndose presentes las visiones y experiencias tanto de los profesionales como de los potenciales usuarios de los servicios de atención en salud mental infanto-juvenil. Se ha pretendido de este modo dar una visión lo más integrada posible.

La investigación que da origen a la presente guía —«Los malestares de los adolescentes»— fue aprobada y cofinanciada por el Ministerio de Ciencia e Innovación y la Fundació La Marató de TV3 (investigación biomédica). La muestra de jóvenes participantes fue reclutada del Panel de Familias e Infancia (PFI), un estudio sociológico longitudinal en cuatro oleadas diseñado por el Institut d'Infància i Món Urbà (CIIMU) (Institut d'Infància i Món Urbà, 2012; Julià *et alii*, 2012; Martínez-Hernández *et alii*, 2012). La citada investigación se inició en 2006 con una muestra representativa de 3.004 adolescentes residentes en Cataluña nacidos entre los años 1990 y 1993, ambos incluidos, y fue incorporando nuevas cohortes cada año.

A partir de dicha muestra general se seleccionó una submuestra de 105 jóvenes para realizar un estudio en profundidad mediante entrevistas semiestructuradas de tipo cualitativo con el objetivo de

explorar las estrategias de los jóvenes para afrontar el malestar de tipo depresivo, incluyendo el uso y/o evitación de los servicios. Debemos decir que nos interesó la visión general de los jóvenes y no solo la de aquellos que habían mostrado un malestar previo en las entrevistas anteriores realizadas en el PFI. Adicionalmente, los participantes en esta investigación respondieron a algunos instrumentos validados como la escala MISS (Manheim Interview on Social Support) (Vázquez y García-Bóveda, 1997), la BDI-II (BECK-II Depression Inventory) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) o el *screening* de la GHQ (General Health Questionnaire) (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988; Monton, Pérez, Campos, García y Lobo, 1993; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2011) para depresión y ansiedad.

Posteriormente se realizaron tres grupos focales con jóvenes que habían sido previamente entrevistados (entre cuatro y ocho participantes en cada grupo), un grupo focal con profesionales del campo sanitario provenientes de la psicología, la psiquiatría, la enfermería y el trabajo social (seis participantes), y un grupo de discusión mixto integrado por jóvenes y profesionales (doce participantes, seis jóvenes y seis profesionales). El propósito de los grupos fue triangular y valorar la información cualitativa resultado de la investigación, así como analizar conjuntamente el fenómeno, detectando las barreras existentes y proponiendo conjuntamente recomendaciones para lograr superarlas. Esta guía ha sido construida contando con las aportaciones, supervisiones y evaluaciones de todos los integrantes del proceso: jóvenes, profesionales e investigadores.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

POR MÍ MISMO SALDRÉ ADELANTE. PERCEPCIONES, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS EN TORNO A LOS

Natalia Lledo Carceller Maicas

## 1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

### *Definición*

La promoción de la salud condensa el conjunto de actividades cuyo objetivo es incrementar y mejorar las condiciones de salud de la población. Se sirve de la participación de las comunidades y personas involucradas en el proceso, y las capacita para aumentar así su dominio y conocimiento sobre los determinantes psicosociales de la salud y, especialmente en este caso, de la salud mental. Mediante las estrategias de prevención se busca dar a conocer los factores de riesgo y los factores de protección que influyen en la salud mental de jóvenes y adolescentes, pretendiendo en última instancia minimizar los riesgos y mejorar la salud. La OMS planteó la importancia de la promoción de la salud en la Carta de Ottawa en 1986 a la vez que se definieron las áreas de acción prioritarias para incidir en la mejora de la salud de las personas y las comunidades. Desde entonces, las diversas conferencias sobre promoción de la salud —la última en 2013 en Helsinki— han desarrollado numerosas políticas y estrategias orientadas a capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren.

### *Justificación*

La adolescencia es una etapa de cambios en la que tanto los individuos como sus familiares han de ir adaptándose a las variaciones que van surgiendo. Se dan gran cantidad de factores estresantes relativos a cambios físicos, sociales, emocionales..., en los que el joven ha de ir resituándose continuamente. Las organizaciones dedicadas al trabajo con el colectivo de jóvenes y adolescentes, los centros escolares, así como el ámbito familiar, son puntos de crucial importancia donde la promoción y prevención de la salud mental de los jóvenes y adolescentes tienen un mayor peso y pueden ser más efectivas.

### *Barreras detectadas*

- Falta de acciones preventivas coordinadas entre los distintos dispositivos y centros de salud dedicados a la atención a adolescentes y jóvenes.
- Ausencia de labor conjunta entre familias y dispositivos de atención a la juventud.
- No existe participación activa ni de las familias ni de los adolescentes en las labores de promoción y prevención de la salud mental.

### *Recomendaciones*

- Promover la creación de acciones preventivas por parte de los dispositivos y centros de atención en salud a jóvenes y adolescentes.
- Fomentar la coordinación entre los centros sanitarios dedicados a la atención y el tratamiento de adolescentes y jóvenes para desarrollar acciones de promoción y prevención conjuntas que fomenten así la cohesión y sean más efectivas.
- Reforzar y promover el trabajo en red entre los diferentes y variados dispositivos de atención sanitaria y los propios destinatarios y sus familias. Crear una red sólida y fuerte posibilitará la creación de nuevas conexiones y las fortalecerá, repercutiendo en acciones preventivas más adecuadas a las necesidades de los destinatarios.
- Impulsar la participación activa de las familias y los jóvenes y adolescentes en las estrategias de promoción y prevención de la salud mental, lo que fomentará una visión más positiva de la salud mental y minimizará el miedo al estigma.
- Fomentar la creación de asociaciones de familiares.

A lo largo de los diferentes puntos temáticos de la presente guía, el lector encontrará sugerencias prácticas de actividades que le ayudarán a concretar estas recomendaciones de carácter más general.

### *Preguntas para la autoevaluación*

- ¿Se fomentan desde el dispositivo / centro de atención acciones de promoción y prevención de la salud mental dirigidas al colectivo de adolescentes y jóvenes y sus familias?
- ¿Existen acciones conjuntas en las que se trabaje con los distintos centros que trabajan con el colectivo de jóvenes y adolescentes en materia de prevención en la salud mental?
- ¿Se fomenta de algún modo la cohesión y el fortalecimiento de las redes de atención sanitaria a jóvenes y adolescentes?
- ¿Se cuenta con las opiniones, la participación y la colaboración de jóvenes y sus familias en las estrategias de prevención y promoción?
- ¿Se fomenta de algún modo la participación activa de jóvenes y familiares en materia de prevención y promoción de la salud mental juvenil?
- ¿Cómo se concreta dicha participación?

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

POR MÍ MISMO SALDRÉ ADELANTE. PERCEPCIONES, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS EN TORNO A LOS

Natalia Lledo Carceller Maicas



## 2. NORMALIZACIÓN Y DESESTIGMATIZACIÓN

### *Definición*

La normalización es el proceso mediante el cual una situación, circunstancia o acto considerado extraño, infrecuente o poco habitual pasa a ser considerado dentro de los límites de lo normativo, habitual y frecuente. Los malestares y problemas relacionados con la salud mental han sido por lo general excluidos de la normalidad. Este hecho conlleva que las personas con padecimientos de esta índole sean tratadas de distinto modo que si tuvieran una dolencia de tipo físico. Sobre la base de las investigaciones y los datos epidemiológicos existentes se observa que los malestares y los problemas mentales son mucho más frecuentes de lo que la población general considera.

Toda persona pasa por momentos de crisis a lo largo de su ciclo vital, los cuales, en función de los determinantes y condicionantes sociales, culturales, físicos, económicos y familiares que la rodean, se configurarán como crisis vitales patológicas o bien como simples crisis de aprendizaje en nuestro proceso evolutivo y madurativo.

Considerar estos malestares como anormales lleva consigo la carga de cierto estigma social y autoestigma, que marca el pronóstico y el recorrido de la persona afectada y de sus allegados.

### *Justificación*

Desvincular malestar emocional y problemas psicoemocionales de anormalidad es un tema prioritario. La consideración de estos sucesos como parte integrante del proceso vital del individuo es necesaria para romper el estigma vinculado a estos. Todos sufrimos, todos tenemos mejores y peores épocas, la diferencia recae en cómo las afrontamos y los mecanismos que tenemos a nuestro alcance para poder enfrentarlas y superarlas, y así aprender y enriquecernos de la experiencia.

Muchas veces la estigmatización es la causa de que personas con malestares eviten acudir a pedir ayuda por miedo a que los demás descubran que han acudido a un dispositivo especializado y las tachen

## 20 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

o etiqueten de enfermos mentales el resto de su vida. Esta presión y esta importancia del «qué dirán» son mayores si cabe en la etapa adolescente, en la que las relaciones entre iguales tienen un papel de gran importancia para la conformación de la identidad y del individuo dentro del grupo.

Desmitificar estas dolencias permitirá fomentar la demanda de atención especializada, al estar desprovista de las connotaciones de rareza, marginalidad, patologización y exclusión.

*Barreras detectadas*

- Consideración de los malestares y problemas psicoemocionales como anormales y poco frecuentes.
- Fuerte estigma asociado a los malestares en salud mental.
- Patologización de la atención en salud mental.
- Vinculación de malestar emocional y locura.
- Creencia de que los malestares mentales son crónicos.
- Creencia de que los malestares mentales son incapacitantes.
- Pérdida de autonomía y dignidad vinculada a la demanda de atención profesional en salud mental.
- Miedo a las opiniones y reacciones de la sociedad, la familia y los amigos.
- Falta de conocimiento sobre los malestares emocionales frecuentes en la adolescencia y juventud, su pronóstico, tratamiento y atención.

*Recomendaciones*

- Realizar campañas de normalización en los medios de comunicación: radio, televisión, prensa, Internet, redes sociales, etc.
- Impartir charlas sobre salud mental a adolescentes y jóvenes, familias y profesionales del ámbito no sanitario para romper tópicos.

- Realizar talleres con el objetivo de desestigmatizar y normalizar los problemas de salud mental en las escuelas, los institutos y demás centros que trabajan con adolescentes y jóvenes.
- Trabajar en las clases de tutoría sobre malestares en infancia, adolescencia y juventud, y el acceso a los servicios profesionales para encontrar ayuda.
- Incluir charlas sobre esta temática dentro del ciclo de charlas informativas que se ofrecen en los institutos que sean impartidas por profesionales especializados no pertenecientes al centro escolar.
- Crear material didáctico práctico y participativo pensado para trabajarse en horario de tutorías en los centros escolares, donde los adolescentes y jóvenes puedan informarse, aprender y debatir sobre estas temáticas, fomentando así la normalización y la cohesión del grupo de iguales.
- Crear grupos de debate cultural críticos con el estigma y las actitudes de exclusión por problemas en salud mental.

INFORMACIÓN A TRANSMITIR EN LAS CHARLAS, LOS TALLERES  
Y LAS CAMPAÑAS DE NORMALIZACIÓN Y DESESTIGMATIZACIÓN

- Habilidades de comunicación.
- Información sobre las patologías, los trastornos y los síndromes.
- Historia de la salud mental (para informar del porqué existe esta estigmatización).
- La idea de que solicitar ayuda psicológica a esas edades no solo no es un estigma, sino que es cuidar la salud mental, la cual requiere tanto cuidado o más que la salud física.
- La información ha de estar adaptada a la realidad concreta de la población, barrio, cultura, etc.
- La idea de que un adolescente puede manifestar cambios conductuales que no necesariamente se deban a un trastorno mental. A menudo pueden ser la respuesta del adolescente a una situación de crisis personal o familiar.

## 22 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

- Diferenciación entre crisis evolutivas y crisis patológicas, remarcando la normalización y prevención.

## DINÁMICAS MÁS ADECUADAS PARA FOMENTAR UNA BUENA ACOGIDA

## Y LLEGAR MEJOR A LOS DIFERENTES COLECTIVOS

- Llevar a cabo dinámicas acordadas de conformidad con los distintos estamentos implicados para valorar la necesidad de dicha implantación e integrarlas dentro de otros planes formativos que ya reciben familias, adolescentes y profesores.
- Realizar dinámicas grupales que empleen metodología participativa e involucren, por lo tanto, a los destinatarios de la información de forma activa.
- Llevar a cabo sesiones interactivas.
- Emplear juegos psicoeducativos.
- Desmitificar, a partir de un análisis de las noticias, series, películas, etc., el contenido sensacionalista que se transmite sobre los malestares y las enfermedades mentales.
- Utilizar la técnica del *role-playing* para simular situaciones de conflicto y analizar las respuestas de los actores implicados.

## DURACIÓN, FRECUENCIA Y ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- Se deben crear en función de los acuerdos a que se lleguen con las personas implicadas. Han de adaptarse al colectivo al que van dirigidas tanto en la forma como en el contenido, la duración y la ubicación.
- Pueden realizarse monográficos, talleres insertados dentro del currículo académico de los centros escolares que se desarrollen a lo largo del curso escolar, charlas puntuales, etc., en función del lugar donde deseen hacerse y del tipo de actuación que se quiera desarrollar.
- En sesiones de hora y media o dos horas. Tandas de un número determinado de sesiones, con un intervalo no superior a los quince días que permita así seguir el hilo de la temática y no tener que volver a resituar a los destinatarios en la materia de una sesión a otra.

### *Preguntas para la autoevaluación*

- ¿Se realiza desde la institución actualmente alguna actuación dirigida a promover la normalización y desestigmatización?
- ¿Se ofertan desde la institución charlas y talleres o se realizan campañas o panfletos informativos encaminados a romper y acabar con el estigma?
- ¿Qué tipo de actuaciones podrían realizarse desde el dispositivo para luchar contra el estigma?
- ¿Se dispone de los medios necesarios para realizar actuaciones en materia de normalización y desestigmatización?
- ¿Se percibe desde el dispositivo el estigma y/o el miedo a este en jóvenes y familiares? Si es así, ¿cómo se aborda y se trabaja?

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

POR MÍ MISMO SALDRÉ ADELANTE. PERCEPCIONES, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS EN TORNO A LOS

Natalia Lledo Carceller Maicas

### 3. FORMACIÓN (EN ADOLESCENCIA Y SALUD MENTAL)

#### *Definición*

La formación es uno de los pilares básicos para lograr disponer de una atención en salud mental de calidad que permita, tanto a los profesionales de atención como a los perceptores y al resto de entidades, colectivos y personas implicados en el proceso, conocer las características, las necesidades, las herramientas y los dispositivos que entran en juego en la atención a la salud mental en jóvenes y adolescentes.

Los diferentes dispositivos y profesionales que proporcionan atención tienen una amplia formación específica en materia de salud mental, así como una amplia y reconocida experiencia, pero a pesar de esto es necesario contar con conocimientos sobre las particularidades de los colectivos específicos a los que va destinada esta atención. Para ofrecer una atención de calidad es necesario conocer las características y particularidades del colectivo al que va dirigido el servicio, puesto que no todas las etapas vitales son iguales ni los acontecimientos, vivencias, problemas y necesidades son los mismos.

#### *Justificación*

Se considera necesario proporcionar a los profesionales una formación específica, adecuada y de calidad sobre la etapa vital «adolescencia-juventud». Dicha formación permitirá que el profesional pueda comprender mejor la experiencia del paciente, mejorando la atención y la calidad de esta. Las conductas, los problemas y las situaciones que en cualquier otra etapa de la vida no devienen cruciales han de ser tenidos en cuenta especialmente en esta etapa, llena de cambios, reconstrucciones y readaptaciones en la que los jóvenes han de ir adaptándose continuamente.

La formación sobre las particularidades de la salud mental en la adolescencia y la juventud es necesaria no solo para los profesionales de la salud mental, sino también para el resto de actores sociales como componentes del proceso evolutivo de los individuos. La formación debería plantearse de manera interdisciplinar, potenciando así el in-

tercambio y el encuentro entre profesionales. Así pues, la formación debería ir dirigida a cuatro destinatarios principales y diferenciados:

1. Profesionales sanitarios
2. Profesionales de la educación (trabajadores sociales, educadores sociales, profesores, etc.)
3. Familias
4. Adolescentes-jóvenes

Entender y atender el malestar tiene una función no solo de alivio, sino también de prevención. Problemáticas como la tristeza, la angustia, el consumo de sustancias tóxicas o el acoso escolar son todas ellas tributarias de una escucha atenta que debe empezar en el núcleo familiar y escolar y, si es preciso, continuar en los dispositivos de salud. Así, es necesario involucrar a todos los agentes implicados.

#### *Barreras detectadas*

- Falta de conocimiento por parte de los adultos de las necesidades, las vivencias, los problemas y las herramientas de los adolescentes y jóvenes.
- Tendencia de los adultos a desvalorizar los conocimientos de los propios adolescentes sobre sus malestares.
- Tendencia de los adultos a problematizar sucesos vitales típicos del proceso de cambio de la etapa evolutiva.
- Infravalorar y considerar exageradas las angustias y los malestares de los adolescentes sobre ciertas temáticas y vivencias que para los afectados son de crucial importancia y constituyen crisis vitales.
- Visión de los adolescentes y jóvenes como extraños, raros e incomprensibles. Falta de conocimiento sobre los cambios que acontecen durante esta etapa vital.
- Desconocimiento de qué es lo normal y qué es lo patológico en estas etapas.
- Ausencia de la voz, visión y vivencia de los jóvenes/adolescentes sobre el malestar emocional y la falta de reconocimiento de dicho discurso como válido y pertinente.



- Tendencia a analizar los malestares y las angustias de adolescentes y jóvenes desde la visión del mundo adulto. Carencia de empatía.
- Déficit de herramientas de gestión de dichos malestares por parte de adolescentes/jóvenes y sus familias.
- Falta de formación del personal del ámbito educativo sobre atención y gestión de malestares emocionales habituales no patológicos en adolescencia y juventud.
- Ausencia de información y formación sobre adolescencia y juventud y sus características específicas tanto en la población general como en los profesionales sanitarios (médicos y no médicos).
- Falta de comprensión de la importancia del grupo de iguales para el desarrollo, la socialización y la individuación del adolescente/joven, y el consiguiente choque con la familia, el entorno educativo y el mundo adulto en general.

### *Recomendaciones*

- Realizar cursos, charlas y talleres en institutos, centros cívicos, centros de salud, etc., dirigidos a la población general.
- Integrar a los propios adolescentes y jóvenes en los procesos de formación, contando con su saber y experiencia.
- Crear y difundir material formativo e informativo sobre las particularidades de la adolescencia: normalidad-patologización.
- Concienciar a todos los agentes implicados de que una intervención a tiempo previene posibles trastornos mentales en la edad adulta.
- Realizar cursos y formación para profesionales en cuyo diseño y desarrollo participen usuarios (adolescentes y jóvenes) que expongan su propia experiencia.
- Formar a las familias sobre la adolescencia y juventud mediante pequeñas charlas o talleres prácticos que fomenten el entendimiento y la comprensión de esta etapa evolutiva.

## 28 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

- Implementar talleres y cursos de formación conjunta en los que participen tanto los adolescentes y jóvenes como sus familiares para crear un clima de aprendizaje compartido en el que los actores se nutran de las múltiples visiones y perspectivas y se posibilite un mayor entendimiento.
- Dotar de herramientas de gestión y afrontamiento del malestar a adolescentes, jóvenes y familias para facilitar el manejo de los problemas cotidianos que no necesitan de atención sanitaria especializada.
- Formar a maestros, pedagogos y demás personal del mundo educativo en temas de adolescencia y juventud, de forma que puedan implicarse en la ayuda y atención al colectivo en momentos de crisis en los que no sea necesaria atención sanitaria especializada.
- La formación continua de los profesionales de la atención sanitaria sobre adolescencia y juventud, tanto médicos como el resto de personal que trabaja en dichos dispositivos (enfermería, trabajo social, auxiliares, etc.), debe entenderse como uno de los principios básicos para asegurar su calidad.
- Las direcciones de los servicios deberían priorizar una formación de sus profesionales en materia de salud mental infanto-juvenil que les permita un abordaje tanto clínico como psicosocial. La mejora del aprovechamiento de la atención desarrollada debe apoyarse en procesos de formación, intercambio de experiencias, supervisión, reflexión y propuesta de innovaciones.
- Se debe enfatizar la necesidad de que los servicios y sus profesionales revisen sus prácticas y sus procedimientos. Es necesario garantizar la supervisión externa como espacio de formación y renovación. El objetivo es revisar el quehacer profesional, los sentimientos que lo acompañan, así como contrastar los marcos teóricos con la práctica teórica de los profesionales a partir de la reflexión sistemática sin cumplir funciones de control (Puig, 2011).

## MATERIAS A IMPARTIR Y TRATAR EN LA FORMACIÓN

- Temáticas generales para la formación de familias, adolescentes y jóvenes y profesionales tanto de ámbitos sanitarios como no sanitarios:
  - Aspectos psicomadurativos de los adolescentes.
  - Trastornos emocionales frecuentes en esta etapa.
  - Definición del malestar de los adolescentes, cómo identificarlo y cómo valorar su importancia y posibles causas.
  - Servicios de ayuda y consejo existentes, dónde se encuentran, quién puede acceder a ellos, cómo se puede acceder a ellos.
  - Información sobre requerimientos administrativos.
  - Información sobre los distintos tipos de profesionales existentes, diferencias que los caracterizan y especificidades de cada uno de ellos, indicando para qué problemas o finalidades son más idóneos cada uno de ellos.
  - Formación en el ámbito de la comunicación interpersonal, promoviendo una comunicación horizontal no paternalista que reconozca al adolescente/joven como un igual.
  - Explicación de la estructura de la red sanitaria dentro de la salud mental.
- Temáticas específicas dirigidas a profesionales de ámbitos socio-sanitarios:
- Formación sobre particularidades y problemáticas adolescentes, valoración de la gravedad, los riesgos y los tratamientos.
- Formación específica sobre cómo realizar la entrevista, con especial énfasis en la escucha y la capacidad de establecer un vínculo adecuado de ayuda.
- Formación en el ámbito de la comunicación interpersonal dentro de consulta.
- Atención a las necesidades de los padres en su relación con sus hijos y viceversa.

### 30 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

#### *Preguntas para la autoevaluación*

- ¿Se realizan en la institución cursos de formación para los trabajadores sobre adolescencia y juventud y salud mental?
- ¿La institución oferta o imparte cursos o talleres sobre salud mental en adolescencia y juventud dirigidos a otros dispositivos de la red sanitaria?
- ¿La institución oferta o imparte cursos o talleres sobre salud mental en adolescencia y juventud dirigidos a centros escolares, asociaciones de padres y madres, centros cívicos, centros juveniles, etc.?
- ¿Se tienen en cuenta dentro de la formación del centro módulos específicos sobre adolescencia y juventud?
- ¿Existe alguna herramienta o algún método para evaluar los conocimientos que poseen los trabajadores del dispositivo sobre adolescencia y juventud y su correcta atención en materia de salud?

#### 4. COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED

##### *Definición*

Trabajar teniendo presente los estilos colaborativos fomenta el proceso de aprendizaje, el cual deviene el único proceso capaz de desencadenar la conversión del conocimiento individual en conocimiento colectivo. La riqueza de conocimientos que maneja una entidad, un dispositivo o un centro de atención especializado es limitada y se estanca si no comparte sus saberes y se nutre de otras fuentes. La coordinación y el trabajo en red permiten poner sobre la mesa todo un amplio abanico de conocimientos, puntos de vista y estrategias de actuación multidisciplinares que favorecen el aprendizaje y la visión de los adolescentes y jóvenes y su salud mental como un todo mucho más amplio teniendo en consideración la gran variedad de variables que intervienen. Así pues, el aprendizaje es entendido como el motor de cambio basado en la gestión de contenidos, espacios, tiempos y recursos para conseguir una finalidad, en este caso una mejor salud mental. La coordinación en el ámbito de la atención psicosocial constituye un instrumento esencial.

La coordinación se refiere a la articulación de servicios y programas existentes, que se tienen que organizar para favorecer la continuidad de la atención a las personas de manera integral, tanto dentro del propio sistema sanitario como en su relación exterior con otros sistemas, por ejemplo programas municipales u otros programas de las comunidades autónomas.

Por otro lado, hay que señalar que la coordinación excede a la propia atención desde el *propio* servicio, ya que esta normalmente debe darse fuera o en colaboración con otros sistemas públicos o privados. Coordinarse, pues, hace siempre referencia a un ámbito más general que el existente entre los propios servicios.

### *Justificación*

Los profesionales pueden tener iniciativas y establecer circuitos y sistemas propios de la coordinación sanitaria con aquellos servicios que mantienen más relaciones de resultados de la actividad desarrollada. Por lo tanto, los profesionales son parte activa del sistema de coordinación.

La creación de redes, alianzas y coordinaciones entre los diferentes dispositivos que trabajan desde distintas perspectivas con los adolescentes y jóvenes permite obtener una visión más exhaustiva del fenómeno y fomenta el aprendizaje multidisciplinar al nutrirse del vasto conocimiento de los diferentes profesionales y sus variadas aproximaciones. Al realizarse un abordaje parcializado, muchos espacios quedan en el vacío y es posible que muchos jóvenes sean, o bien atendidos parcialmente, o bien no lleguen nunca a obtener atención.

El abordaje integral e interdisciplinar de la salud mental en la juventud-adolescencia permitirá satisfacer las necesidades de nuestros jóvenes sin descuidar aspectos que, si no se fomenta el trabajo conjunto, coordinado y colaborativo entre entidades y centros de atención, pueden quedar desatendidos y acabar siendo carencias que repercutan en una peor salud mental. El fomento de una atención coordinada que integre los ámbitos sociales, físicos, mentales, escolares, laborales y de ocio de los adolescentes repercutirá en la consecución de una mejor salud mental en este colectivo.

### *Barreras detectadas*

- Falta de coordinación entre los dispositivos de atención a jóvenes y adolescentes.
- Ausencia de atención integral que involucre todos los dispositivos de atención existentes.
- Fragmentación de la atención a jóvenes y adolescentes en materia de salud mental; lo físico, psíquico, familiar y social se conciben como compartimentos estancos y separados unos de otros.
- Redes de trabajo débiles y poco estructuradas y cohesionadas.

- Inexistencia de personas y dispositivos de asistencia juvenil donde los jóvenes puedan realizar consultas relativas a sus malestares emocionales y su salud mental fuera de los dispositivos de atención médica especializada.
- No existe un conocimiento global de todos los servicios dirigidos a jóvenes y adolescentes que integre todos los ámbitos que trabajan sobre este colectivo.

### *Recomendaciones*

- Promover la coordinación y el trabajo en red de todos los dispositivos y centros de atención a la adolescencia y juventud.
- Trabajar conjuntamente aprovechando los espacios y foros de actividades de y con adolescentes.
- Fomentar la coordinación y cohesión entre los diferentes servicios y ámbitos.
- Posibilitar la atención integral del individuo.
- Revitalizar y reforzar las redes de trabajo mediante sesiones de coordinación, realización de programas y actividades conjuntas, etc.
- Elaborar y publicar una guía que incluya la totalidad de servicios dirigidos a jóvenes y adolescentes y que permita un manejo de los recursos existentes que sea más provechoso. Esto facilitaría el trabajo en red y favorecería la optimización de los recursos.

### CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA PARA IMPLEMENTAR UNA COORDINACIÓN EFICAZ

*a) Continuidad:* la eficacia de la atención se puede quedar en nada si no existe una red social, propia y de servicios, más cercana a la persona adolescente y a sus necesidades sociales, emocionales y psicológicas, y que dé continuidad a la atención recibida. Este punto viene garantizado por la coordinación. La continuidad de la atención, más que la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo en el cual intervienen múltiples profesionales, en cen-

tros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos diferentes con un objetivo final común. No se trata únicamente de sumar acciones o programas que generarían escasos beneficios en términos de calidad y eficiencia. Estamos hablando de continuidad transformadora, de establecer procesos y sistemas sobre la base del valor que añaden a la atención recibida.

*b) Coherencia y organización:* cuando la coordinación tiene en su horizonte la continuidad y la coherencia de la atención, es mucho más que una sencilla declaración de principios. Esta necesita de una organización interna que la favorezca en la práctica y con los otros servicios. Requiere además de la aplicación de instrumentos de trabajo como son los procedimientos de coordinación y definición de procesos.

*c) Interdependencia:* la promoción de la coordinación permite la interdependencia entre profesionales de diferentes servicios y ámbitos implicados. Es justamente la interdependencia la que debe orientar la coordinación, pero esta puede exigir por parte de algún profesional dirigir el proceso con la finalidad de estimular la reciprocidad entre profesionales o servicios que se influyen y complementan y promocionar las aportaciones, lo que contribuiría a visibilizar a todos los participantes.

*d) Unión y enfoque común:* la coordinación requiere de la unión de los profesionales de los diversos sistemas intervinientes —social, educativo, sanitario, etc.— que atienden a la misma persona, y, de resultas de esta unión de profesionales, surge también el enfoque común de los servicios que mantienen una relación horizontal. La coordinación exige una orientación común, articulada y sistemática para asegurar una actuación personalizada y eficaz en cada caso. En la medida de lo posible debe concretar los procedimientos a realizar y las derivaciones necesarias para ello deben contar e incorporar las experiencias previas de los profesionales y definir objetivos comunes del trabajo a realizar implementando aquellos servicios y actividades que se precisen, teniendo siempre en cuenta la atención integral a la persona.

*e) Optimización de recursos:* la coordinación implica optimizar los recursos a partir de la especialización ya existente en un ámbito o territorio determinado. Esto implica que los profesionales armonicen las acciones y propuestas de manera efectiva a fin de compartir in-



formación y aprender de la experiencia del otro para evitar el solapamiento de recursos y la duplicación del trabajo. La coordinación tienen efectos potenciadores de las acciones e iniciativas emprendidas. Coordinar minimiza la superposición o interferencias al aprovechar al máximo el trabajo de los profesionales y los recursos en beneficio de las personas atendidas. Asimismo, un objetivo importante de la coordinación es facilitar mejoras significativas en la atención al adolescente en la medida en que asegura que el proceso de atención se realiza de forma compartida y coordinada.

*f) Apertura y flexibilidad:* para que pueda darse la coordinación, debe mantenerse la incorporación progresiva de los profesionales que van apareciendo en los casos o situaciones. Es importante incorporar en el trabajo cotidiano de coordinación a los profesionales implicados y las estrategias pactadas anteriormente. Las nuevas incorporaciones de profesionales necesitan que se respeten sus tiempos, que generarán nuevos vínculos con el saber ya transitado de los profesionales anteriores y contribuirán a construir perspectivas nuevas de sus miembros. Será a través de este trabajo compartido que se generarán nuevas aproximaciones.

De manera práctica sugerimos algunas pautas de actuación beneficiosas para la coordinación que pueden ser útiles para los profesionales:

- Es conveniente no dejar la coordinación al azar. Es mejor prever la realización regular de reuniones entre los profesionales/servicios que se definan para cada situación.
- Coordinarse exige planificación previa al encuentro y orden en el procedimiento y los acuerdos. Para su desarrollo, pueden seguirse las pautas de conducción de una reunión.
- La coordinación para la atención de los adolescentes supone la asunción conjunta de responsabilidades por las acciones coordinadas que se desarrollen. Esta debe partir de la valoración conjunta de la situación y consensuar los objetivos y la toma de decisiones. Hay que definir claramente el papel y las tareas de los diferentes miembros de la red en un marco de colaboración global.
- Es recomendable nombrar a un referente o gestor del caso para así facilitar la coordinación y el cumplimiento de los ob-

jetivos. De este modo, el adolescente/joven tendrá un profesional de referencia al cual dirigirse, lo que evitará que tenga que deambular por el laberinto institucional.

g) *Percepción integral de la salud*: el punto de partida debe ser la idea de integralidad en salud, o dicho en otros términos, la identificación de los sujetos asistidos como totalidades y no como fragmentos asociados a las diferentes patologías y/o problemáticas de salud física y/o mental. De esta forma se reconoce la complejidad de los casos y la propia necesidad de un trabajo coordinado entre los diferentes servicios y profesionales con el objetivo de mantener y potenciar la idea del usuario como sujeto social activo y, por lo tanto, corresponsable en materia de salud.

Estas ideas para la coordinación de la atención son uno de los elementos para avanzar y garantizar la construcción de un trabajo en red a nivel micro, un método de colaboración y coordinación entre dos o más profesionales/entidades/servicios para atender eficazmente un caso común. Suponen la asunción conjunta de responsabilidades y la coordinación de las atenciones que se desarrollarán, y, para ello, se requiere partir de una valoración conjunta, consensuar los objetivos de trabajo y definir claramente, en la medida de lo posible, el papel y las tareas de los diferentes miembros participantes. El punto de partida e interés común es el adolescente, es decir, la atención de su individualidad a partir del análisis global de los profesionales participantes.

### *Preguntas para la autoevaluación*

- ¿Se da una buena coordinación entre todos los dispositivos de atención a adolescentes y jóvenes?
- ¿Se prevé la realización regular de reuniones entre los profesionales/servicios?
- ¿Se fomentan y promueven el vínculo, el contacto y el trabajo conjunto con todos los dispositivos?
- ¿Existe planificación previa al encuentro y orden en el procedimiento y los acuerdos?
- ¿Las vías de atención y trabajo con adolescentes son paralelas o están interconectadas?

- ¿Existe alguna figura de referencia a la que los jóvenes puedan dirigirse para solventar sus dudas y expresar sus males-  
tares emocionales fuera de los centros de salud específicos?
- ¿Se fomenta una visión integral de los adolescentes y jóvenes  
que tenga en cuenta sus estilos de vida y su idiosincrasia?

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

POR MÍ MISMO SALDRÉ ADELANTE. PERCEPCIONES, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS EN TORNO A LOS

Natalia Lledo Carceller Maicas

## 5. ACCESIBILIDAD

### 5.1 Accesibilidad general

#### *Definición*

Es entendida como «el poder de utilización» de un servicio por parte de sus usuarios potenciales (Frenk, 1985).

A partir de esta idea definimos la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los potenciales usuarios de los servicios y los servicios propiamente dichos (Stolkiner *et alii*, 2000), puesto que es la combinación de ambos la que nos aporta una visión integral de la situación. Dicho vínculo se construye en la combinación entre las «condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios» (Stolkiner *et alii*, 2000). Por lo tanto, debe considerarse como un punto clave la mirada relacional entre sujetos y servicios, propia de las ciencias sociales.

La accesibilidad consta de dos elementos básicos:

El físico, relacionado con la ubicación del dispositivo y con la distancia geográfica que lo separa de sus potenciales destinatarios, que incluye variables como los horarios de trabajo, la calidad y diversidad de los servicios que se ofertan, la cantidad de usuarios potenciales, el tamaño de las unidades médicas, la longitud de la lista de espera, el precio del servicio o los criterios de acceso que se exigen.

El social, referido a la distancia social y cultural entre servicios y usuarios teniendo en cuenta valores culturales, percepciones, actitudes y creencias en torno a la salud tanto a nivel organizativo y profesional como de los potenciales usuarios. Implica variables como la burocratización de los servicios, el uso del lenguaje técnico-profesional, el nivel académico de los destinatarios, sus niveles de ingresos o la información que maneja la persona sobre los recursos existentes y su funcionamiento.

Es este tipo de accesibilidad, la social, la que resulta clave en los estudios de uso de los servicios proveedores de salud (Garrocho, 1992) puesto que representa la accesibilidad efectiva del destino (Joseph y Phillips, 1984).

### *Barreras detectadas*

- Los horarios de atención coinciden con los horarios académicos, por lo que las ausencias a clase deben ser justificadas documentalmente y además se hacen más visibles y evidentes para los compañeros; surge el miedo al estigma y al «qué dirán».
- Falta de conocimiento de los criterios de acceso a los servicios y dispositivos.
- Localización centralista de los dispositivos. Se sitúan en grandes núcleos, por lo que los adolescentes y jóvenes residentes en pequeños núcleos han de desplazarse.
- Inadecuación de las prestaciones ofertadas por centrarse solamente en problemáticas patológicas y dejar de lado las propias del ciclo vital.
- Fallos en las derivaciones hacia los especialistas en salud mental juvenil. Si los médicos de cabecera no consideran que se trata de una problemática grave y/o patológica, no se lleva a cabo la derivación al especialista. Omitiéndose así la atención de problemáticas de crisis vitales, las cuales, si fueran atendidas desde un primer momento por especialistas, fomentarían un buen vínculo terapéutico y facilitarían la búsqueda de ayuda en casos más graves que pudieran darse a posteriori, lo que sería de utilidad para realizar una buena prevención.

### *Recomendaciones*

- Adecuar/ampliar los horarios del centro o dispositivo para facilitar la atención, incluyendo horarios de atención distintos del horario lectivo de los centros escolares. El horario de visitas en los centros especializados de menores coincide actualmente con el horario lectivo, por lo que cualquier salida del centro escolar es señal de «alarma» y de estigmatización por parte de los compañeros.
- Fijar requisitos de acceso y atención más laxos. Permitir que los menores de edad no tengan que ir imprescindiblemente

acompañados por sus padres o tutores una vez que se ha decidido la derivación por parte del médico de cabecera. Ello fomentaría la autonomía y autogestión del proceso de búsqueda de atención. Además, el hecho de tener que informar a sus padres de su malestar puede provocar que muchos jóvenes opten por no acudir a los servicios y autogestionarse el malestar ellos mismos.

- Adecuar la oferta de servicios a las necesidades del colectivo al que van dirigidos.
- Dar información sobre los servicios que oferta la institución y los requisitos de acceso.
- Favorecer y promover el trabajo en red desde los diferentes servicios especializados, facilitando el trabajo en equipo y las derivaciones.
- Atender problemáticas aunque no sean necesariamente graves, sino más bien cotidianas y relativas a crisis del ciclo vital. La atención de estas problemáticas posibilitará una acogida y una escucha activa que favorecerán una mejor relación terapéutica y la posibilidad de reconducir los malestares de los jóvenes de un modo adecuado, promoviendo al mismo tiempo la prevención de malestares severos y el uso adecuado de los servicios.
- Ampliar la atención especializada en salud mental a jóvenes mediante la implantación de pequeños dispositivos distribuidos de un modo más homogéneo en el territorio, puesto que los servicios especializados se ubican mayoritariamente en capitales y ciudades grandes, siendo para los jóvenes residentes en pueblos muy difícil y poco práctico acceder a ellas.
- Realizar programas informativos en el ámbito comunitario, dirigidos a todos los miembros de la comunidad.
- Promover el trabajo en red entre los dispositivos especializados de atención para dar una atención integrada y adecuada.
- Evitar la duplicidad de atenciones y «los pacientes a la deriva», los cuales van siendo dirigidos de un dispositivo a otro sin abordar su problemática de un modo holístico e integral que contribuya a su bienestar global.

- Facilitar la derivación desde los servicios de atención general hacia servicios de atención especializados.
- Fomentar o facilitar la coordinación entre los tutores y orientadores con los dispositivos de salud mental para lograr una atención más ágil en los casos graves, aunque no sean patológicos, de modo que puedan evitarse desplazamientos frecuentes y en ocasiones innecesarios de los jóvenes.

### *Preguntas para la autoevaluación*

- ¿La franja horaria de atención permite a los potenciales usuarios acudir al servicio sin tener que perder horas lectivas? ¿Existe flexibilidad para adaptar los horarios del servicio de atención a los horarios de los adolescentes y jóvenes?
- ¿Existen medios para facilitar el traslado de los usuarios, algunos menores de edad, desde poblaciones lejanas?
- ¿Se tiene en cuenta que pueden existir factores relacionados con la exigencia de compañía adulta que pueden dificultar el acceso de los jóvenes al servicio? ¿Se plantean alternativas para mantener su privacidad y fomentar así su acceso?
- ¿Se lleva a cabo una buena coordinación con el resto de servicios y dispositivos dedicados a la atención de menores y jóvenes?
- ¿Se da información necesaria sobre los dispositivos existentes y los servicios que ofertan y cómo funcionan?
- ¿Se atienden problemáticas relacionadas con las crisis del ciclo vital, o la atención se centra solamente en problemáticas patológicas?
- ¿Existe un acompañamiento y una derivación adecuados en el tránsito del médico pediatra al médico de adultos que promuevan la creación de un buen vínculo terapéutico?
- ¿Las prestaciones ofertadas están adecuadas al público juvenil/adolescente?

#### 5.2 Información proactiva sobre los servicios



### *Definición*

La aportación de información proactiva implica la toma de la iniciativa en el desarrollo de acciones creativas, novedosas y audaces con el objetivo de producir mejoras, las cuales van encaminadas en este caso a asegurar que los servicios ofertados sean conocidos por la población que pueda tener necesidad de ellos. Implica por parte de la institución el asumir la responsabilidad de hacer que las cosas sucedan, creando nuevas oportunidades, adaptando su modo de hacer a las condiciones del entorno y buscando activamente respuestas a los problemas existentes.

### *Justificación*

La población potencialmente beneficiaria de los servicios puede no acceder a ellos por ignorar su existencia, su derecho a ellos o los procedimientos para beneficiarse de ellos.

Conseguir que esta información sea accesible a determinados grupos puede requerir acciones encaminadas a superar las barreras, por lo que quizá sea necesario modificar la forma habitual de difundir la información por otra más eficiente que permita obtener mejores resultados.

El desarrollo de una actitud proactiva por parte de la institución ayuda a prever consecuencias, tener una orientación innovadora y afrontar dificultades y problemas.

### *Barreras detectadas*

- Los adolescentes y jóvenes carecen de información sobre los siguientes puntos relativos a los servicios de atención existentes:
  - Cuáles son los dispositivos existentes.
  - Cuál es su ubicación.
  - Cuál es la labor que desempeñan.
  - Cuáles son los diferentes modos de acceso.
  - Cuáles son los requisitos de acceso.

- Qué tipo de problemáticas se tratan en ellos.
- Cuál es la oferta de profesionales existentes.
- Qué tratamientos y terapias se ofertan.

#### *Acciones recomendadas*

- Desarrollar programas específicos para facilitar el conocimiento de los servicios por parte de personas que necesiten usarlos, pero que puedan carecer de información al respecto.
- Crear puntos de información y atención, fuera de los dispositivos sanitarios especializados, adonde los jóvenes y adolescentes puedan acudir a realizar consultas sobre sus dudas en materia de salud mental y donde puedan expresar y compartir sus malestares emocionales como paso previo a la búsqueda de atención especializada. Estos espacios, fuera de los dispositivos normativizados, permitirían un espacio liminal en el que el adolescente podría expresarse y solventar sus dudas sin necesidad de pasar por consulta ni de comunicar su malestar a sus progenitores. Desde estos espacios el joven podría recibir información y solicitar la derivación a un centro especializado si lo deseara.
- Usar las nuevas tecnologías y crear espacios virtuales atendidos por profesionales sanitarios en los que los jóvenes puedan plantear sus problemas, dudas y preocupaciones, los cuales serán respondidos y orientados desde este servicio virtual. Asimismo, desde estos espacios se les facilitará, en caso de que sea necesario, concertar una cita.
- Publicar materiales destinados a difundir esta información teniendo en cuenta lo siguiente:
  - Dar a conocer los dispositivos y servicios existentes y la atención que en ellos se oferta.
  - Informar sobre cómo se accede a un servicio de salud mental y dónde pueden encontrarse, así como sobre los criterios de acceso.
  - Orientar sobre los temas que pueden tratar cada uno de los diferentes profesionales de la salud mental.

- Usar medios y lugares especiales de difusión que sean de fácil acceso para los grupos destinatarios.
- Crear materiales específicos dirigidos a padres y profesionales de la educación, especialmente a los tutores, los cuales son considerados una pieza clave. Este material tendría el objetivo de aportar información básica a los docentes sobre temáticas relevantes a tratar por profesionales, lo que les permitiría hacer una derivación en caso de que lo consideraran necesario, pudiendo asesorar al joven sobre los dispositivos existentes y los beneficios de acudir a ellos.
- Posibilitar la existencia de una persona formada en el tema, situada en un centro frecuentado por el colectivo de jóvenes, que pueda ayudarlos, informarlos, reconducirlos y/o derivarlos.
- Crear materiales específicos, provistos de toda la información mencionada anteriormente, dirigidos específicamente a adolescentes y jóvenes, adecuados a sus necesidades y provistos de un lenguaje ameno y cercano que favorezca su lectura y difusión entre este colectivo.
- Usar Internet y las redes sociales como medios de difusión de información. Se propone la creación de una página web que incluya un listado de los servicios de salud mental y/o atención primaria existentes, con sus correspondientes enlaces. Dicha web debería estar conectada con las webs de educación y juventud, de modo que la información sea fácilmente accesible.

### *Preguntas para la autoevaluación*

- ¿Se dispone de material adecuado para informar a potenciales usuarios y sus familias y tutores sobre los dispositivos existentes y las labores que en ellos se desempeñan?
- ¿Existe un canal de información adecuado que haga accesible a la población el conocimiento sobre los requisitos de acceso, funcionamiento del servicio y asistencia ofertada?

46 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

- ¿La ubicación de estos materiales es la más idónea para ser lo más accesible posible al colectivo al que van dirigidos? ¿Se encuentran en varios formatos para tener así mayor difusión (papel, en línea, etc.)? ¿Se ha hecho una campaña de distribución proactiva? ¿Están disponibles en los lugares más frecuentados por los jóvenes?
- ¿El lenguaje utilizado en dichos materiales se adecua y varía en función del colectivo al que van dirigidos (padres, adolescentes) para hacerlos así más cercanos y comprensibles?
- ¿Cómo se difunde la información? ¿Cuáles son los canales empleados por el dispositivo para dicho fin?

## 6. PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL SERVICIO

No existen unos criterios consensuados o estandarizados sobre el número necesario de profesionales en relación con el número de demandas y personas atendidas. En la decisión respecto a dicho número pueden influir diferentes factores: la complejidad de los problemas a atender; la experiencia de los profesionales; los recursos de apoyo técnico para acompañar o facilitar la atención; y, por último, la calidad del trabajo en red (coordinaciones fluidas, acciones del conjunto de profesionales que intervienen, fluidez en la comunicación, etc.).

Sería recomendable establecer criterios sobre el número de profesionales distinguiendo el tiempo de trabajo «directo» de atención a las personas del «indirecto». Porque, si bien es cierto que gran parte del trabajo consiste en atender directamente a los adolescentes, hay un sinfín de actividades, como la coordinación con otros servicios y profesionales, la redacción de informes, la supervisión, la gestión, etc., que se consideran indirectas, pero que actúan en beneficio de los adolescentes atendidos y que son fundamentales para realizar una atención de calidad.

### 6.1 Detección de necesidades, planificación y adaptación del servicio para atender las necesidades de los adolescentes y jóvenes

#### *Definición*

Hace referencia a las medidas dirigidas a asegurar, en la planificación y programación de la actividad, la consideración de los condicionantes para el uso de los servicios ligados a la pertenencia, o no, a un determinado grupo de edad o etapa vital específica como son la adolescencia y la juventud.

### *Justificación*

El tipo de servicio ofrecido, su localización y el perfil de los profesionales deberían estar determinados por las necesidades de la comunidad a la que deben servir. Es responsabilidad de los servicios el poder desarrollar la capacidad de reconocer las diferentes necesidades de los distintos sectores de población y organizar así sus recursos de un modo útil para atenderlas. Es necesaria la capacidad de responder de una forma adecuada tanto a las diversas necesidades como a los problemas clínicos y subclínicos específicos presentados por la población de referencia.

### *Barreras detectadas*

- Temporalidad de las visitas (hace referencia tanto a la duración de la visita en sí misma como al tiempo que transcurre en realizarse la primera visita o al tiempo entre una visita y otra).
- Inadecuación de los servicios a las necesidades de los jóvenes.
- Carencia de profesionales disponibles (no existencia de psicólogos en los CAP).
- Falta de información y formación sobre la salud mental en la adolescencia por parte de los profesionales.
- No se da un buen traspaso del médico pediatra al médico de adultos, pérdida del vínculo profesional-paciente.
- Horarios de atención no adaptados a los potenciales usuarios.
- Escasez de centros especializados y ubicación tan solo en ciudades grandes.
- Criterios de acceso poco flexibles.
- Falta de coordinación entre los diferentes dispositivos de atención a adolescentes y jóvenes.

### *Recomendaciones*

- Posibilitar una atención rápida en dar la primera visita. Y, en el caso de necesitar tratamiento terapéutico continuado, procurar rapidez en la segunda cita.
- Disponer de materiales que permitan detectar cuáles son las necesidades específicas de atención de adolescentes y jóvenes. Organizar el servicio sobre la base de la satisfacción de dichas necesidades y no ofertar un paquete genérico de servicios no focalizado en el colectivo al que va dirigido.
- Para paliar la falta de información y formación sobre salud mental adolescente, es necesario asesorar y reforzar a los profesionales de atención primaria.
- Introducir la figura del psicólogo en los CAP para favorecer la accesibilidad y posibilitar la normalización de los malestares psicoemocionales.
- Implementar un programa con el objetivo de establecer un buen puente en el paso del médico pediatra al médico de adultos para fortalecer así el vínculo terapéutico y la continuidad.
- Dado que los horarios de atención existentes no se adaptan al horario escolar, lo que obliga a los jóvenes a abandonar el centro escolar para asistir a las visitas con los especialistas, es necesario disponer de horarios de atención fuera del horario escolar para facilitar el acceso de los jóvenes, que así no tendrán que solicitar permiso para ausentarse de clase ni dar explicaciones innecesarias.
- Establecer centros especializados en poblaciones pequeñas para facilitar la asistencia de los jóvenes. Intentar situar centros de atención cada cierta distancia para evitar así el tener que realizar largos y complicados desplazamientos que dificultan el acceso.
- Crear criterios de acceso más flexibles que permitan a los jóvenes menores de edad acudir al especialista sin necesidad de ir acompañados por sus padres.

## 50 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

- Mejorar la coordinación entre los dispositivos de atención en salud a la adolescencia y la infancia.
- Realizar un trabajo coordinado entre los diferentes dispositivos de la red de atención. Promover la coordinación entre el CESMIJ, las EAP, las escuelas, los CAP, los centros de menores —CREI y CRAE— y los EAIA. Fomentar una toma de decisiones conjunta que implique una atención integral del individuo y no fragmentada por temáticas, lo que favorecerá la salud global de los jóvenes.
- Informar y formar a los docentes y tutores para que sean capaces de detectar situaciones que precisen de atención especializada y puedan aconsejar a los jóvenes sobre los dispositivos y servicios existentes.

*Preguntas para la autoevaluación*

- ¿Cuál es el tiempo actual de demora desde que se solicita la primera cita hasta que el usuario es atendido? ¿Y el tiempo de demora entre una cita y la siguiente?
- ¿Qué incidencia de pérdida de pacientes tiene el servicio? ¿Se dispone de un mecanismo para evaluarla?
- ¿Existen iniciativas para la detección de las necesidades de atención de los adolescentes y jóvenes?
- ¿Se tienen en cuenta la realidad, las necesidades, los horarios lectivos y las capacidades de movilidad de los jóvenes en la planificación y organización del servicio?
- ¿Se realizan programas y/o talleres informativos y formativos dirigidos a los profesionales de la salud sobre la salud mental en adolescencia y juventud?
- ¿Existe una buena coordinación con el resto de dispositivos existentes en atención a adolescentes y jóvenes? ¿Se implementa algún tipo de acción o actividad conjunta entre los dispositivos?
- ¿Se dispone de datos epidemiológicos que indiquen las características de los usuarios y permitan saber si se produce



evitación del dispositivo por parte de algún colectivo de «potenciales usuarios»?

- ¿Se adapta el servicio ofrecido a las necesidades detectadas o ha de ser el usuario el que se adapte a la oferta fijada previamente?
- ¿Se realiza algún tipo de trabajo de concienciación, formación y/o asesoramiento a las escuelas y los institutos sobre salud mental en adolescentes y jóvenes?

## 6.2 Evaluación de la adaptabilidad y competitividad del servicio

### *Definición*

Se refiere a la existencia de una serie de indicadores y/o instrumentos creados ex profeso que permiten medir el grado en que el servicio se adapta a las necesidades reales de sus usuarios y potenciales usuarios, y a la capacidad resolutive para satisfacerlas.

### *Justificación*

Para ofrecer un buen servicio adaptado al colectivo al que va dirigido el servicio, es necesario disponer de una serie de métodos y herramientas que permitan conocer el perfil de la población atendida, sus necesidades y el grado de satisfacción con el servicio. Esta información permitirá idear mejoras y adaptar lo máximo posible el centro a la población destinataria, minimizando la evitación y favoreciendo la atención.

### *Barreras detectadas*

- Déficit de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios respecto de los dispositivos.
- Insuficiencia de formatos evaluativos dirigidos a recoger la satisfacción de los profesionales que trabajan en el dispositivo.

## 52 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

- Falta de espacios participativos en los que los usuarios puedan contribuir al control de calidad del dispositivo.
- Déficit de información sobre el perfil de la población y sus necesidades.

*Acciones recomendadas*

- Implementar sistemas dirigidos a evaluar la satisfacción de los usuarios y sus familiares con la atención recibida por los profesionales, con la oferta asistencial del centro y con la organización y planificación de los servicios.
- Implementar sistemas dirigidos a evaluar la satisfacción de los profesionales del centro con las instalaciones, la organización del servicio y la planificación del trabajo.
- Promover la creación de espacios participativos en los que los usuarios puedan intervenir en los procesos de control de calidad de los servicios.
- Disponer de un apartado en la ficha del usuario que aporte datos epidemiológicos para conocer las características de la población atendida por el servicio, permitiendo así conocer cuáles son las características de la población que no acude al servicio o dispositivo de salud para poder paliar las barreras que puedan estar interfiriendo en su acceso.
- Investigar sistemáticamente sobre los perfiles y las necesidades de la población atendida.

Para más información al respecto, véase el punto 10: «Investigación».

*Preguntas para la autoevaluación*

- ¿Se dispone de datos que permitan detectar las posibles diferencias en el uso/evitación de los servicios por parte de los adolescentes y jóvenes?

- ¿Incluyen los sistemas de registro datos que permitan cuantificar el uso de los servicios, el medio por el que se accede al dispositivo (derivación, acceso directo, etc.)?
- ¿Existe algún sistema para evaluar la satisfacción de los jóvenes y adolescentes con el servicio, los profesionales, la atención recibida y la organización y accesibilidad del centro?
- ¿Existe algún sistema de evaluación en el que los profesionales puedan expresar su satisfacción con la organización y planificación del centro?
- ¿Se cuenta actualmente con algún espacio participativo en el que los usuarios y/o posibles usuarios puedan contribuir con sus aportaciones a los procesos de control de calidad de los servicios?

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

POR MÍ MISMO SALDRÉ ADELANTE. PERCEPCIONES, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS EN TORNO A LOS

Natalia Lledo Carceller Maicas

## 7. CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN

### *Definición*

Llevar a cabo un buen proceso comunicativo es clave para el óptimo funcionamiento del centro y para dispensar una atención de calidad. Una buena comunicación es la que posibilita la comprensión de los comportamientos a partir de una correcta interpretación de los mensajes, tanto en uno como en otro sentido, permitiendo así que profesionales y pacientes se entiendan y trabajen conjuntamente. La relación y la comunicación son ejes clave de la atención.

La atención a los adolescentes no puede llevarse a cabo sin el protagonismo de los actores, considerados desde su singularidad. Por ello, reparamos aquí en el análisis de la importancia de la relación que se establece entre el profesional y los adolescentes y el ofrecimiento de vínculos afectivos en este proceso. La relación es el núcleo de la atención y constituye un principio vital que conduce los procedimientos de evaluación y de intervención, haciendo de ella una experiencia dinámica y fértil. Su alcance constituye la expresión práctica de la convicción profesional sobre el valor, la dignidad y el respeto a la persona.

En síntesis, la comunicación:

- Es creadora de vínculo entre el profesional y el adolescente.
- Es un medio para la comprensión de los problemas, comportamientos y sentimientos.
- Constituye un marco idóneo para el proceso de evaluación y tratamiento.
- Ofrece un marco de referencia claro.
- Permite ofrecer atención a través de la propia relación establecida; no necesita recursos externos a ella.
- Ofrece un proceso de intercambio comunicativo.
- Es un recurso interpersonal para los profesionales.
- Posibilita un contexto favorable en el que el adolescente pueda expresar sus problemas o emociones, lo que constituye

la base fundamental para poder objetivar, analizar y buscar soluciones.

El uso por parte de los profesionales de un lenguaje excesivamente formal y específico, cargado de jerga biomédica y distanciado en exceso del lenguaje más llano, ameno y profano habitualmente utilizado por los adolescentes y jóvenes, puede llevar a la inexistencia de un buen vínculo terapéutico, a hacer sentir incómodo y fuera de lugar al usuario y a dificultar un buen entendimiento entre las necesidades del paciente y las ofertas de atención del profesional.

### *Justificación*

Adolescentes y jóvenes manejan narrativas en torno a los malestares de índole psicoemocional distintas de las frecuentemente empleadas por los profesionales en la materia. Los diagnósticos y las etiologías técnicas distan de los referidos por los jóvenes, los cuales refieren motivos y causas de malestar más basados en la cotidianeidad y menos en síntomas y definiciones provenientes de manuales profesionales.

Los adolescentes ven a los profesionales como adultos, pertenecientes a otra realidad muy diferente de la suya, y, por lo tanto, los perciben como muy alejados de sus malestares y necesidades. El uso de un lenguaje en el que dicha lejanía entre el médico y el paciente se vea reducida contribuirá a salvar las distancias entre ambos actores, favoreciendo una comunicación más fluida y enriquecedora.

Los pacientes necesitan expresar su malestar con sus propias palabras y ser entendidos y contestados por los profesionales en el mismo sentido. Es por medio de una buena comunicación que pueden vencerse los miedos, las resistencias y los prejuicios que los jóvenes puedan tener respecto a los problemas de salud mental.

El primer encuentro entre el joven y el profesional es un espacio abierto, generador de incertidumbres y de estrés (en ambos interlocutores), en el que todo está aún por definir y decidir; por lo tanto, de la calidad de la comunicación que tenga lugar en dicho momento va a depender la calidad asistencial y terapéutica posterior, puesto que es en este espacio en donde son detectadas las necesidades de los usuarios y son negociadas las posibles respuestas a estas.

Además, la oportunidad de poder establecer una buena comunicación permitirá, entre otras ventajas previamente referidas, salvar la verticalidad percibida por los usuarios, transformándola en una horizontalidad que resultará beneficiosa para el proceso de atención.

### *Barreras detectadas*

- Inadecuación del lenguaje utilizado por los profesionales. Uso excesivo de argot profesional y escasez de lenguaje coloquial y cercano.
- Comunicación vertical en la que los adolescentes y jóvenes sienten que el profesional les habla desde un nivel superior de autoridad, por lo que se sienten en una posición de inferioridad en la que sus experiencias, vivencias y saberes legos son minusvalorados y sus aportaciones y comentarios no son tenidos en cuenta ni escuchados.

### *Recomendaciones*

- Los profesionales deben adaptar su lenguaje al colectivo al que atienden, evitando jergas profesionales innecesarias y en este aspecto inadecuadas que distancien al usuario del profesional. Ello facilitará la comprensión por parte del usuario.
- Promover una comunicación horizontal donde ambos actores, profesionales y adolescentes, se sitúen en el mismo nivel de interacción, en la que sea el profesional el que entre en el mundo del adolescente y no al revés. Esta acción favorecerá el vínculo terapéutico al promover la comodidad del usuario y facilitará la comprensión y el entendimiento entre los actores.
- Permitir a los usuarios comunicarse con un lenguaje más ameno y desenfadado que les facilite la expresión de sus emociones, pensamientos y conductas generadores de malestar.
- Adecuar el espacio de la entrevista a la edad, la problemática de los jóvenes, el género, etc. Promover el uso de espacios que favorezcan el acercamiento, la empatía y la horizontalidad.

*Preguntas para la autoevaluación*

- ¿Los profesionales adaptan su modo de expresarse y su lenguaje al del paciente? ¿Se emplea jerga biomédica de difícil comprensión para los no entendidos a la hora de comunicarse con el paciente?
- ¿Se permite al paciente explicarse con sus propias palabras o se dirige y moldea su discurso sobre la base de factores biomédicos reglados?
- ¿Qué tipo de comunicación se emplea habitualmente en la consulta, horizontal o vertical?



## 8. ATENCIÓN CLÍNICA

### 8.1 Historia clínica

#### *Definición*

En la historia clínica se recopila toda aquella información clínica relevante para la atención sanitaria de un paciente desde cualquier lugar del Sistema Nacional de Salud. La información suele ser exclusivamente objetiva, obviando la vivencia y percepción del paciente sobre su malestar y sin incidir en procesos y experiencias vitales, por lo que presenta carencias en este sentido.

#### *Justificación*

La incorporación en la historia clínica en salud mental de detalles sobre la historia de vida del paciente en la que se incluyan acontecimientos vitales estresantes que para el paciente son relevantes en su trayectoria y en su actual malestar aportaría un punto de subjetividad que enriquecería este instrumento. Se trataría así de una herramienta intersubjetiva que incluiría las propias palabras del paciente relatando su biografía. Ello cumpliría de este modo una triple función puesto que, además de aportar información relevante para el profesional, al paciente le serviría de terapia al fomentar la expresión del malestar, y contribuiría a crear un vínculo terapéutico más sólido al interactuar en mayor grado y promover la escucha activa por parte del profesional.

#### *Barreras detectadas*

- Falta de adaptación de la historia clínica al paciente adolescente.

### *Recomendaciones*

Adaptar la historia clínica al tipo de paciente mediante:

- a) La identificación de posibles estresores psicosociales relacionados con la etapa vital.
- b) La recopilación de la narrativa del paciente sobre su problema y la expresión de su problema, así como sus emociones y su propio sistema explicativo.
- c) La recopilación de datos relativos al contexto familiar, social, escolar y laboral y a los recursos personales y materiales de los que dispone.
- d) Tener en cuenta y recoger sus valores, creencias, expectativas de futuro y deseos y vivencias.

### *Preguntas para la autoevaluación*

- ¿En la historia clínica empleada actualmente existen campos que pregunten sobre los datos recomendados anteriormente?:
  - ¿Contexto familiar?
  - ¿Contexto social?
  - ¿Contexto escolar?
  - ¿Contexto laboral?
- ¿Se recoge la narrativa del paciente sobre su problema?
- ¿Se identifican los estresores sociales de su etapa vital?

## 8.2 Diagnósticos empleados

### *Definición*

El tipo de diagnóstico empleado usualmente por los profesionales especializados permite mantener cierto consenso y entendimiento entre ellos, sin necesidad de dar extensas explicaciones a la persona atendida. Pero no es esta su única utilidad. Es empleado para nombrar

el malestar vivido por los sujetos, adjudicándole una etiqueta determinada correspondiente a una categoría «objetiva» que puede invisibilizar la experiencia del padecimiento.

### *Justificación*

Los diagnósticos utilizados habitualmente por parte de los profesionales de la salud mental son de índole biomédica y no suelen considerar variables sociales y culturales que tengan en cuenta el contexto, las circunstancias y la etapa vital del sujeto diagnosticado.

Este tipo de diagnósticos biomédicos están asociados a enfermedades y patologías estigmatizadas socialmente. La utilización de diagnósticos de índole más psicosocial podría favorecer el acceso de los adolescentes a los centros de atención al reducirse el estigma asociado a la etiqueta diagnóstica.

### *Barreras detectadas*

- Diagnósticos excesivamente biomédicos.
- No se tiene en cuenta suficientemente la «subjetividad» del malestar padecido.
- Poca valoración del contexto social y cultural.

### *Recomendaciones*

- Los adolescentes refieren que su malestar es subjetivo, no objetivo, y, por lo tanto, al aplicar un test psicológico para extraer el diagnóstico se objetiva dicho malestar. Es recomendable, por lo tanto, realizar diagnósticos de índole psicosocial además de los biomédicos, teniendo presentes las particularidades de la etapa vital a la que se dirige la atención y los factores socioculturales.
- Fomentar la escucha activa por parte de los profesionales sobre las vivencias de los adolescentes y jóvenes en torno a su malestar, dejándoles expresar su subjetividad al narrar su propia historia.

## 62 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

- Reconocer y valorar el saber profano de los adolescentes y jóvenes sobre sus propios malestares y angustias.
- Facilitar la formación de los profesionales en aspectos de antropología médica y cultural para favorecer una mejor comprensión de los malestares y de las explicaciones de los jóvenes en torno a sus problemas. Promover la aceptación de otras categorías diagnósticas diferentes de las del sistema biomédico, de manera que se logre una comprensión más integradora y holística de los malestares de la población adolescente.

*Preguntas para la autoevaluación*

- ¿La etiqueta diagnóstica se reduce a una clasificación biomédica?
- ¿Se tiene en cuenta la experiencia del paciente?
- ¿La etiqueta diagnóstica determina las posibilidades terapéuticas?
- ¿Al comunicar el diagnóstico se aborda el miedo a la estigmatización de los jóvenes y adolescentes?
- ¿Se aceptan actualmente otras categorías diagnósticas diferentes de las del sistema biomédico?

## 8.3 Tratamientos empleados

*Definición*

La oferta clínica hace referencia al abanico y la diversidad de tratamientos y aproximaciones clínicas disponibles que ofrece el dispositivo para atender a los pacientes. Incluye tanto la multiplicidad de profesionales como de tratamientos.

*Justificación*

Disponer de una oferta amplia y variada de tratamientos y profesionales especializados permite una atención más adecuada y personali-

zada que se adapte mejor a las necesidades del paciente y contribuya a obtener mejores resultados. Si la oferta clínica, por el contrario, es reducida y no se adapta a las necesidades y demandas del público al que va dirigida, el éxito de resolución del dispositivo será menor y la cantidad de personas atendidas puede verse reducida al no hallar dentro del servicio tratamientos adaptados a ellas.

### *Barreras detectadas*

- Los problemas derivados de las crisis evolutivas no reciben atención y, si son atendidas, se patologizan y se tratan como problemas de salud mental.
- Se priorizan las problemáticas muy graves o patológicas.
- Las respuestas terapéuticas priorizan la utilización de fármacos para eliminar los síntomas y signos de la enfermedad, sin abordar en muchas ocasiones la experiencia del padecimiento.
- No se ofertan terapias alternativas basadas en nuevas corrientes y tradiciones o provenientes de otras disciplinas que promuevan atenciones holísticas e integrales del individuo como la acupuntura, las flores de Bach, la aromaterapia, el *reiki*, terapia sistémica, terapia grupal, etc.

### *Recomendaciones*

- Atender problemas relacionados con la etapa evolutiva. No reducir la atención solo a aquellas problemáticas consideradas graves y patológicas.
- Disponer de un espacio en el que los jóvenes y adolescentes puedan compartir y expresar sus angustias y malestares más cotidianos permitirá la creación y consolidación de un buen vínculo terapéutico. Este vínculo favorece que el adolescente pueda pedir atención cuando considere que puede serle de ayuda, lo que minimizará las evitaciones y las atenciones tardías en situaciones críticas.
- Ofertar tratamientos más diversos, actuales y adecuados al público adolescente, puesto que consideran que la oferta ac-

tualmente disponible es, por lo general, demasiado médica y, por lo tanto, no se ajusta a sus necesidades.

- Adaptar las posibles opciones terapéuticas a las necesidades de los adolescentes.
- Dialogar con los jóvenes y adolescentes sobre las diferentes opciones de tratamiento y, posteriormente, negociar con ellos la mejor opción para su caso, logrando de ese modo su participación activa y mejor adherencia al tratamiento.

#### *Preguntas para la autoevaluación*

- ¿Qué oferta clínica ofrece este dispositivo de atención? ¿Se adapta esta oferta a las necesidades de los jóvenes y adolescentes? ¿Se trata de una oferta amplia y variada o es más bien una oferta médica y limitada?
- ¿Se dispone de cuestionarios que permitan conocer las opiniones y la satisfacción de los pacientes respecto a la oferta existente?
- ¿Qué tipo de problemáticas son atendidas en el centro? ¿Se atiende a pacientes que llegan con demandas de atención sobre problemas relacionados con la etapa evolutiva?

### 8.4 Relación profesional-paciente

#### *Definición*

Es el modo en el que los profesionales de la salud se dirigen y atienden a los pacientes. Incluye tanto la comunicación verbal y no verbal del profesional (vocabulario utilizado, tono de voz, gestos, miradas, formalismos, expresiones faciales, preguntas realizadas, etc.) como el tiempo dedicado en consulta a atender al paciente, la escucha activa hacia la narrativa del paciente, la empatía, el respeto y la existencia de un buen vínculo terapéutico.

### *Justificación*

Proporcionar un buen trato profesional adecuado a las demandas y necesidades del colectivo al que va dirigida la atención es importante para mantener y fomentar la adherencia al tratamiento. Cuando los pacientes se sienten escuchados, entendidos y valorados, siguen acudiendo a los profesionales y demandando atención especializada, pero si estos detalles se descuidan y el paciente considera que el trato recibido no es el adecuado, la evitación de los servicios se ve incrementada.

### *Barreras detectadas*

- Trato profesional distante que no facilita la confianza.
- Comunicación vertical.
- Escucha ausente o pasiva por parte de los profesionales.
- Escaso tiempo dedicado a las visitas, lo cual las hace excesivamente rápidas e impersonales.
- Biologización, patologización y medicalización de los temas tratados en consulta. Los adolescentes sienten que se patologiza y medicaliza su malestar, aunque este pueda provenir de una crisis del ciclo vital, de forma que se estigmatiza y cronifica su situación.

### *Recomendaciones*

- Procurar que el trato profesional sea cercano. Que implique confianza y respeto.
- Trabajar desde la empatía y el acompañamiento para comprender la experiencia de la persona atendida.
- Comunicarse de forma horizontal, conversar con el paciente «de tú a tú».
- Fomentar la escucha activa por parte de los profesionales, la cual es considerada básica por los jóvenes.
- Despatologizar y desmedicalizar. Realizar intervenciones preventivas.

## 66 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

- Atender crisis de ansiedad y de identidad sin problematizarlas en exceso para evitar así que las crisis de crecimiento sean diagnosticadas y tratadas como enfermedades o problemas mentales, logrando su normalización.

## CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA EN LA RELACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE

Hemos tratado de identificar algunos elementos que dan sentido a diferentes formas de la práctica, muchos de ellos presentes en la atención al adolescente.

En efecto, desde el punto de vista significativo, la forma de proceder es tan importante como el contenido. Aunque por su naturaleza de creación individual del profesional no pueden ser establecidas normativamente, sí que pueden ser descritas. Este es el propósito. En última instancia, el trato profesional adquiere toda su significación en la fusión creativa y singular entre fines, medios y formas que realiza el profesional.

- *Proximidad.* Los profesionales próximos comunican a las personas atendidas reconocimiento y comprensión de las características únicas de cada sujeto. Estos elementos se hacen especialmente importantes en situaciones de vulnerabilidad donde se agudiza, si cabe, la necesidad de ser tratado como individuo y no como una clase o categoría, evitando el paternalismo.
- *Capacidad para escuchar y observar activamente.* La escucha activa del profesional permite extraer conocimiento más allá de lo expresado por las palabras, permite percibir los significados ocultos del lenguaje del demandante. A través de la escucha se construye la conciencia de lo que el otro dice y de lo que intenta comunicar.

Adoptar una escucha y observación activa cuando la persona habla o calla es la manera de centrar la atención no solo en lo que se oye, en lo que se observa, sino, sobre todo, en lo que se omite, en la expresión de sentimientos más allá de las palabras (duda, vacilación, vergüenza, discrepancia, etc.), en los mensajes subyacentes que el adolescente no puede expresar. Su postura corporal, la existencia o no de contacto visual, su



expresión facial, sus gestos..., se vuelven entonces significativos y clarificadores del mensaje. La escucha y la observación activa permiten al profesional captar también el estado emocional de la persona.

- *Capacidad de avanzar junto con la persona.* El profesional debe iniciar el proceso de ayuda en el mismo punto en que se encuentra el sujeto y compasar su ritmo al de este último. Se trata de un detalle de la individuación que ayudará a implicarse, participar y colaborar de manera más plena en el proceso de trabajo.
- *Capacidad de empatía hacia los adolescentes.* Debe mostrarse sensible, poniéndose en su lugar para hacerse cargo del impacto que produce el problema en su persona. En definitiva, se trata de ser capaz de reconocer los sentimientos de su interlocutor.
- *Capacidad de orientarse hacia las personas.* Las interacciones que tienen lugar en el marco de una relación en una entrevista son diferentes de las que se establecen en cualquier otro marco. Ello se debe a que el foco principal de atención de la comunicación es el sujeto y los problemas que este está viviendo.
- *Comunicación verbal y no verbal.* Los elementos de la comunicación verbal son solamente una parte del intercambio que tiene lugar entre las personas. La manera como se dicen las cosas y el contenido real de lo que se expresa aportan una información suplementaria a lo enunciado; el tono, el volumen, el ritmo, etc., son aspectos de la comunicación no verbal que a menudo dicen bastante más de lo que está pensando la persona y de lo que dicen las palabras que esta ha elegido para expresarse. El profesional ha de percibir el lenguaje y sus variados significados, verbales y no verbales, para poder comprender el mensaje en toda su complejidad.

El silencio es particularmente significativo en la comunicación pues a menudo es en ese intervalo cuando se asocian mentalmente ideas relevantes. La comprensión también se logra cuando el sujeto se concede a sí mismo tiempo para reflexionar de este modo. El profesional debe respetar el silencio. No se trata de llenar el vacío que

## 68 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

se crea; cuando esto ocurre, se sustrae a la persona la posibilidad de reflexionar y se la obliga a seguir el ritmo del profesional más que el suyo propio. El silencio es con frecuencia un mensaje global que las personas tratan de comunicar no solo a su interlocutor, sino también a sí mismos.

Para más información al respecto, consúltese el punto 7: «Calidad de la comunicación».

*Preguntas para la autoevaluación*

- ¿Qué tipo de trato se da a los adolescentes?
- ¿Qué tipo de escucha se realiza por parte de los profesionales?
- ¿Cuánto tiempo se dedica a la consulta?
- ¿Se consolida un buen vínculo terapéutico con el paciente?
- ¿Se logra obtener la confianza del paciente?
- ¿Se consideran sus percepciones o modelos explicativos sobre el malestar y el tratamiento más adecuado?
- ¿Cuál es la adherencia al tratamiento entre los adolescentes?
- ¿Qué lenguaje verbal y no verbal se emplea?
- ¿Qué demandas se atienden? ¿Cómo se atienden? ¿Se patologiza el malestar? ¿Se atienden crisis del ciclo vital?
- ¿Se fomenta la empatía?
- ¿Se respetan los silencios en consulta?

## 9. PARTICIPACIÓN

### *Definición*

Los dispositivos y centros de atención tienen como objetivo principal atender las necesidades de los pacientes a los que están destinados. Las necesidades y las prioridades con que estas han de ser atendidas, así como el modo en que estas han de ser tratadas, no pueden basarse en criterios ajenos a las opiniones y vivencias de los pacientes o potenciales pacientes. Es aquí donde entra en juego la participación de los destinatarios. Es necesario indagar sobre sus carencias sus problemas y sobre los modos de solventarlos. El modo más eficiente de conocer estos aspectos es mediante el uso de una metodología participativa que involucre a los destinatarios y tenga en cuenta su visión y su discurso, puesto que así es como se pueden lograr unos mejores resultados.

La participación ha de llevarse a cabo en todos los niveles, incluyendo, pues, la organización del servicio, la oferta de tratamientos, los horarios y la planificación de la atención, las estrategias de prevención y promoción de la salud, y los mecanismos de información y formación en salud mental, procurando la implementación de espacios y herramientas participativos en los que el paciente pueda colaborar tanto a nivel individual como grupal y comunitario.

Mediante la participación activa se hará posible adaptar los servicios y dispositivos de atención a las necesidades y expectativas de los jóvenes y adolescentes.

### *Justificación*

Los jóvenes y adolescentes consideran que los servicios de atención en salud mental a los que pueden tener acceso no están planificados ni organizados pensando en ellos y en su realidad y necesidades. Consideran que se trata de dispositivos sanitarios creados y pensados por adultos. El modo de organizar el dispositivo, los servicios ofertados, las metodologías empleadas, los horarios..., no tienen en cuenta el día a día de los jóvenes ni sus horarios. Los encuentran, por lo tanto,

ajenos a ellos, no perciben un trato horizontal, sino que se trata más bien de un trato jerarquizado en el que el profesional y el dispositivo (como pertenecientes al mundo adulto) se posicionan en un rango de superioridad, quedando los destinatarios en una posición de inferioridad en la que sus saberes y experiencias sobre el malestar son desvalorizados.

El uso de metodologías participativas es un buen modo de que los adolescentes y jóvenes hagan suyo el proceso y/o el tratamiento, motivándolos a formar parte de su transcurso. La consulta y la consecución de acuerdos comunes posibilitan la obtención de mejores resultados, puesto que cuando uno se implica, se involucra y trabaja por algo, teniendo además derecho a voz y voto, se siente parte integrante del proceso y realiza una inmersión más profunda en el tema a tratar y trabajar.

Así pues, resulta de gran importancia recoger las impresiones y necesidades de los destinatarios de los dispositivos para conseguir que estos sientan que el servicio se adecua a ellos, se preocupa por ellos y se adapta a ellos. La participación de los destinatarios es el mejor modo de conseguir este objetivo, puesto que permite que se sientan tenidos en cuenta, valorados y reconocidos como poseedores de un saber de vital importancia que a menudo es infravalorado por los expertos adultos. Aunando los saberes de ambos se puede conseguir la atención integral que se necesita.

### *Barreras detectadas*

- Carencia de espacios de participación para los usuarios.
- No se fomenta la participación de los usuarios en los centros de atención.
- Desvalorización del saber de los usuarios sobre sus propios malestares.
- Ausencia de indagación sobre las necesidades y carencias de los usuarios.
- Es el dispositivo el que decide qué es importante y cómo tratarlo y organizarlo.

- Los destinatarios se sienten ajenos al dispositivo al no sentirse valorados ni tenidos en cuenta en la organización y planificación del dispositivo, el tratamiento, la prevención, etc.
- No hay conciencia ni conocimiento por parte de los dispositivos y de sus trabajadores sobre la importancia y las ventajas que implica trabajar con metodologías participativas que incluyan a los pacientes en los diversos procesos.

### *Recomendaciones*

- Crear espacios y canales destinados a la participación de los usuarios.
- Promover reuniones con los usuarios para implicarlos en el desarrollo del servicio e incorporar sus opiniones sobre la organización y planificación del dispositivo.
- Promover la participación de los usuarios en el diseño de los planes de tratamiento.
- Recoger información sobre las necesidades de los jóvenes y adolescentes y sus propuestas sobre los dispositivos especializados en salud mental.
- Si esta recogida de información se realiza en los centros escolares, podemos conocer también la opinión de aquellos que no acuden a los servicios. Esta información es de gran valor para entender los motivos por los que los jóvenes y adolescentes evitan los dispositivos existentes y para intentar adaptarlos mejor a sus demandas, minimizando finalmente la infrautilización.
- Facilitar un cuestionario corto y ameno en los dispositivos para que los pacientes puedan valorar la atención recibida tras la consulta. Esta herramienta permitiría al servicio conocer cuáles son sus puntos fuertes y cuáles sus puntos débiles, de forma que se obtendría un *feedback* de gran interés para adaptar óptimamente el servicio a sus destinatarios.
- Preguntar a los usuarios y potenciales usuarios, mediante diferentes herramientas de recogida de datos, cómo quieren ser

atendidos, cómo quieren ser tratados, qué formas de atención pueden implementarse, etc.

- Reconocer y valorar el saber de los pacientes sobre sus propios malestares.
- Dar voz y voto a los destinatarios, implicándolos en el proceso de atención y tratamiento.
- Tener en cuenta a los destinatarios a la hora de determinar cuáles son las prioridades del servicio y cómo gestionarlas.
- Informar y formar a los profesionales de los dispositivos sobre la importancia y las ventajas que supone trabajar con metodologías participativas que involucren y tengan en cuenta las opiniones de los pacientes.
- Informar a los usuarios de los recursos y de las limitaciones tanto de la organización como de los profesionales. Los cambios son procesos que requieren tiempo y tienen limitaciones. De la relación participativa entre usuarios, profesionales y organización dependerá el proceso de cambio y el logro de los objetivos comunes.

### *Preguntas de autoevaluación*

- ¿Existen espacios y canales destinados a la participación de los usuarios?
- ¿Se implican e incorporan sus opiniones en la planificación y organización del dispositivo?
- ¿Se promueve la participación de los usuarios en el diseño de los planes de tratamiento?
- ¿Se conoce la opinión de los jóvenes y adolescentes que no acuden a los servicios?
- ¿Se reconoce el valor de la experiencia y el saber de los jóvenes?

## 10. INVESTIGACIÓN

### *Definición*

La investigación aparece asociada para muchos profesionales con las ciencias experimentales, los centros de excelencia científicos y los sofisticados protocolos. No obstante, la investigación incluye también la práctica reflexiva y el análisis de las realidades locales donde las personas viven e interactúan, y esto es válido para el conocimiento de la realidad de los adolescentes y jóvenes y, a la vez, como premisa general. La investigación puede entenderse también como una actividad asociada a la práctica clínica y educativa en la forma, por ejemplo, de una investigación/acción participativa orientada a la promoción de la salud y la salud mental o a la mejora de los propios servicios de atención. A menudo se discute sobre las bondades y los defectos de determinadas orientaciones, como en el caso del conocido dilema entre lo cuantitativo y lo cualitativo. En esta guía entendemos la investigación como un instrumento para la mejora de los servicios, fuera de todo esencialismo cuantitativo o cualitativo, pues el tipo de metodología está asociado al tipo de análisis que se considera necesario en cada momento. De esta forma, tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa pueden coexistir y responder a preguntas diferentes. Eso sí, en ambos casos debe considerarse al profesional/investigador reflexivo como el principal instrumento de investigación.

### *Justificación*

El conocimiento de los grupos sociales que son objeto de atención por un dispositivo y/o por un profesional es una tarea necesaria para el desarrollo de un trabajo integral. Lo mismo puede indicarse para el caso de los adolescentes y jóvenes. Los usuarios no son «islas psicopatológicas», sino sujetos sociales que viven en un mundo de relaciones con diferentes problemáticas como el acceso o no al mercado laboral, la continuidad de sus estudios, el clima familiar y escolar, la escasez de recursos o el conflicto con el grupo de iguales, entre otras. A ello debemos añadir la diversidad cultural, de clase, de género, de edad,

subcultural..., entre otros factores que conforman la identidad social de las personas y, por lo tanto, de los usuarios y que influyen en lo que estos deciden como más importante en sus vidas y en la causa y el tratamiento de sus potenciales malestares y trastornos. La conciencia de esta complejidad se convierte en el primer paso de una actitud investigadora en los profesionales que supere el efecto de dar por sabido lo que está en juego en los comportamientos. Por otro lado, determinadas orientaciones de investigación, como la cualitativa y/o etnográfica, constituyen instrumentos para que los profesionales se posicionen de forma diferente frente a los usuarios, permitiendo un reconocimiento del saber local y lego y potenciando, así, tanto el diálogo profesional-usuario como la corresponsabilización en materia de salud. Las investigaciones de orientación a la acción e intervención no solo crean conocimiento, sino también lazos sociales y aportan soluciones a problemas concretos como la infrautilización de los servicios por los adolescentes y jóvenes.

#### *Barreras detectadas*

- Los modelos de gestión sanitaria y educativa más frecuentados no suelen favorecer la reflexividad sobre la propia práctica profesional ni dotar de espacio y tiempo en los dispositivos para la investigación, aunque esta esté orientada a la acción e intervención o a repensar el propio modelo de gestión.
- Los dispositivos no suelen favorecer la investigación por entenderla como un objetivo secundario o ajeno a la práctica clínica o educativa.
- Los profesionales suelen observar la investigación como algo lejano y ajeno a su práctica.
- Existe una escasa formación entre los profesionales de la educación y de la sanidad que limita la implementación de etnografías de servicios, análisis de situación y conocimiento de las realidades locales de sus usuarios.
- Predominio de las investigaciones que parten de una posición fuerte de «experto» frente a aquellas otras que permiten la inmersión y el conocimiento de las prácticas y los saberes profanos para afrontar la adversidad y el malestar.



- Tendencia a la universalización de los resultados de las investigaciones, de forma que estos se toman como válidos para todos los contextos, usuarios y situaciones.
- Escasa cultura de investigación.

### *Recomendaciones*

- Favorecer una cultura de la investigación en los dispositivos y entre profesionales mediante el reconocimiento de este tipo de tarea.
- Potenciar el conocimiento de las realidades locales y los grupos sociales que son objeto de atención.
- Incluir de forma regular estudios sobre la demanda, el perfil y la percepción de los usuarios y la opinión sobre los dispositivos y la atención prestada.
- Favorecer modelos de investigación/acción participativa que fortalezcan los vínculos con los usuarios y potenciales usuarios y permitan una mayor corresponsabilización en salud.
- Potenciar el desarrollo de investigaciones orientadas a la mejora de los servicios de atención.
- Procurar la creación de espacios de discusión, diálogo, reflexión, crítica y autocrítica en los dispositivos, que servirían de base para los procesos de cambio, y de proyectos de investigación relacionados con los contextos asistenciales y de la demanda.

### *Preguntas de autoevaluación*

- ¿Participa o ha participado en alguna investigación? ¿Le gustaría? ¿Por qué? ¿No le gustaría? ¿Por qué?
- ¿Percibe la investigación como una actividad inaccesible o ajena a su práctica o piensa que todo profesional debe ser en parte investigador? ¿Por qué?
- ¿Se replantea su propia práctica de forma reflexiva? ¿Se promueve esta práctica en su dispositivo?

76 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

- ¿Se valora en su dispositivo el tiempo dedicado a la investigación, ya sea general o asociado a la resolución de problemas concretos de la atención?

## BIBLIOGRAFÍA

- BECK, A.T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J. y ERBAUGH, J. (1961). «An Inventory for Measuring Depression». *Archives of General Psychiatry*, 4, (6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- FRENK, J. (1985). «El concepto y medición de la accesibilidad». *Salud Pública de México*. 27, (5), 438-53.
- GARROCHO, C. (1993). «Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación en el contexto del Estado de México». *Revista de estudios demográficos y urbanos*, mayo, 427-444.
- GOLDBERG, D.; BRIDGES, K.; DUNCAN-JONES, P. y GRAYSON, D. (1988). «Detecting anxiety and depression in general medical settings». *British Medical Journal*, 297, 897-899.
- INSTITUT D'INFÀNCIA I MÓN URBÀ. «Panel de Familias e Infancia». Barcelona. Información disponible en: <<http://www.ciimu.org/images/stories/CIIMU/Estudios e Investigaciones/2panel-fam/14presentacio cggranell.pdf>>
- JOSEPH, A. y PHILLIPS, D. (1984). *Accesibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*. Nueva York. Harper and Row.
- JULIÀ, A.; ESCAPA, S.; MARÍ-KLOSE, M. y MARÍ-KLOSE, P. (2012). «Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales». *Adicciones*, 24, (4), 309-318.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, À.; MARÍ-KLOSE, M.; JULIÀ, A.; ESCAPA, S.; MARÍ-KLOSE, P. y DIGIACOMO, S. (2012). «Adolescent daily smoking, negative mood states and the role of family communication». *Gaceta Sanitaria*, 26, (5), 421-428. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.030
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, À. y MUÑOZ GARCÍA, A. (2010). «“Un infinito que no acaba”. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España)». Primera parte. *Salud Mental*, 33, (2), 145-152. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal, México.

- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. y MUÑOZ GARCÍA, A. (2010). «Un infinito que no acaba». Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España)». Segunda parte. *Salud Mental*, 33, (3), 229-236. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal, México.
- MONTÓN, C., PÉREZ ECHEVARRÍA, M. J., CAMPOS, R., GARCÍA CAMPAYO, J. y LOBO, A. (1993). «Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico». *Atención Primaria*, 12, 345-349.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1986). *Otawa Charte for Helth Promotion*.
- (2004). European Ministerial Conference on Mental Health: «Facing the challenges, building solutions. Mental health of children and adolescents. Helsinki». Disponible en: <[www.euro.who.int/document/mnh/ebrief14.pdf](http://www.euro.who.int/document/mnh/ebrief14.pdf)>
- PUIG I CRUELLS, C. (2011). «La supervisión en los Servicios Sociales: una ocasión para el cuidado profesional y el pensamiento». *Revista Perspectivas Sociales*, 13, (1). Universidad Autónoma de Nuevo León. División de Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. México.
- ROCHA, K. B.; PÉREZ, K.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; BORRELL, C. y OBIOLS, J. E. (2011). «Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española». *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, (1), 125-139
- SANZ, J.; PERDIGÓN, A. L.; VÁZQUEZ, C. (2003). «Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general». *Clínica y Salud*, 14, (3), 249-280.
- STOLKINER, A. *et alii* (2000). «Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso». *La salud en crisis: un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires. Dunken.
- VÁZQUEZ, A. J. y GARCÍA-BÓVEDA, R. J. (1997). «The Mannheim interview on social support psychometric characteristics of a Spanish version». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 208-214.

## ÍNDICE SISTEMÁTICO

LISTA DE SIGLAS .....	6
INTRODUCCIÓN.....	9
Justificación .....	10
Objetivo general.....	11
Modo de empleo de la guía.....	11
Metodología .....	12
1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD .....	15
Definición .....	15
Justificación .....	15
Barreras detectadas.....	16
Recomendaciones.....	16
Preguntas para la autoevaluación .....	17
2. NORMALIZACIÓN Y DESESTIGMATIZACIÓN.....	19
Definición .....	19
Justificación .....	19
Barreras detectadas.....	20
Recomendaciones.....	20
<i>Información a transmitir en las charlas, los talleres y las campañas de normalización y desestigmatización...</i>	21
<i>Dinámicas más adecuadas para fomentar una buena acogida y llegar mejor a los diferentes colectivos.....</i>	22
<i>Duración, frecuencia y organización de las actividades..</i>	22
Preguntas para la autoevaluación .....	23
3. FORMACIÓN (EN ADOLESCENCIA Y SALUD MENTAL).....	25
Definición .....	25
Justificación .....	25
Barreras detectadas.....	26
Recomendaciones.....	27
<i>Materias a impartir y tratar en la formación.....</i>	29
Preguntas para la autoevaluación .....	30

## 80 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

4. COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED .....	31
Definición .....	31
Justificación .....	32
Barreras detectadas .....	32
Recomendaciones.....	33
<i>Consideraciones a tener en cuenta para implementar         una coordinación eficaz.....</i>	33
Preguntas para la autoevaluación .....	36
5. ACCESIBILIDAD .....	39
5.1 Accesibilidad general.....	39
Definición .....	39
Barreras detectadas .....	40
Recomendaciones.....	40
Preguntas para la autoevaluación .....	42
5.2 Información proactiva sobre los servicios .....	42
Definición .....	43
Justificación .....	43
Barreras detectadas .....	43
Acciones recomendadas .....	44
Preguntas para la autoevaluación .....	45
6. PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL SERVICIO .....	47
6.1 Detección de necesidades, planificación y adaptación del servicio para atender las necesidades de los adolescentes y jóvenes .....	47
Definición .....	47
Justificación .....	48
Barreras detectadas.....	48
Recomendaciones.....	49
Preguntas para la autoevaluación .....	50
6.2 Evaluación de la adaptabilidad y competitividad del servicio ..	51
Definición .....	51
Justificación .....	51
Barreras detectadas.....	51
Acciones recomendadas .....	52
Preguntas para la autoevaluación .....	52

ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL	81
7. CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN.....	55
Definición .....	55
Justificación .....	56
Barreras detectadas.....	57
Recomendaciones.....	57
Preguntas para la autoevaluación .....	58
8. ATENCIÓN CLÍNICA .....	59
8.1 Historia clínica .....	59
Definición .....	59
Justificación .....	59
Barreras detectadas.....	59
Recomendaciones.....	60
Preguntas para la autoevaluación .....	60
8.2 Diagnósticos empleados .....	60
Definición .....	60
Justificación .....	61
Barreras detectadas.....	61
Recomendaciones.....	61
Preguntas para la autoevaluación .....	62
8.3 Tratamientos empleados.....	62
Definición .....	62
Justificación .....	62
Barreras detectadas.....	63
Recomendaciones.....	63
Preguntas para la autoevaluación .....	64
8.4 Relación profesional-paciente .....	64
Definición .....	64
Justificación .....	65
Barreras detectadas.....	65
Recomendaciones.....	65
<i>Consideraciones a tener en cuenta en la relación profesional-paciente.....</i>	66
Preguntas para la autoevaluación .....	68

82 ORIENTACIONES PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

9. PARTICIPACIÓN.....	69
Definición .....	69
Justificación .....	69
Barreras detectadas .....	70
Recomendaciones.....	71
Preguntas de autoevaluación .....	72
10. INVESTIGACIÓN .....	73
Definición .....	73
Justificación .....	73
Barreras detectadas.....	74
Recomendaciones.....	75
Preguntas de autoevaluación .....	75
BIBLIOGRAFÍA .....	77



El libro que se presenta al lector es una guía de buenas prácticas para la atención de los problemas psicoemocionales de los adolescentes y jóvenes. La razón práctica de su elaboración es la infrautilización de los servicios profesionales por parte de este grupo de edad ante situaciones de depresión y ansiedad, principalmente; aunque también ante los malestares propios del ciclo vital. La razón más teórica, sin embargo, trasciende el objetivo específico para delinear un modo de investigación-participación propio de la salud mental colectiva.



## Bloque IV: Cierre



Fotografía 5: Árbol de miradas <sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Esta imagen también ha sido tomada por mí misma, y del mismo modo que las de la portada también pertenece a un *lledoner*. Otra de las particularidades del citado árbol es la presencia en su corteza de estas marcas que posee en forma de ojos, las cuales pueden apreciarse a lo largo de su tronco y de sus ramas de forma irregular. Con esta imagen pretendo transmitir para concluir la multiplicidad de miradas en torno a los malestares emocionales que han sido recopiladas y expuestas a lo largo de la presente investigación. Miradas legas, expertas, de adolescentes, jóvenes y profesionales; todas ellas (igual que los “ojos” de estos árboles) presentes en nuestro día a día, las cuales pueden pasarnos fácilmente inadvertidas a no ser que nos detengamos expresamente a contemplarlas, atenderlas y apreciarlas.



# 1. Conclusiones

Cada una de las publicaciones que conforman el bloque de resultados presenta (en su parte correspondiente) sus conclusiones específicas. Con la intención de no ser reiterativos se ha decidido dedicar este último bloque a señalar exclusivamente algunos de los resultados más destacados de la investigación, mostrando las interrelaciones existentes entre las diversas temáticas abordadas, y entretejiendo, de este modo, el hilo conductor que perfila los modos en los que la población adolescente y juvenil de Cataluña *entiende* (modelos explicativos) y *atiende* (estrategias de afrontamiento) sus malestares emocionales.

## Metodología mixta

En primer lugar es preciso señalar que la decisión teórico-metodológica de introducirnos en el abordaje de la adolescencia y la juventud, y de los padecimientos emocionales que en ellas acontecen, empleando el concepto de “malestar emocional”, en lugar del de trastorno mental, nos ha permitido alejarnos del polo de lo patológico y posicionarnos, en contrapunto, dentro del ámbito de la normalidad y la cotidianidad, aproximándonos a los modelos explicativos legos y a sus itinerarios de gestión y atención a los padecimientos. Este punto de partida nos ha posibilitado así abarcar todo el espectro de situaciones, experiencias, percepciones y prácticas que conforman el ser y el sentir del malestar adolescente, yendo de lo más superfluo y pasajero (enmarcado dentro del ámbito de la normalidad o normalización del malestar), a lo más severo y perdurable (inscrito en el ámbito de la problematización e incluso en ocasiones patologización del padecimiento).

Asimismo la decisión de emplear metodología de tipo mixto (combinando métodos cuantitativos y cualitativos) a lo largo del proceso de investigación nos ha concedido una serie de ventajas que no hubieran sido posibles si el abordaje hubiese sido distinto. Inicialmente contar con la base de datos previa del PFI nos ha aportado datos longitudinales sobre aspectos sociales, económicos, educacionales, familiares y relacionales tanto de los informantes como de sus familias. Estos datos, junto con los incorporados por medio de nuestra quinta oleada, nos han permitido atender y analizar los cambios y

evoluciones acontecidas a lo largo de este periodo de tránsito hacia la vida adulta, confiriendo así a nuestra investigación de un carácter longitudinal. La combinación de metodología cuantitativa y cualitativa mediante la implementación de entrevistas semiestructuradas y test y cuestionarios cuantitativos nos permitió recopilar datos mediante los cuales actualizar, ampliar y completar la base de datos cuantitativa anterior, creando así una quinta oleada con la que incrementar la temporalidad y el alcance del estudio longitudinal; y configurar una base de datos cualitativa que arrojara nueva luz a los datos cuantitativos y nos permitiera identificar la singularidad oculta en la regularidad aportando subjetividad a los datos “objetivos”. Por último la implementación de los grupos focales y de discusión permitió triangular los datos y verificar su validez, indagar en los problemas aparecidos en el análisis cualitativo-cuantitativo, incluir las percepciones y saberes de los profesionales de la salud mental dedicados a trabajar con población juvenil, integrar de forma conjunta las miradas de jóvenes y profesionales, e implementar un trabajo participativo y colaborativo gracias al cual se logró integrar los puntos de vista de los actores principales, enriqueciéndose por consiguiente la información y logrando afianzar la implicación y participación proactiva de los informantes a lo largo del proceso investigativo.

### **La (no) búsqueda de ayuda**

Como paso inicial de la investigación el análisis del fenómeno de la evitación/infrautilización de los servicios profesionales de atención a la salud mental de adolescentes y jóvenes, mediante el uso de técnicas cualitativas y análisis de dominios culturales, facilitó la detección de asociaciones entre las diferentes barreras de acceso existentes (superando así las limitaciones señaladas por estudios anteriores (Gulliver et al., 2010; Biddle et al., 2007; Good, 1994). Dicho análisis sirvió para realizar una primera aproximación a los modelos explicativos legos de malestar, la cual propició la detección y el trazado de los itinerarios de búsqueda (o no) de ayuda (tanto profesional como lega) en base al género y a la existencia de experiencias previas, tanto de malestar emocional como de búsqueda de ayuda.

Se reveló que los itinerarios y trayectorias de atención posibles seguidos por adolescentes y jóvenes se estructuran en tres grandes tramos: Normalización,

Problematización, y Evaluación de las consecuencias<sup>46</sup>; los cuales presentan una lógica inter-relacional de tipo dinámico, en la que los intentos de normalización del malestar pueden darse tanto de manera simultánea como subsecuente con la toma de conciencia del problema (o fase de problematización), observándose este hecho especialmente en el caso de los chicos (Martínez-Hernández et al., 2014).

En la fase de “Normalización” el malestar padecido se considera como “estar normalmente deprimido”. Las razones que argumentan los jóvenes en esta fase para explicar la evitación de los servicios profesionales defienden la idea de que los recursos psicosociales propios de cada persona (confianza en uno mismo y en su propia red social) son suficientes para hacer frente y solventar el malestar emocional. En la siguiente fase, denominada “Problematización del malestar”, los intentos por normalizar los padecimientos sufridos no logran los frutos deseados, la auto-confianza disminuye, y se empieza a considerar la necesidad de buscar ayuda. Es cuando comienza a emerger la negatva del propio sujeto a asumir que su malestar podría ser un problema serio, y surgen sus primeros planteamientos en torno a diversos aspectos relacionados con el acceso a los servicios existentes (y disponibles) de atención (tales como la desinformación sobre los dispositivos y servicios, los modos de acceso a ellos, su coste económico, el miedo a ser diagnosticados o la incompatibilidad de horarios) los cuales no se había cuestionado hasta ese momento. La tercera y última fase detectada recibe el nombre de “Evaluación de las consecuencias”, engloba las razones asociadas con el modo en que los jóvenes evalúan las consecuencias, reales o imaginadas, de la búsqueda de ayuda; e incluye aspectos como la vergüenza, el estigma, y cuestiones relacionadas con el tratamiento ofertado por los servicios de atención (como la falta de confianza en lograr resultados positivos) (Martínez-Hernández et al., 2014). A este respecto es preciso señalar que, tal y como se expone en el correspondiente artículo (Martínez-Hernández et al., 2014), tanto el género como la existencia (o no) de experiencias previas de malestar y búsqueda de ayuda han mostrado ser variables relevantes que deben ser tenidas en cuenta en este proceso.

Concretamente atender a la variable género a lo largo del proceso de investigación ha posibilitado observar como ésta condiciona fuertemente las formas en las que adolescentes y jóvenes *entienden* y *atienden* su malestar. Un claro ejemplo se muestra, tal y como comentábamos, en el análisis de las razones de (no) búsqueda de ayuda, puesto que mientras que las mujeres tienden a explicar su evitación de los servicios profesionales

---

<sup>46</sup> Distribuyéndose las doce causas distintas de evitación reportadas por los jóvenes en estos tres grandes grupos.

aludiendo a experiencias previas de malestar y búsqueda de ayuda, los chicos suelen, independientemente de sus experiencias previas, tratar sus malestares emocionales como una parte normal de su mundo vital. Estas razones de evitación están relacionadas con los diferentes senderos emocionales de expresión y afrontamiento del malestar seguidos por unos y otras. Los chicos requieren la ayuda de sus amigos para normalizar su malestar, “olvidarse” del problema, desconectar de todo, y así ya luego, a todo pasado, poder conversar sobre lo sucedido con mayor perspectiva y distancia emocional. En cambio las chicas prefieren seguir el sendero inverso, siendo para ellas el primer paso conversar sobre el suceso, “tomar conciencia”, problematizarlo, y analizarlo en detalle, para así posteriormente poderlo olvidar (Carceller-Maicas, 2013a; Martínez-Hernández et al., 2014; Martínez-Hernández et al., 2016).

### **Normalizando el malestar. La preferencia por la autoatención.**

Un aspecto recurrente, observado en los diferentes análisis llevados a cabo a lo largo del proceso de investigación, es la preferencia de adolescentes y jóvenes por autoatender sus malestares emocionales. Su propensión inicial a normalizar de forma reiterada su malestar, su tendencia a experimentar el malestar como una responsabilidad propia, y su necesidad de mantener su autonomía personal así como su autocontrol a lo largo del proceso de atención, afianzan la existencia de dicha predilección; reservándose la búsqueda de ayuda profesional para aquellas situaciones consideradas por ellos como demasiado serias y severas (Martínez-Hernández et al., 2014; Martorell-Poveda et al., 2015; Carceller-Maicas et al., 2015; Martínez-Hernández et al., 2016).

La normalización del malestar emocional se hace patente en primer lugar en su forma de *entender* el malestar evidenciada a partir del análisis de sus modelos explicativos legos. Las nosologías empleadas para dar nombre al malestar padecido corroboran la citada tendencia inicial a la normalización, pues las terminologías referidas para dar nombre al suceso de la viñeta de la entrevista (creada incluyendo las sintomatologías de depresión referidas por el DSM-IV-TR) no se ciñen exclusivamente a categorías clínicas provenientes del MMH, sino que muestran un amplio continuum nosológico conformado por diferentes gradientes y severidades de malestar, el cual incluye desde los padeceres más leves y fútiles hasta los más intensos y duraderos (Carceller-Maicas, 2017).



La propensión a normalizar el malestar emocional se observa también en la resignificación que adolescentes y jóvenes hacen del término “depresión”. En primer lugar, durante el análisis del proceso de (no) búsqueda de ayuda, se observó que aquello a lo que los jóvenes denominan depresión no se corresponde con la definición clásica del sistema biomédico, sino que más bien se trata de una nosología resignificada que cobra un sentido distinto y particular dentro su propio modelo explicativo lego (Martínez-Hernández et al., 2014). La profundización posterior en los modelos explicativos a través del análisis de las nosologías legas de malestar corroboró este indicio. Mostró, a partir del enfoque hermenéutico y de la interpretación de narrativas, cómo la categoría “depresión” juega un papel clave dentro del continuum nosológico lego, puesto que posee una ambivalencia que le permite referirse tanto a los estados más severos (“tener depresión”) como a los más leves y normalizados (“estar depre”), gracias a la cual hacía las veces de hilo conductor dando sentido, significado y orden al resto de las nosologías del continuum (Carceller-Maicas, 2017). Evidenciándose pues a partir del análisis de las narrativas la citada querencia de adolescentes y jóvenes a normalizar el malestar: *“Está deprimido, pero exagerando un poco la situación. No está deprimido del todo en el tema médico, pero se siente mal, está triste, está decaído”* (168\_MujerControl).

Los hallazgos obtenidos permiten observar cómo este “estar normalmente deprimido” (o *“being normally depressed”*) es considerado por adolescentes y jóvenes como una consecuencia de las situaciones de la vida cotidiana (Martínez-Hernández et al., 2014; Martorell-Poveda et al., 2015; Carceller-Maicas, 2017). Lo cual se confirma de nuevo en el análisis de las etiologías legas o causas de malestar, en el que los estudios, la familia, los problemas con amistades, el mal de amores y el bullying destacan como las causas de malestar más relevantes en esta etapa vital (Carceller-Maicas, 2013b). Es debido a esta cotidianeidad en las causas de malestar emocional que las soluciones a dicha “depre normalizada” han de ser encontradas, de acuerdo con los modelos explicativos legos, dentro del contexto de la vida cotidiana y de las relaciones sociales, haciéndoseles frente mediante diversas estrategias de autoatención (Martínez-Hernández et al., 2014; Martorell-Poveda et al.; 2015).

En el análisis de las estrategias de autoatención se tuvo en cuenta todo el repertorio de actividades y recursos que la gente joven emplea para afrontar, controlar, aliviar, aguantar y solventar sus situaciones de malestar emocional sin contar con la intervención de los servicios profesionales de atención a la salud mental (Menéndez, 1984; Helman,

2007; Menéndez, 2009; Martorell-Poveda et al., 2015). Se detectaron diez categorías, las cuales se agruparon en cuatro áreas principales. La primera de dichas áreas incluye aquellos recursos que refuerzan la individualidad de la persona y le permiten mantener su autonomía personal a la hora de resolver los conflictos emocionales acontecidos. Entre los recursos inscritos en esta primera área hallamos estrategias como “permanecer en silencio” (pues los jóvenes dicen que esto les permite estar solos con ellos mismos y les ayuda a encontrar una posible solución al problema), o “escribir” sus pensamientos y sensaciones. La segunda área alude a las relaciones con el mundo adulto, especialmente a padres y profesores. El amor incondicional que los jóvenes perciben por parte de este colectivo, especialmente de sus padres y madres, resulta significativo para ellos como fuente robusta de apoyo durante el proceso de autoatención (incluyéndose también dentro de esta área las relaciones de noviazgo que les ofrecen cariño, confianza y apoyo incondicional para afrontar la adversidad). La tercera área analizada va un paso más allá e incluye parientes de fuera del núcleo familiar, tales como tíos/as, primos/as, abuelos/as, etc., así como actividades físicas y deportivas (jugar a baloncesto, a fútbol, etc.). Por último la cuarta área incluye estrategias relacionadas con la expresión sensorial y artística de la persona, las cuales incluyen tanto prácticas internalizantes (meditación, relajación, etc.) como externalizantes (por ejemplo tocar en un grupo de música). Se han observado diferencias en las estrategias preferidas de atención al atender al género y a los distintos subgrupos de la muestra (Grupo Diagnóstico, Grupo Malestar, Grupo Control) (Martorell-Poveda et al., 2015).

Dichas diferencias se han hecho patentes también en lo que respecta al ámbito concreto de la auto-medicación (Carceller-Maicas et al., 2014; Martorell-Poveda et al., 2015; Martínez-Hernández et al., 2016). A lo largo de la investigación hemos podido observar cómo los chicos de nuestra muestra prefieren, por lo general, la ayuda de su grupo de iguales para así mantener el auto-control; mostrando al mismo tiempo mayor tendencia a evitar los recursos profesionales de atención. La literatura apunta que los esfuerzos por conservar dicho auto-control podrían estar relacionados con un mayor consumo de sustancias psicoactivas, tal y como defiende la hipótesis de la auto-medicación (Audrain-McGovern et al., 2009). En la presente investigación, gracias al análisis mixto realizado sobre el consumo de tabaco en población juvenil y adolescente, pudimos comprobar la relación existente entre el consumo de tabaco y la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en los chicos, revelándose además gracias a los datos cualitativos que los fumadores con depresión/ansiedad previa fuman principalmente como recurso de auto-medicación, pues tal y como ellos mismos comentan: fumar “relaja”, “resuelve la ansiedad”, “calma los

nervios” y les permite “desahogarse”; resultando por tanto un remedio efectivo (en base a su auto-percepción) para hacer frente a los síntomas de malestar emocional (Carceller-Maicas et al., 2014).

### **El papel de “los otros” en el proceso de autoatención. De la normalización a la problematización.**

La decisión de pedir ayuda a otras personas sólo tiene lugar cuando los jóvenes sienten que no tienen otra alternativa, cuando ven que no pueden solventar la situación empleando sus propios recursos y se dan cuenta de que no pueden seguir atrapados en ese problema; es justo ahí cuando necesitan compartir su experiencia de malestar con los demás, socializando el proceso (inicialmente) en el contexto de las amistades.

Este salto de la esfera unipersonal a la esfera social no implica necesariamente salir del tramo normalizador del itinerario de atención. Es el modo en que se percibe, siente y *entiende* el problema el que hará que se pase de la normalización del malestar a la problematización del mismo, e incluso en un paso más allá de severidad a evaluar seriamente la posibilidad de buscar ayuda profesional y sus posteriores consecuencias. La temporalidad del malestar ha mostrado ser un factor clave a la hora de considerar la gravedad del mismo. Lo que inicialmente podía percibirse como fácil de solventar por uno mismo, a medida que pasa el tiempo y no se logran los avances y mejoras esperadas o deseadas puede hacer que los jóvenes lleguen a sentirse atrapados, incrementándose su sensación de agobio y la necesidad de ayuda externa a medida que se va pasando de la normalización a la problematización del malestar (Martorell-Poveda et al., 2015). Así pues mientras que los padeceres más momentáneos son considerados de carácter más leve, a medida que el malestar se extiende en el tiempo y su duración pasa de un momento a unos días, y de unos días a una temporada, la gravedad auto-percibida se incrementa, y lo que podía considerarse inicialmente como normal y típico de la adolescencia poco a poco se aproxima al polo de lo patológico y empieza a entenderse como una enfermedad<sup>47</sup> (Carceller-Maicas, 2017).

---

<sup>47</sup> Se observa de este modo la relevancia que la dimensión temporal del malestar tiene para los/as adolescentes y jóvenes. “El tiempo sí importa” (Masana, 2015:64) pues es un factor destacado en la consecución y el desarrollo de malestares, padeceres y enfermedades. Reconocer dicha importancia deviene por tanto de interés pues tal y como defiende Masana ayudaría a mejorar las

Cuando los intentos reiterados de normalizar el malestar, atenderlo, y solventarlo por uno mismo sin contar con nadie más no dan frutos es cuando se inicia la problematización del malestar. En esta fase el problema sigue formando parte de la cotidianidad de sus vidas, lo que sucede es que las herramientas con las que uno cuenta no son suficientemente útiles, y se hace necesario recurrir a la red próxima de apoyo en busca de escucha, comprensión y ayuda. La primera red de apoyo a la que adolescentes y jóvenes suelen acudir es el grupo de iguales. Una de las razones que hace que los jóvenes busquen ayuda en su grupo de iguales es que es en ese mismo espacio en el que, para muchos, se origina el malestar. De hecho, tal y como se observa en el análisis de las etiologías legas, tres de los cinco ámbitos destacados aluden al grupo de iguales: problemas con el grupo de amistades, bullying y mal de amores (Carceller-Maicas, 2013b).

Llegados a este punto es donde comienza a vislumbrarse el papel que las redes sociales de apoyo tienen en la vivencia y el afrontamiento del malestar emocional. Muchos estudios sobre apoyo social muestran la relevancia de los lazos sociales en el inicio, transcurso y mitigación de los malestares emocionales (Oxman et al., 1992). Se ha demostrado que el apoyo social tiene un efecto positivo en el malestar depresivo, pues facilita el proceso de recuperación en casos de depresión mayor, y su ausencia se erige como un predictor de mayor incidencia de síntomas depresivos en población general, y de empeoramiento del pronóstico en pacientes diagnosticados (Ibarra-Rovillard y Kuiper, 2011; Leskelä et al., 2006; Gladstone et al., 2007; Tandon et al., 2013). Las amistades son un componente esencial en la conformación de las redes sociales de apoyo a estas edades. Los análisis aquí realizados han permitido detectar que aquellos participantes que han expresado su insatisfacción con el apoyo psicológico que reciben en situaciones de crisis (PCS en la entrevista MISS) han experimentado una pérdida en sus amistades a lo largo de los últimos años<sup>48</sup>, presentando además en el momento del estudio una red social conformada por menos de ocho amistades<sup>49</sup>. El hecho de contar con una red de amigos/as así de reducida,

---

relaciones entre los enfermos y los que no lo están, así como la atención que las personas reciben por parte de los profesionales tanto sanitarios como sociales (Masana, 2015).

<sup>48</sup> Nos referimos aquí exactamente a haber sufrido una pérdida en las amistades a lo largo de las cinco oleadas que abarca el presente estudio atendiendo a los datos de esta investigación (oleada 5) y del PIF (oleadas 1, 2, 3 y 4).

<sup>49</sup> La importancia de la amplitud de la red de amistades en el surgimiento, curso y resolución del malestar emocional se ha evidenciado también durante el análisis de las estrategias de afrontamiento empleadas por adolescentes y jóvenes, habiendo detectado cómo para algunos de los jóvenes contar con un amplio círculo de amistades hace incuestionablemente más fácil gestionar su malestar (Martorell-Poveda et al., 2015).

y la insatisfacción con el apoyo psicológico cotidiano obtenido, han mostrado estar asociadas con tener relaciones de amistad conflictivas (Martínez-Hernández et al., 2016); hallándose relación por tanto, a partir de estos datos, con la existencia y relevancia de las tres etiologías de malestar que implican al grupo de pares (mal de amores, problemas con amistades y bullying).

Pero las redes sociales de apoyo no están conformadas simplemente por el grupo de iguales o por las amistades, sino que incluye también a la familia como otro componente esencial. Adolescentes y jóvenes identifican a sus padres como la principal fuente de apoyo instrumental en momentos de crisis, acudiendo a ellos en caso de enfermedad, dificultades económicas o cuando han de tomar una decisión importante en sus vidas (Martorell-Poveda et al., 2015). Las madres son con las que suelen compartir más confidencias y experiencias, pues los jóvenes comentan tener más confianza con ellas debido a que ellas muestran tener mayor empatía. Así pues, a pesar de que la familia es una de las fuentes principales de malestar (Carceller-Maicas, 2013b), los jóvenes la consideran también como uno de los pilares principales de apoyo (Martorell-Poveda et al., 2015).

### **Investigación-acción participativa y vocación práctica:**

La investigación-acción participativa ha mostrado ser un buen modo de trabajar para lograr integrar, equitativamente, las voces de todos los grupos involucrados, ya que permite superar la asimetría característica del Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Fernández-Lamelas y Vega-Monteagudo, 2010; Menéndez, 1990) creando relaciones horizontales que posibilitan afrontar los problemas de salud de un modo holístico e integral.

Diversos estudios han demostrado que emplear este tipo de investigación para abordar problemáticas relacionadas con el ámbito de la salud bien merece la pena, pues permite obtener resultados que marcan una diferencia cualitativa, configurándose así como un buen abordaje alternativo capaz de producir nuevo conocimiento (Ratcliffe, 1989; Rosenfield, 1992; Hirsch et al., 2008).

Concretamente en el desarrollo de la presente investigación se ha podido comprobar cómo el uso de metodologías participativas, como modo de aproximación a la

investigación antropológica en salud, ha ayudado a lograr un compromiso más firme con los informantes, el cual consecuentemente ha repercutido y contribuido en su empoderamiento e implicación en el proyecto de investigación; posibilitándonos este proceso en última instancia crear formas colaborativas de conocimiento antropológico, como es el caso de nuestra Guía de Buenas Prácticas (la cual conforma la última publicación del bloque de resultados) (Carceller-Maicas et al., 2013; Carceller-Maicas, 2015).

Para implementar un proyecto de investigación acción participativa de este estilo uno de los primeros pasos esenciales fue la identificación de los colectivos interesados tanto en la solución como en el mantenimiento del problema objeto de estudio (Clemente, 1992); puesto que para lograr solucionar el problema de modo eficaz es preciso dar voz a todas las partes implicadas y promover un diálogo horizontal entre ellas. Tal y como se expone en los dos últimos escritos del bloque de resultados, las partes interesadas (y por tanto involucradas) en nuestro proyecto fueron los adolescentes y jóvenes catalanes y los profesionales de la salud mental especializados en la atención a este colectivo (se contó con profesionales dedicados a la enfermería, el trabajo social, la psiquiatría, la psicología, la psicoterapia y la antropología médica). Gracias al trabajo conjunto participativo y transdisciplinar de todas las partes logramos crear la Guía de Buenas Prácticas para la Atención Psicosocial de Adolescentes y Jóvenes (Carceller-Maicas et al., 2013). Esta guía, tal y como se ha podido apreciar con anterioridad, es un material breve y eminentemente práctico creado para dar respuesta al fenómeno de la infra-utilización de los servicios de salud mental juvenil, siendo su objetivo fomentar la reflexión como instrumento de mejora. Una de las ventajas más destacables de este material fruto del trabajo colaborativo y participativo conjunto, es que no se ha dedicado a detectar simplemente las barreras existentes, sino que ha logrado ir un paso más allá y proponer todo un conjunto concreto de recomendaciones para cada una de las barreras señaladas.

En conclusión podemos señalar que la creación de este material ha permitido que la presente investigación (en conjunción con el proyecto “Los malestares adolescentes”) tenga una repercusión tanto académica como pragmática, pues nos ha ayudado a efectuar recomendaciones para superar las barreras detectadas en el proceso de búsqueda de ayuda promoviendo por consiguiente la mejora de las prácticas profesionales, el acceso a los servicios especializados (en los casos en los que éste sea considerado necesario), y ha contribuido además en último término a la normalización tanto de la etapa de la adolescencia como de los malestares emocionales que en ella acontecen.

## 2. Tareas para el futuro

Las tareas para el futuro que se exponen a continuación responden a diversos intereses teóricos y metodológicos que han ido surgiendo a lo largo del proceso de investigación, los cuales se considera provechoso poder explorar de cara al futuro para tratar de aportar una pizca más de luz sobre el conocimiento y la comprensión de los malestares emocionales adolescentes y juveniles.



En primer lugar y debido al carácter en parte longitudinal de la presente investigación se considera interesante poder realizar una nueva ronda de trabajo de campo en la que contactar de nuevo con los/as informantes pertenecientes a esta muestra y realizar con ellos/as la que sería la sexta oleada. Soy consciente de la limitación de que la quinta y la sexta oleada no recopilaran información perteneciente a años consecutivos, pero no es esa mi intención. De hecho el interés de realizar esta nueva ronda de campo responde a investigar sobre cómo varían (o no) las maneras en las que mis informantes *entienden* y *atienden* sus malestares emocionales con el paso de los años. Esto permitiría ver las variaciones existentes en el transcurso de la etapa adolescente y primeros años de juventud hasta la juventud adulta (pues actualmente sus edades están comprendidas entre los 23 y 27 años). Concretamente considero que podría ser útil explorar de entrada los mismos aspectos destacados en la presente investigación relacionados con sus modelos explicativos de malestar y con sus formas profanas de atenderla para poder realizar, de este modo, un estudio comparativo entre ambas etapas vitales<sup>51</sup>. Esto me permitiría observar, entre otros múltiples aspectos, las permanencias y fluctuaciones en los temas “at stake” en sus vidas, así como en las formas empleadas para hacerle frente a las angustias vividas.

---

<sup>50</sup> El motivo de incluir aquí espirales para estructurar y numerar las propuestas de trabajo futuras se debe a que este símbolo (dentro de la cultura celta) simboliza el continuo movimiento en espiral de la siempre expansible naturaleza de la sabiduría y el conocimiento, motivo por el cual considero apropiada su presencia en este punto en el que se plantean líneas de investigación futuras que contribuyan a ampliar el conocimiento.

<sup>51</sup> Esta primera aproximación podría abrir la puerta a nuevas temáticas y rumbos investigativos de interés.



En esta investigación se ha podido comprobar que el género es una variable clave a la hora de analizar las angustias y malestares emocionales en esta etapa vital. Es por eso que creo que podría resultar de interés poder profundizar en los aspectos de género ampliando la mirada a este respecto. En el momento en que se realizó la investigación muchos de los informantes estaban construyendo su identidad (en todos los sentidos). Abordar cuestiones sobre identidad de género era, por aquel entonces, un tema un tanto complejo (tanto por hallarse en pleno proceso de auto-descubrimiento, como por los tabúes existentes en torno a todo aquello que quedara fuera de la hetero-normatividad). Actualmente, en las edades en las que los informantes se encuentran ahora, las identidades de género podrían estar más definidas y afianzadas (en base a un mayor auto-conocimiento personal) y los tabúes más diluidos. Se propone por tanto poder explorar el papel que las identidades de género (y su conformación) tienen en los malestares emocionales, atendiendo para este fin al abanico de realidades existentes (inter-género, trans-género, etc.) e indagando además sobre las “nuevas masculinidades y feminidades”, y las relaciones de género vigentes.

Me interesa particularmente abordar esta temática en dos direcciones, en el momento actual (juventud adulta) y en retrospectiva (adolescencia y primeros años de juventud); pues quizás la distancia analítica de los informantes pueda aportar información novedosa respecto al papel que jugó este aspecto en su etapa adolescente.

Del mismo modo indagar sobre esta temática podría resultar de utilidad para aproximarse a las relaciones de género basándose en sus propias representaciones y prácticas, y perfilar así conjuntamente con ellos/as, por medio de un trabajo participativo y colaborativo, líneas de acción encaminadas a promover la tolerancia, la igualdad y la equidad entre las personas.





Un tercer punto que llama mi atención e interés investigativo es poder aproximarme a los malestares emocionales atendiendo a las narrativas silenciadas, es decir, a las angustias y malestares que no hallan su expresión por medio del habla sino de otras vías de expresión distintas a la palabra. Me interesa especialmente poder observar y explorar los lenguajes del cuerpo, pues tal y como afirmaba el gran Eduardo Galeano en su Libro de los Abrazos:

*“Cuando es verdadera, cuando nace de la necesidad de decir, la voz humana no hay quien la pare. Si le niegan la boca, ella habla por las manos, o por los ojos, o por los poros, o por donde sea. Porque todos, todos, tenemos algo que decir a los demás”*

*(Galeano, 1993:15).<sup>52</sup>*

Dentro de este ámbito me interesa particularmente el papel que juegan las marcas de sufrimiento emocional como recuerdos y reminiscencias del sufrimiento y del malestar afrontados y (quizás) superados. Me refiero aquí, entre otros aspectos, al papel concreto de las heridas, de las cicatrices, e incluso de los tatuajes. Ciertas observaciones y conversaciones informales con algunos de los informantes que he encontrado en este último año me han permitido observar formas de expresión (corporal) del malestar que no se habían dado en el momento de la investigación (sino sólo ahora a posteriori con el paso del tiempo). Un par de ejemplos clarificadores de esta idea pueden hallarse en primer lugar en la resignificación que una de las informantes hace actualmente de sus marcas de intento de suicidio durante la adolescencia, habiendo dejado de verlas como un signo de debilidad o vergüenza y concibiéndolas ahora como un signo de fuerza y de espíritu de superación; y en segundo lugar en el papel que desempeñan los tatuajes que se ha realizado alguno de los jóvenes con el propósito de tener un recuerdo gravado en piel que le recuerde su poder de superación al haber “sobrevivido” a angustias emocionales de gran intensidad.

---

<sup>52</sup> Galeano, E. (1993) Celebración de la voz humana/2. En: *El Libro de los abrazos*. Ediciones La Cueva.

Viene a mi mente a este respecto la técnica japonesa de arte cerámico conocida como *Kintsukuroi* (金繕い)<sup>53</sup>, este arte consiste en reparar cerámica rota enalteciendo la zona dañada rellenando las grietas con polvo de oro o plata (*Kitsugi*). Mientras que en occidente la cerámica que se rompe se considera un desecho, o incluso en el caso de llegar a repararla ésta se considera fea, en Japón tiene un valor especial, pues consideran que cuando algo ha sufrido un daño y tiene una historia, se vuelve más hermoso. El resultado de este proceso artístico permite pues que la cerámica no sólo quede reparada sino que logra además ser todavía más bella y más fuerte que la original. Así pues en lugar de tratar de ocultar la fragilidad de la pieza y los defectos y grietas ocasionados por su rotura, estos se acentúan y celebran, ya que ahora se han convertido en su parte más fuerte.

A mi modo de ver el *kintsukuroi* muestra puntos de conexión con la resignificación que los jóvenes hacen de sus heridas emocionales (ya sean cicatrices o tatuajes) pues en ambos casos la “rotura” de una parte del ser se afronta, y se logra salir “reforzado” y “empoderado”. Es preciso señalar que la línea de investigación aquí planteada no es más que una idea incipiente la cual aún es necesario definir y fundamentar en profundidad.



Por último me gustaría compartir otro de los aspectos que me interesaría poder explorar, interrelacionando en este caso la antropología médica con la antropología visual. Se trata de una propuesta metodológica en la que por medio del uso de las nuevas tecnologías podría acceder a los emocionales visuales juveniles, incorporando el lenguaje visual y digital (tan presente actualmente en nuestro contexto, y más aun especialmente en este grupo etario) a la investigación en salud emocional adolescente y juvenil. Esta idea se expone con mayor detalle en el artículo académico que sigue a continuación (Publicación 10: “Jóvenes, Salud y Redes Sociales. Instagram como herramienta de investigación en la comunicación de la salud”)<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> Soy una aficionada y apasionada de la cerámica en sus múltiples vertientes y modalidades, razón por la que estoy familiarizada con términos como este.

<sup>54</sup> La cual parece que ha tenido buena acogida debido al interés mostrado por medios como la Revista Scidev.net, la cual me contactó para entrevistarme, publicando posteriormente el siguiente artículo en su revista: “Instagram puede refrescar investigación en salud juvenil”. El cual está disponible en el siguiente link: <http://www.scidev.net/america-latina/redes/noticias/instagram-puede-refrescar-investigacion-en-salud-juvenil.html>

# **Publicación 10: Jóvenes, Salud y Redes Sociales. Instagram como herramienta de investigación en la comunicación de la salud.**

Carceller-Maicas, N. (2015). “Jóvenes, Salud y Redes Sociales. Instagram como herramienta de investigación en la comunicación de la salud”. *MÈTODE Science Studies Journal*, 88: 3-9. Universitat de València. DOI: 10.7203/metode.6.6555



# JÓVENES, SALUD Y REDES SOCIALES

## INSTAGRAM COMO HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN EN LA COMUNICACIÓN DE LA SALUD

NATÀLIA CARCELLER-MAICAS

La comunicación es clave en el ámbito de la salud, e incrementa su importancia con la era digital. Internet y los nuevos *mass media* se han convertido actualmente en herramientas básicas de comunicación, y son incluso imprescindibles cuando hablamos de la juventud. Escasos son los jóvenes que, en nuestro contexto occidental, no tienen hoy en día un teléfono móvil de última generación con el que comunicarse, acceder a las redes sociales y compartir sus vivencias instantáneamente con sus amigos. La incorporación de herramientas comunicativas como Instagram al trabajo de campo en salud juvenil presenta toda una serie de retos y de potencialidades para la investigación social en salud, ya que nos permite acercarnos al mundo adolescente y enriquecer así la investigación etnográfica.

Palabras clave: juventud, malestares emocionales, innovaciones metodológicas, autogestión de la salud, Instagram.

La proliferación del uso de dispositivos digitales va en aumento y afecta a nuestro contexto de forma cada vez más variada e intensa. La instauración de Internet como herramienta cotidiana de comunicación introduce cambios en las formas de comunicarnos. El desarrollo y abaratamiento de tecnologías digitales junto a la extensión de internet, así como la simplificación de su uso, permite que la gente se anime a producir y compartir sus propias creaciones de formas diversas (Ardévol, Roig y Gómez-Cruz, 2010). Dentro de este nuevo entorno encontramos un amplio abanico de herramientas que se configuran como nuevos medios de comunicación social, de producción, distribución y consumo que están al alcance de una gran cantidad de gente. Aun así, la aceptación y acogida de estos medios por los diferentes grupos sociales es diversa, y varía en función de factores socioculturales.

El grupo de edad que mejor se adapta a este avance tecnológico y más rápidamente lo incorpora como parte de su forma de entender la vida y de estar en el mundo es el colectivo de adolescentes y jóvenes (Pu-

rita, 2015; Rubio, 2010). La curiosidad por este medio, unida a la multiplicidad de facilidades de comunicación, practicidad y ocio ilimitado que ofrece congenia a la perfección con el modo de ser y sentir el mundo en esta etapa vital, en la que la comunicación y la sociabilidad son básicas para entender y compartir los propios mundos vitales. Pocos son los jóvenes que, en nuestra sociedad, no disponen de un teléfono móvil de última generación con el que comunicarse, acceder a redes sociales y compartir sus vivencias de forma instantánea con sus amigos. El teléfono móvil ocupa un papel central en la vida en lo referente a herramientas tecnológicas, y participa de forma continuada y casi omnipresente en la gestión de las relaciones (Wood, Bokowski y Lis, 2015). Se utiliza para comunicarse tanto de forma

oral y escrita como visual, ya que dispone de herramientas y aplicaciones multimodales que permiten ampliar la sociabilidad y transformar los patrones sociales de relación, estatus e incluso de visibilidad (Ito, Okade y Matsuba, 2005; McIntosh, 2010) proveyendo de nuevas formas de intimidad.

**«LA INCORPORACIÓN  
DE HERRAMIENTAS  
COMUNICATIVAS COMO  
INSTAGRAM AL TRABAJO  
DE CAMPO EN SALUD  
JUVENIL PRESENTA TODA  
UNA SERIE DE RETOS Y DE  
POTENCIALIDADES»**

No se puede obviar el papel que este tipo de dispositivos, y sus usos y desusos, representa en la forma de ser y estar en el mundo (Best, Manktelow y Taylor, 2014). Es por eso que en los últimos años han proliferado los estudios centrados en estos aparatos. Trabajos como el de Van House, Davis, Takhteyev, Ames y Finn (2004) evidencian el surgimiento de nuevos marcos de comunicación culturalmente reconocidos que se reconfiguran continuamente, gracias en parte a la incesante actualización e innovación tecnológica, la cual aporta cada vez formas más diversas de comunicarse. De hecho, la incorporación de la cámara digital a los teléfonos móviles facilita nuevas formas de comunicación y accesos a la información que están íntimamente ligados con las visiones cotidianas y personales de sus usuarios, lo que favorece la emergencia de continuas innovaciones.

#### ■ NUEVAS FORMAS DE ACERCARSE AL ESTUDIO DE LA SALUD

Estas innovaciones plantean retos que hay que tener presentes. Como investigadores tenemos que saber adaptarnos a la realidad que nos rodea y aprovechar las posibilidades que ofrecen estas tecnologías para investigar, lo cual es más necesario e interesante aún cuando trabajamos con gente joven. El objeto de estudio que aborda este artículo es el proceso de autogestión de los malestares emocionales en jóvenes. Este proceso incluye todo el cúmulo de representaciones y prácticas que los jóvenes emplean para entender, atender y solucionar sus sufrimientos emocionales (depresivos y ansiosos).

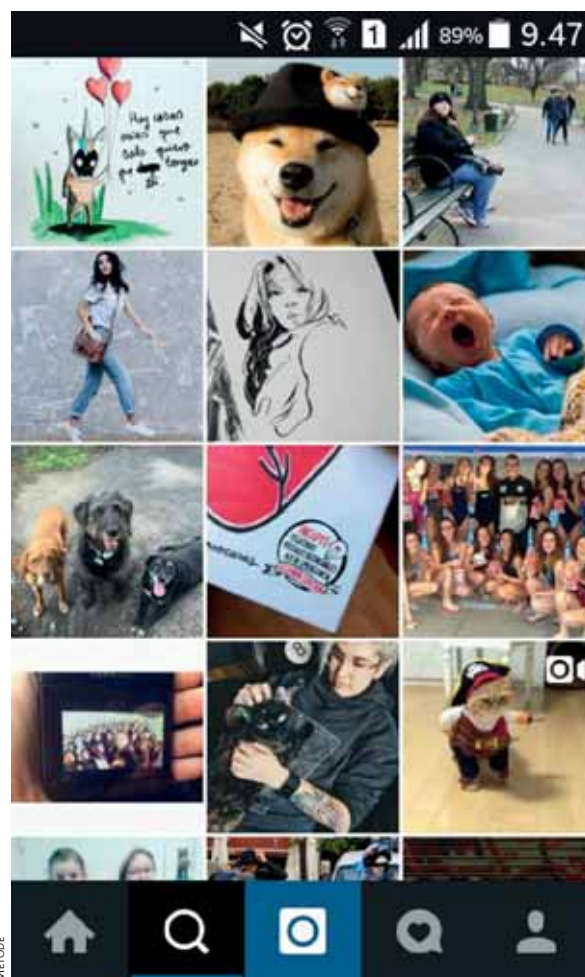
Atendiendo al punto de vista metodológico, se tomó la decisión de iniciar la identificación y el análisis de las formas de autogestión empleadas por la gente joven mediante lo que hacen y dicen los propios sujetos. El análisis de las estrategias propias de autoatención referidas por los jóvenes y del proceso llamado la «carrera del enfermo» (Barragan, 2005) permite identificar la mayoría de formas de atender el sufrimiento y el malestar que intervienen dentro de un contexto determinado. Este abordaje metodológico posibilita a los investigadores observar el uso articulado, relacional, que se hace de los saberes profesionales y profanos.

La autogestión del malestar emocional es un proceso estructural constante y en modificación continua. Existe toda una serie de sufrimientos que el sujeto experimenta y autogestiona en su día a día. Ante es-



#### «INSTAGRAM APORTA INFORMACIÓN QUE NO SE PODRÍA OBTENER EMPLEANDO LOS SISTEMAS CLÁSICOS Y ESTÁTICOS DE RECOGIDA DE DATOS»

tos sufrimientos puede o bien no hacer nada, o comentarlos con alguna persona, dejando que sea el tiempo quien los solucione, lo que también forma parte de las prácticas de autogestión del malestar (Menéndez, 2009). Es por eso que resulta tan interesante abordar este fenómeno mediante herramientas metodológicas que proporcionen un flujo de información continuada. El uso de herramientas que posibilitan una recopilación de datos profunda y puntual, como es el caso de las entrevistas en profundidad y los grupos focales y de discusión, permite extraer gran cantidad de información e ir descubriendo paso a paso nuevas categorías analíticas, así como crear un buen vínculo con los informantes. Pero el uso de una herramienta como Instagram aporta información que no se podría obtener empleando los sistemas clásicos y estáticos de recogida de datos.



Instagram es una aplicación gratuita para iPhone y Android que permite hacer fotografías y vídeos muy breves (de 3 a 15 segundos), modificar estos contenidos y compartirlos en las redes sociales como Facebook, Twitter, Flickr o la misma Instagram. Esta aplicación apareció en el mercado en octubre de 2010 y actualmente ya cuenta con más de 400 millones de usuarios en todo el mundo.

Instagram, al ser una herramienta interactiva de intercambio continuado de información, permite ver y analizar tanto los flujos de comunicación como los cambios y variaciones que se dan en los estados de ánimo de los informantes de forma instantánea. Esta particularidad de Instagram muestra cuáles son las estrategias de autogestión emocional empleadas por la juventud, y la forma en la que estas se modifican a lo largo del tiempo. En el abordaje de un objeto de estudio como este es clave el papel que representa la comunicación, porque las narrativas y discursos de malestar que la juventud crea y reconfigura a lo largo de su vivencia aportan información crucial para llegar a entender mejor el fenómeno. Pero las narrativas, tal y como se observa con el surgimiento de aplicaciones como Instagram, ya no son solo orales, sino también escritas y visuales; así, es interesante emplear herramientas metodológicas como esta para nutrir la investigación

con la riqueza de canales y modos de comunicación en lo referido a la salud que emplean los jóvenes.

Ante el debate sobre el binomio *online/offline*, nos posicionamos como partidarios de las aportaciones críticas hechas por autores como Carter (2005) y consideramos que las relaciones *online* y *offline* están imbricadas y forman parte integrante de una misma realidad. Así se observó durante un período en el que se realizó una observación participando en un campo de trabajo con adolescentes en Cataluña. Se vio que, en el mencionado contexto, el teléfono móvil ocupaba un lugar central en la vida de los jóvenes, y se evidenciaron las diferentes maneras que tienen los jóvenes de relacionarse entre ellos en el plano físico y virtual. Se observó que, mediante Instagram, se crearon subgrupos diferenciados en los que se daban relaciones y diálogos diferentes a los que paralelamente se producían en el plano físico. Los jóvenes compartían cosas

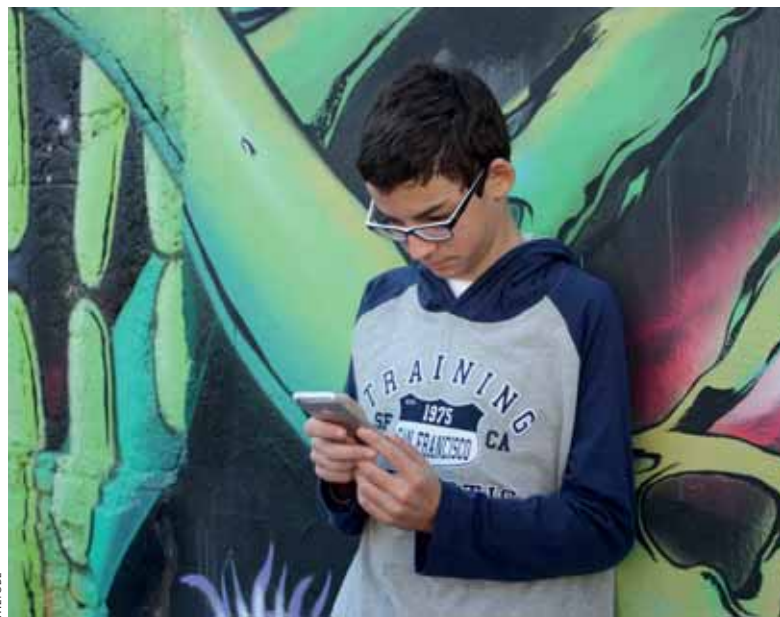
más íntimas *online* que *offline*, debido a la discreción que este primer canal ofrece. Y fue en aquel momento cuando surgió la idea de introducir esta herramienta de recogida de datos en la investigación sobre el proceso de autogestión de los malestares emocionales.

### ■ INSTAGRAM COMO HERRAMIENTA DE CAMPO

Instagram es una aplicación gratuita para iPhone y Android que permite hacer fotografías, modificarlas y compartirlas en las redes sociales como Facebook, Twitter, Flickr o la propia Instagram. Esta aplicación salió al mercado en octubre de 2010 y actualmente ya suma más de 400 millones de usuarios en todo el mundo (Instagram, 2015). Instagram es la red social que más crece entre los usuarios españoles (Purita, 2015), y la segunda red social más empleada por la juventud, por detrás solamente de Youtube (Forbes, 2015). Poder captar los instantes cotidianos, junto a la posibilidad de añadir comentarios a las imágenes hace de esta aplicación una herramienta versátil de comunicación, que ofrece una nueva gama de posibilidades para acercarse a la realidad que se investiga. Al ser una aplicación interactiva muy extendida entre los jóvenes y al ser además gratuita es fácil incorporarla como herramienta complementaria al trabajo de campo.

El hecho de no poder complementar las narrativas de malestar de los informantes con material visual que permitiese mostrar cómo sienten, piensan y viven los jóvenes su malestar emocional y las estrategias que emplean para autogestionarlo se percibía en nuestra investigación como una carencia. Nos gustaba la idea de Cárdenas de emplear «la imagen entendida como una herramienta, como una fuente, como un proceso (de representación, reflexión, investigación, sistematización) en la que existe la opción de que los documentos visuales sean abiertos, detonadores, reciclables» (Cárdenas, 2006: 6). Trabajar con la imagen empleando metodología participativa que hiciese que los propios jóvenes fuesen parte proactiva del proceso de investigación. La imagen permite construir una representación del mundo basándose en la imitación de la realidad, dado que ordena de forma implícita un discurso entorno de sí mismo, narrativizando de esta manera la realidad. El uso de imágenes nos ofrece una «documentación visual de registros culturales que compone un elenco de datos cualitativos» (Pereira da

**«AL SER UNA APLICACIÓN INTERACTIVA MUY EXTENDIDA ENTRE LA JUVENTUD, Y ADEMÁS GRATUITA, ES FÁCIL INCORPORAR INSTAGRAM COMO HERRAMIENTA COMPLEMENTARIA AL TRABAJO DE CAMPO»**



MÈTODE

Pocos son los jóvenes que, en nuestra sociedad, no disponen de un teléfono móvil de última generación con el que comunicarse, acceder a las redes sociales y compartir sus vivencias de manera instantánea con sus amigos.

Silva y Pires, 2008). Así pues, si el objetivo de esta investigación era trabajar sobre la autogestión del malestar emocional en la juventud a partir de sus narrativas, dejar de lado el uso de la narrativa visual representaba una pérdida de información. El uso de Instagram como herramienta de recogida de datos no es ajeno ni intrusivo para la gente joven, ya que está acostumbrado a emplearlo para compartir emociones visuales cargadas de afectividad. El uso de esta herramienta se

configura así como una nueva práctica de sociabilidad y comunicación, lo que facilita en gran medida introducirla como herramienta de recogida de datos.

Las imágenes son parte del proceso de configuración como individuos, del mundo emocional, y «forman parte también de nuestra realidad interna, forman nuestra subjetividad» (Ardévol y Muntañola, 2004). Si además las imágenes son creadas por la propia gente joven, estas serán no solo un reflejo de su mundo sino también de su realidad más vital, de lo que piensan y sienten que son. Es por tanto interesante para esta investigación la inclusión de la comunicación visual mediante el uso de fotografías, ya que amplía los canales y modos de comunicación y permite expresar y

Francisco Osorio



compartir las vivencias, percepciones y discursos entorno a su salud emocional de formas que les resultan cotidianas y próximas.

#### ■ VENTAJAS DE INCORPORAR INSTAGRAM A LAS TÉCNICAS CLÁSICAS DE INVESTIGACIÓN

En el contexto mediático actual los viejos y nuevos medios se interrelacionan continuamente y surgen intersecciones entre estos y los diferentes actores sociales. Articular las metodologías clásicas junto a las nuevas aportaciones tecnológicas permite nutrir la investigación con las ventajas que ambas ofrecen. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) modifican la realidad

**«CON LA LLEGADA DEL MÓVIL CON CÁMARA Y LAS APLICACIONES COMO INSTAGRAM LA POSIBILIDAD DE CREAR MATERIAL DE AUTOREPRESENTACIÓN AUMENTA»**

y, como investigadores, no podemos permanecer ciegos a estos cambios. Esta nueva circunstancia plantea un nuevo desafío a los investigadores: incorporar a la práctica profesional nuevas formas de acercarse a la realidad social y de observarla (Pichardo Galán, 2008).

Con la llegada del móvil con cámara y de las aplicaciones como Instagram, la posibilidad de crear material de autorrepresentación aumenta; ya que la incorporación de Internet juntamente a los dispositivos que este engloba ofrece un marco excepcional para acercarse a estas miradas. El autorrepresentación permite explorar los géneros reflexivos y autobiográficos, y se configura como una vía de acceso a la subjetividad de los informantes que permite elaborar un contenido más pleno de significados para el sujeto (así como de

significados compartidos dentro de los mundos intersubjetivos en yuxtaposición). El uso de estas técnicas favorece además la participación de los informantes en el proceso de investigación. Permite que los jóvenes pasen de ser sujetos pasivos a ser sujetos empoderados que construyen sus propias formas de representación; es así esta una de las verdaderas potencialidades de aplicación de las herramientas comunicativas (Cárdenas, 2006). La horizontalidad comunicativa es una ventaja ligada al proceso participativo. Posibilitar que los informantes formen parte activa del proceso de investigación favorece romper con la jerarquía entre el entrevistador y el entrevistado y permite así trabajar en un mismo plan cooperativo en el que etnógrafo e informante se comunican horizontalmente. Gracias a la horizontalidad se pueden crear mejores vínculos y mayor confianza, y conseguir que el informante se sienta más cómodo, valorado y motivado al verse como parte integrante de un modo más activo.

El flujo de información continuada y la interactividad son otras ventajas relevantes. Gracias a aplicaciones como Instagram, el hilo comunicativo entre investigador e investigado se mantiene conectado y actualizado. La cantidad de información que se puede recoger se incrementa, se enriquece la calidad de la comunicación, y aumenta la proximidad con los informantes.

Pero existe incluso una ventaja mayor que hace de Instagram una herramienta destacada para trabajar en jóvenes y en salud: permite superar las limitaciones de tiempo y espacio. El hecho de poder crear grupos focales virtuales continuados mediante esta herramienta digital presenta una potencialidad que favorece el trabajo de campo etnográfico, y que ahorra, tanto al

El uso de Instagram como herramienta de recogida de datos no es ajeno ni intrusivo para la juventud, ya que está acostumbrada a emplearlo para compartir emociones visuales cargadas de afectividad. El uso de esta herramienta se configura así como una nueva práctica de sociabilidad y comunicación, lo que facilita en gran medida introducirla como herramienta de recogida de datos.

**«LOS JÓVENES COMPARTEN COSAS MÁS ÍNTIMAS 'ONLINE' QUE 'OFFLINE', DEBIDO A LA DISCRECIÓN QUE ESTE PRIMERO OFRECE»**

investigador como a los informantes, tener que hacer desplazamientos largos, costosos y continuados. El teléfono móvil es uno de estos objetos «móviles inmutables» (Latour, 1992) que pueden transportarse de un lugar a otro mientras su información permanece, y eso lo hace de gran utilidad para actuar a distancia. Se convierte así en un espaciador «ya que acentúa y posibilita la coexistencia entre espacios y grupos distintos y distantes» (Lasén Díaz, 2006:158). Los jóvenes están más acostumbrados a los medios audiovisuales que a los textos escritos o a los discursos verbales abstractos y sin imágenes (Lasén Arcal, 1999), y son expertos tanto en el uso de la cámara del móvil como en el de esta aplicación. Así pues, contar con unos informantes expertos en el uso de la técnica de recogida de datos permite obtener cantidad y calidad de material sin necesidad de estar físicamente en el campo. La ventaja que representa este hecho cuando se trabaja en el ámbito de la salud es todavía mayor, ya que trabajar en malestares emocionales permite obtener datos que no podrían recogerse de otra manera. Los jóvenes viven situaciones de malestar emocional a lo largo de sus vidas en diversos momentos, tanto cuando están en grupo como cuando se encuentran solos en casa. El uso de Instagram permite que los jóvenes compartan estos momentos de desazón con el investigador y con el grupo de informantes de forma inmediata. Y les posibilita así compartir y expresar la vivencia de malestar en el mismo momento en que este se produce, y no solo retrospectivamente. La percepción del malestar emocional y el consiguiente discurso explicativo que lo acompaña pueden mutar con el tiempo, repensarse y reconstruirse a medida que el tiempo y la vivencia avanzan. Es por ello que disponer de una narrativa de malestar *in situ* y de otra *a posteriori* enriquece la investigación, ya que permite, a partir del análisis comparativo entre ambos discursos, comprender mejor el proceso de malestar emocional vivido por la juventud.

## ■ CONCLUSIONES

La tecnología tiene cada vez una mayor presencia en la vida, y el uso de ésta aplicado al campo de la investigación presenta una amplia gama de posibilidades que como científicos tenemos que saber aprovechar. A pesar de que el mundo digital no sea nuestro objeto de estudio, igualmente podemos servirnos de él para enriquecer nuestra práctica antropológica e incorporar el

### «EL FLUJO DE INFORMACIÓN CONTINUADA Y LA INTERACTIVIDAD SON OTRAS DE LAS VENTAJAS RELEVANTES DE INSTAGRAM»



Hernán Piñera

Los jóvenes viven situaciones de malestar emocional a lo largo de sus vidas en diversos momentos, tanto cuando están en grupo como cuando se encuentran solos en casa. El uso de Instagram permite que los jóvenes compartan estos momentos de desazón con el investigador y con el grupo de informantes de forma inmediata.

uso de nuevas tecnologías como estrategia metodológica y como herramienta para mejorar la comunicación con los informantes y la producción de material empírico de investigación.

La propuesta que aquí se plantea pone el énfasis en la importancia de la comunicación en el proceso de investigación en el campo de la salud, y promueve la integración y la articulación de herramientas y metodologías clásicas y nuevas tecnologías y medios de comunicación para conseguirlo. Internet se ha convertido en un agente copartícipe en el proceso de construcción del conocimiento y de las relaciones, y hay que tenerlo presente, más todavía cuando se trabaja con jóvenes. Los cambios que este medio implica favorecen la reflexividad hacia nuestra práctica profesional y nos invitan, como investigadores, a explorar las posibilidades que la combinación de lo «clásico» y «nuevo» ofrecen en investigación.

Estas herramientas metodológicas ofrecen múltiples ventajas, como integrar más fácilmente la antropología



visual en nuestra investigación, ampliar la variedad de vías de expresión y comunicación nutriendonos de su riqueza, variedad y creatividad, y salvar las limitaciones impuestas por categorías básicas de pensamiento como el tiempo y el espacio al permitirnos realizar «grupos de discusión virtuales continuados» que nos ofrecen cantidad y calidad de información que no podemos recoger mediante herramientas metodológicas clásicas.

Las potencialidades más destacadas que el uso de esta aplicación ofrece en investigación en salud juvenil son: la participación y colaboración de los informantes; la promoción de la horizontalidad en las relaciones y en la comunicación investigador/investigado; el aumento y enriquecimiento del flujo de información; la posibilidad de mantener una interacción continuada y permanente tanto entre los informantes como entre informante y etnógrafo; y la superación de las limitaciones espaciales en el trabajo de campo.

Cuanto más diversa, amplía y enriquecedora sea nuestra relación comunicativa con nuestros jóvenes informantes, mayor será la cantidad y calidad de información que compartirán con nosotros, y por tanto mayores serán los datos de los que dispondremos para hacer nuestra investigación. Cuando se habla de salud juvenil, y más concretamente del fenómeno de la autogestión de los malestares emocionales, son numerosos los vacíos de información que pueden encontrarse. Crear un buen vínculo, con una relación dialógica basada en la horizontalidad y la reciprocidad entre investigador e investigado, se convierte en clave para poder llenar los mencionados vacíos. Y es en este punto en el que emplear una herramienta comunicativa dialógica de nueva generación como Instagram puede ayudar. Tenemos que conocer a nuestros informantes, acercarnos a su mundo, y adaptarnos a sus formas habituales de comunicarse para facilitarles lo máximo posible la expresión de sus vivencias y angustias emocionales. Como investigadores no tenemos que limitarnos en nuestra creatividad y en nuestras posibilidades de análisis, por eso es fundamental reflexionar sobre estas cuestiones planteadas en pro de futuras producciones etnográficas.

#### REFERENCIAS

- Ardévol, E., Roig, A., & Gómez-Cruz, E. (2010). Pràctiques creatives i participació en els nous mitjans. *Quaderns del CAC*, 34, 27–36.
- Ardévol, E., & Muntañola, N. (Coord.) (2004). *Representación y cultura audiovisual en la sociedad contemporánea*. Barcelona: Editorial UOC.

### «LA TECNOLOGÍA TIENE CADA VEZ UNA MAYOR PRESENCIA EN LA VIDA, Y EL USO DE ESTA APLICADO AL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN PRESENTA UNA AMPLIA GAMA DE POSIBILIDADES QUE, COMO CIENTÍFICOS, HEMOS DE SABER APROVECHAR»

- Barragán, A. (2005). La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética. *Cuicuilco*, 12(33), 61–78.
- Best, P., Manktelow, R., & Taylor, B. (2014). Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review. *Children and Youth Services Review*, 41, 27–36. doi: 10.1016/j.chilcyouth.2014.03.001
- Cárdenas, C. (2006). Imágenes de trabajo. Reflexiones hacia una antropología visual aplicada. El caso del proyecto internacional juvenil Barrios del Mundo y su enfoque comunicativo. *Revista Chilena de Antropología Visual*, 8, 24–46.
- Carter, D. (2005). Living in virtual communities: an ethnography of human relationships in Cyberspace. *Information, Communication & Society*, 8, 148–167. doi: 10.1080/13691180500146235
- Forbes (2015, 14 maig). *Las 5 redes sociales con más crecimiento en 2015*. Consultado el 8/12/2015, en <http://www.forbes.com.mx/las-5-redes-sociales-con-mas-crecimiento-en-2015>
- Instagram (2015, September). *Celebrating a community of 400 million*. Consultado el 8/12/2015, en [blog.instagram.com/post/129662501137/150922-400million](http://blog.instagram.com/post/129662501137/150922-400million)
- Ito, M., Okada, D. & Matsuba, M. (2005). *Personal, portable, pedestrian: Mobile phones in Japanese life*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Lasén Díaz, A. (2006). Lo social como movilidad: usos y presencia del teléfono móvil. *Política y Sociedad*, 43(2), 153–167.
- Latour, B. (1992). Where are the missing masses? The sociology of a few mundane artifacts. En W. E. Bijker, & J. Law (Eds.), *Shaping technology/building society: Studies in socio-technical change* (pp. 225–258). Cambridge, MA: MIT Press.
- Lisón Arcal, J. C. (1999). Una propuesta para iniciarse en la antropología visual. *Revista de Antropología Social*, 1, 5–35.
- McIntosh, J. (2010). Mobile phones and Mipho's prophecy: the powers and dangers of flying language. *American Ethnologist*, 37(2), 337–53. doi: 10.1111/j.1548-1425.2010.01259.x
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.
- Pereira da Silva, S. L., & Pires, M. D. C. F. (2008). Identidades visuales: vídeo y fotografía en las formas de representación de la identidad de Rio de Janeiro. En E. Ardévol, A. Estalella & D. Domínguez (Coord.), *La mediación tecnológica en la práctica etnográfica* (pp. 39–47). San Sebastián: Ankulegi Antropologia Elkarte.
- Pichardo Galán, J. I. (2008). Etnografía y nuevas tecnologías: reflexiones desde el terreno. En E. Ardévol, A. Estalella, & D. Domínguez. *La mediación tecnológica en la práctica etnográfica* (pp 131–149). San Sebastián: Ankulegi Antropologia Elkarte.
- Purita, G. (2015). Análisis de las tendencias de uso y participación en las redes sociales a nivel mundial en España. OBS Social. Online Business School.
- Rubio, A. (2010). Jóvenes en red, generación digital y cambio social. En: Ciudadanía Jove 2.0. XXVIII Jornades de Polítiques Locals de Joventut. Diputació de Barcelona.
- Van House, N., Davis, M., Takhteyev, Y., Ames, M., & Finn, M. (2004). The social uses of personal photography: Methods for projecting future imaging applications. <http://www.sims.berkeley.edu/~vanhouse/pubs.htm>.
- Wood, M. A., Bukowski, W. M., & Lis, E. (2015). The digital self: How social media serves as a setting that shapes youth's emotional experiences. *Adolescent Research Review*, 1–11. doi: 10.1007/s40894-015-0014-8.

**Natalia Carceller-Maicas.** Antropóloga médica. Miembro del Medical Anthropology Research Center de la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona) donde actualmente realiza el doctorado. Especialista en juventud, emociones y drogas. Es autora de varios trabajos científicos y técnicos sobre juventud, adolescencias, emociones, drogas, salud mental e investigación-acción participativa.



# Bibliografía

## A

- Abu-Lughod, L. (1988). *Veiled sentiments: Honor and poetry in a Bedouin society*. Berkeley: University of California Press.
- Abu-Lughod, L., y Lutz, C.A. (1990). *Language and the politics of emotion*. Cambridge University Press, Cambridge and Paris.
- Ajzen, I. (1991) "The theory of planned behavior". *Organ Behav Hum Decis Process* 50(2):179–211.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M.C., Katz, S.J., Haro, J.M., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Vilagut, G., Almansa, J., Pierre Lépine, J., Brugha, T. (2007). "Population level of unmet need for mental healthcare in Europe". *Br J Psychiatry*. 190:299–306.
- Alonzo, A. (1984) "An illness behaviour paradigm: a conceptual exploration of a situational-adaption perspective", *Social Science and Medicine*, 19(5):499 – 510.
- Andersen, R. (1995). "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?". *J Health Soc Behav*, 31(1):1–10.
- Aparicio, J., Barranquero Carretero, A., Gómez, M.C., y González, A. (2008). "La dominación "adulocrática" en el discurso de los medios". I+C Investigar a comunicación: Actas y memoria final: Congreso Internacional Fundacional AE-IC, Santiago de Compostela.
- Arellanez Hernández, J.L., Diaz Negrete, D.B., Wagner Echeagaray, F., Pérez Islas, V. (2004). "Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles". *Salud Mental*, 27(3):54-64. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Distrito Federal, México.
- ATLAS.ti:Qualitative data analysis. Version 6.2.27.Berlin: Scientific Software Development; 2013.
- Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Epstein L H, Cuevas J, Rodgers K, y Wileyto E P. (2009). "Does delay discounting play an etiological role in smoking or is it a consequence of smoking?", *Drug & Alcohol Dependence* , 103(3): 99-106.

## B

- Baader, T. M., Rojas, C., Molina, J.L., Gotelli, M., Alamo, C. Fierro, C., Venezian, S. y Dittus, P. (2014). "Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados". *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 52 (3): 167-176.
- Bailey, S., y Hubbard, R. (1991). "Developmental changes in peer factors and the influence on marijuana initiation among secondary school students". *Journal of Youth and Adolescence*, 20:339-360.

- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, A., Hoven, C.W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J.P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P.A., Sisask, M., Snir, A., Tubiana, A., Varnik, A., Sarchiapone, M., Wasserman, D. (2013). "Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk". *J Child Psychol Psychiatry*, 54(6):670–677.
- Barker, G., Olukoya, A., y Aggleton, P. (2005). "Young people, social support and helpseeking". *Int J Adolesc Med Health*, 17(4):315–335.
- Barra, E.A., Cerna, R.C., Kramm, D.M., y Véliz, V.V. (2006) «Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes». *Terapia Psicológica*. 24 (1): 55– 61. Sociedad chilena de psicología clínica. Santiago de Chile.
- Barragán Solís, A. (2005). "La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética". *Cuicuilco*, 12(33):61-78. Escuela Nacional de Antropología e Historia Distrito Federal, México.
- Barrett, L.F. (2006). "Are emotions natural kinds?" *Perspectives on Psychological Science*, 1:28–58.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). "An inventory for measuring depression". *Archives of General Psychiatry*, (4): 561-571.
- Beatty, A. (2013). "Current emotion research in anthropology: reporting the field". *Emotion Review*, 5(4):414 –422.
- Bebbington, P. (1998). «Sex and depression». *Psychological Medicine*, 28:1-8.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Garbin, M.C. (1988). "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation". *Clinical Psychology Review*, 8: 77-100.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K; (1996). *Beck Depression Inventory manual*. 2ª ed. San Antonio: Psychological Corporation.
- Ben-Ze'ev, A. (2010). "The thing called emotion". En: Goldie, P. (Ed.) *The Oxford handbook of philosophy of emotion*. Pp. 41–62. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., y Gunnell, D. (2007). "Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behavior". *Sociology of Health and Illness*, 29(7):983–1002.
- Biddle, L., y Gowen, L.K. (2009). "Stigma and the Cycle of Avoidance: Why Young People Fail to Seek Help for Their Mental Distress". *Focal Point: Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 23(1):26-28.
- Borgatti, S.P., Everett, M.G., y Freeman, L.C. (2002). *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies.

- Botvin, G.J., y Botvin, E.M. (1992). “Adolescent tobacco, alcohol and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues”. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13:290-301.
- Burin, M., y Velázquez, S. (1990) *El Malestar de las mujeres: La tranquilidad receptada*. Paidós Ibérica.
- Buus, N., Johannessen, H., y Bjerregaard Stage, K. (2012). “Explanatory models of depression and treatment adherence to antidepressant medication: A qualitative interview study”. *International Journal of Nursing Studies*, 49:1220–1229.
- Byrne, S.K. (2007). “Healthcare avoidance: A critical review”. *Holistic nursing practice*, 22(5):280-92 · November 2007. DOI: 10.1097/01.HNP.0000334921.31433.c6

## C

- Campos-Navarro, R. (1998). *Nosotros los curanderos*. Nueva imagen. México.
- Campos-Navarro, R. (2010) “La enseñanza de la Antropología Médica y la salud intercultural en México: Del indigenismo culturalista del Siglo XX a la interculturalidad en salud del Siglo XXI”. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 27(1):114-22.
- Canguilhem, G. (1965). *La connaissance de la vie*. Vrin. París.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Editores.
- Canton Duarte, J. (1986). *Los instintos y la emoción. Vivencias íntimas del yo*. Quorum.
- Carceller-Maicas, N. (2012) “Patología dual: la nosología incierta. Narrativas profesionales sobre un cajón de sastre”. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 12:83-105.
- Carceller-Maicas, N. (2013a). “Los senderos de las emociones. Narrativas sobre el malestar depresivo en una muestra de adolescentes catalanes”. En: Martínez-Hernández; Massana; y DiGiacomo (Eds.) *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Publicacions URV, Col·leció Antropologia Mèdica, 11:297-322.
- Carceller-Maicas, N. (2013b). “Modelos explicativos del malestar emocional”. En: Martínez-Hernández, A.; Carceller-Maicas, N.; Correa-Urquiza, M.; y Martorell-Poveda, M.A. (Eds.) *Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad*. Publicacions URV, Col·leció Antropologia Mèdica, 15.
- Carceller-Maicas, N.; Puig Cruells, C.; Vega Monteagudo, C. y Martínez-Hernández, A. (2013). *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y profesionales*. Publicacions URV. Col·leció Antropologia Mèdica, 14.
- Carceller-Maicas, N., Ariste, S., Martínez-Hernández, A., Martorell-Poveda, M.A., Correa-Urquiza, M., y DiGiacomo, S.M. (2014). “El consumo de Tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto”. *Adicciones*, 26 (1):34-45.



- Carceller-Maicas, N. (2015). "Sharing Wisdom(s) to Enrich Knowledge: Working in a Transdisciplinary Research Team in Medical Anthropology". *Collegium Antropologicum*, 39(2):307–315.
- Carceller-Maicas, N.; Puig Cruells, C.; Vega Monteagudo, C.; y Martínez-Hernández, A. (2015). "La Evitación De Los Servicios De Salud Mental Entre Los Adolescentes". *Interpsiquis 2015*. 16º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis.
- Carceller-Maicas, N. (2017). "Mundos vitales de palabras: análisis del sufrimiento adolescente mediante narrativas de malestar". (Material inédito. Artículo actualmente en proceso de revisión en la *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*).
- Cardila, F., Martos, A., Barragán, A.B., Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., y Gázquez, J.J. (2015). "Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años". *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2):267-279. DOI: 10.1989/ejihpe.v5i2.118.
- Cardona, D., Segura, A., Segura, A., y Osley Garzón, M. (2015). "Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012". *Biomédica*, 35:73-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2381>
- Charmaz, K. (1990). "Discovering' chronic illness: using grounded theory". *Soc Sci Med*; 30:1161–72.
- Charmaz K. (1997). *Good days, bad days: the self in chronic illness, & time*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Chrisman, N. J. (1979), "The health seeking process: an approach to the natural history of illness". *Culture, medicine & psychiatry*, 14:351-377.
- Ciarrochi, J., Wilson, C., Deane, F., y Rickwood, D. (2003). "Do difficulties with emotions inhibit help-seeking in adolescence? The role of age and emotional competence in predicting help-seeking intentions". *Couns Psychol Q*, 16:103–120.
- Clausen, J., y Yarrow, M. (1955). "Pathways to the mental hospital". *Journal of Social Issues*, 11:25 –32.
- Clemente, M. (1992). *Psicología Social Aplicada*. Eudema, Madrid.
- Comelles, J.M., Daura, A., Ferrús, J., y París, S. (1982). "Aproximaciones a un modelo sobre antropología de la asistencia", *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (1):13-31.

## D

- Dejman, M., Forouzan, A.S., Assari, S., Malekafzali, H., Nohesara, S., Khatibzadeh, N., Falahat, K., y Ekblad, S. (2011). "An Explanatory Model of Depression among Female Patients in Fars, Kurds, Turks Ethnic Groups of Iran". *Iranian J Publ Health*, 40(3):79- 88.
- Del Barrio, M., Mestre, M., Tur, A., y Samper, P. (2004) «La depresión infanto-juvenil: El efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57: 5-20.

Dingwall, R. (1976) *Aspects of Illness*, 1st Edition. London: Martin Robertson and Company.

## E

Enciso Domínguez, G., y Lara, A. (2014). Emociones y Ciencias Sociales en el S. XX: La precuela del giro afectivo. *Athenea Digital*, 14(1): 263-288.

Essau, C.A. (2005). "Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders". *Depress Anxiety*, 22:130-137.

Esteban, M.L., Medina, R., y Távora, A. (2005). "¿Por Qué Analizar El Amor? Nuevas Posibilidades Para El Estudio De Las Desigualdades De Género". Comunicación presentada dentro del Simposio "Cambios culturales y desigualdades de género en el marco local-global actual" dentro del X Congreso de Antropología de la F.A.A.E.E.

## F

Faust, D. y Miner, R. (1986). "The empiricist and his new clothes: DSM-II in perspective". *Am. J. Psychiatry*, 148:962-967.

Fernández-Lamelas E, Vega-Montegudo C, (2010). "Participación comunitaria en salud: ¿realidad o ficción?" *Enferm Clin*, 20:213-5. DOI: 10.1016/j.enfcli.2010.05.003.

Fleischer, S. (2006). "Pasando por comadrona, midwifey médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala". *Anthropologica/ Año XXIV*, 24:51-75.

Flores Martos, J.A. (2016). "Nuevas definiciones de Evidencia. Narrativas de TDAH y TLP desde la perspectiva de la Antropología de las Emociones". *Revista San Gregorio*, 13:58-69. Edición Especial Congreso CEISAL 2016.

Forsell, Y. (2006). "The pathway to meeting need for mental health services in Sweden". *Psychiatr Serv*, 57(1):114-119.

Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: a Study of the Sociology of Applied Knowledge*. 1st Edition. New York: Harper and Row Publishers Inc.

Funes, J. (1996). *Drogas y adolescentes*. Madrid: Santillana-Aguilar.

## G

Galeano, E. (1993). *El libro de los abrazos*. Ediciones La Cueva.

García Ramírez, J.C. (2006). *Los derechos y los años: otro modo de pensar y hacer política en latinoamérica: los adultos mayores*. Plaza y Valdes Editores.

García-Señorán, M.M. (1994). *Educación para la Salud: el consumo de drogas en los adolescentes escolarizados de Galicia. Propuesta educativa para su prevención*. Tesis Doctoral, Universidad de Santiago.

Gladstone, G.L., Parker, G.B., Malhi, G.S., y Wilhelm, K.A. (2007). "Feeling unsupported? An investigation of depressed patients' perceptions". *J Affect Disord*. 103(1-3):147-54.

- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Glaser, B.G., y Strauss, A.L. (1975). *Chronic illness & the quality of life*. Saint Louis: C.V. Mosby Company.
- Goffman, E. (1981) [1951] *Internados*. Amorrutu. Buenos Aires.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., y Grayson, D. (1988). “Detecting anxiety and depression in general medical settings”. *British Medical Journal*, 297(6653): 897-899.
- Gómez-Esteban, J. H. (2016). “El acontecimiento como categoría metodológica de investigación social”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1):133-144.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J., Rondón Sepúlveda, M., Díaz-Granados, N. (2004). «Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana». *Rev Panam Salud Pública*. 16(6):378-86.
- González-Calleja, F., García-Señorán, M.M., y González, G. (1996). “Consumo de drogas en la adolescencia”. *Psicothema*, 8: 257-267.
- González-Forteza, C., Hermsillo de la Torre, A.E., Vacio-Muro, M.A., Peralta, R., y Wagner, F.A. (2015). “Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica”. *Bol Med Hosp Infant Mex*. ;72(2):149-155.
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge MA: Cambridge University Press.
- Good, B.J. (2001). *Medicine, rationality, & experience. An anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Graña Gómez, J.L.; Muñoz-Rivas, M.J., Andreu Rodríguez, J.M., y Peña Fernández, M.E. (2000). “Variables psicológicas relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes: depresión y autoconcepto”. *Revista española de drogodependencias*, 25(2):170-181.
- Gulliver, A., Griffiths, K.M., y Christensen, H. (2010). “Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review”. *BMC Psychiatry*, 10:113.

## H

- Hankin, B. y Abramson, L. (2001). «Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory». *Psychological Bulletin*, 127:773-796.
- Hankin, B., Abramson, L., Moffitt, T., Silva, P., McGee, R., y Angell, K. (1998). «Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study». *Journal of Abnormal Psychology*, 107:128-140.

- Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación social*. Paidós Ibérica. Barcelona.
- Haraway, D. (1988). "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective". *Feminist Studies*, 14(3):575-599.
- Haraway, D. (1991). "Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial" En: *Ciencia, ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra. Madrid.
- Haro Encinas, J.A. (2000) "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención a la salud". En: Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Bellaterra, Barcelona. Pp. 101-161.
- Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Hirsch Hadorn, G., Hoffmannriem, H., Biber-Klemm, S., Grossenbacher-Mansuy, W., Joye, D., Pohl, C., Wiesmann, U., y Zemp, E. (2008). *Handbook of Transdisciplinary Research*. Springer, Berlin.
- Horwitz, A. (1977). "Social networks and pathways to psychiatric treatment". *Social Forces*, 56 (1):86 –105.

## I

- Ibarra-Rovillard, y Kuiper. (2011). "Social support and social negativity findings in depression: perceived responsiveness to basic psychological needs". *Clin Psychol Rev*. 31(3):342–52. DOI:10.1016/j.cpr.2011.01.005.18.
- Igun, U.A. (1979). "Stages in health seeking: a descriptive model". *Social Science & Medicine*, (13A):4-16.
- Infante Del Rosal, F. (2013). "Desarmando la emoción. Simpatía, empatía e identificación como formas relacionales". Extraído de: VI Congreso de la SAF: "Experiencia de la crisis, crisis de la experiencia."
- Institut d' Infància i Mon Urbà. (2012). *Panel de Famílies e Infància*. Barcelona. Recuperado de <http://www.ciimu.org/imagenes/stories/CIIMU/Estudios e Investigaciones/ 2pa- nel-fam/14presentacio cggranell.pdf>
- Issakidis, C., y Andrews, G. (2002). "Service utilisation for anxiety in an Australian community sample". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(4):153–163.

## J

- Julia, A., Escapa, S., Marí-Klose, M. y Marí-Klose, P. (2012). "Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales". *Adicciones*, (24):309-318.

## K

- Kessler, R.C., y Walters, E.E. (1998). "Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey". *Depress Anxiety*, 7:3–14.
- Kessler, R.C. (2000). «Gender differences in major depression». En: Frank (Ed.), *Gender and its effects on psychopathology*. APA: Washington DC. Pp.61-84.
- Kessler, R.C., Barker, P.R., Colpe, L.J., Epstein, J.f., Gfroerer, J.C., Hiripi, E., Howes, M.J., Normand, S.L., Manderscheid, R.W., Walters, E.E., Zaslavsky, A.M. (2003). «Screening for serious mental illness in the general population». *Arch Gen Psychiatry*, 60:184–189

## L

- Le Breton, D. (2004). *Les passions ordinaires: anthropologie des émotions*. Paris: Payot.
- Leskelä, U., Rytälä, H., Komulainen, E., Melartin, T., Sokero, P., Lestelä-Mielonen, P., y Isometsä, E. (2006). "The influence of adversity and perceived social support on the outcome of major depressive disorder in subjects with different levels of depressive symptoms". *Psychol Med*, 36(6):779–88.
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., y Phelan, J.C. (2001) "Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses". *Psychiatr Serv* 52(12):1621–1626.
- López García, J. (2006). "Cuando el remedio encuentra al enfermo vendedores de salud en Iberoamérica". En: Fernández Juárez, G. (Coord.) (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Pp.348-372.
- Lutz, C. (1986). "Emotion, Thought, and Estrangement: Emotion as Cultural Category". *Cultural Anthropology*, 1(3):287-309.
- Lutz, C., y White, G. (1986). "The Anthropology of Emotions". *Annual Review of Anthropology*, 15:405-436.
- Lutz, C. (1988). *Unnatural Emotions. Everyday Sentiments on a Micronesia Atoll and Their Challenge to Western Theory*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lutz, C. (1996). "Engendered emotion: gender, power, and the rhetoric of emotional control in American discourse". En: Harre, R, & Parrot, W.G., (1996) (Eds.) *The emotions*, Thousand Oaks, CA: Sage. pp. 152-170.

## M

- Mackenzie, C.S., Erickson, J., Deane, F.P., y Wright, M. (2014) "Changes in attitudes toward seeking mental health services: A 40-year cross-temporal meta-analysis". *Clinical Psychology Review*, 34: 99–106.
- Malinowski, B. (1972). *Los argonautas del pacífico occidental*. Editorial Planeta-De Agostini, S. A.. 1986, para la presente edición Aribau, 185, 1.º - 08021 Barcelona (España).

- Martínez-Hernández, A. (2000). “Anatomía de una ilusión: El DSM-IV y la biologización de la cultura”. En: Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (Eds.) *Medicina y cultura*. Edicions Bellaterra. Pp.249-275.
- Martínez-Hernández, A. y Muñoz-García, A. (2010a). “Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España)”. Primera parte. *Salud Ment*, 33:145–152.
- Martínez-Hernández, A., y Muñoz-García, A. (2010b). “Un infinito que no acaba». Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España)”. Segunda parte. *Salud Mental*, 33:229-236.
- Martínez-Hernández, Á., Marí-Klose, M., Julià, A., Escapa, S., Marí-Klose, P. y DiGiacomo, S. (2012). “Adolescent daily smoking, negative mood-states and the role of family communication”. *Gaceta Sanitaria*, 26:421-428. DOI:10.1016/j.gaceta.2011.09.030
- Martínez-Hernández, A.; DiGiacomo, S.M.; Carceller-Maicas, N.; Correa-Urquiza, M. y Martorell-Poveda, M.A. (2014). “Non-professional-help-seeking among Young people with depression: a qualitative study”. *BMC Psychiatry*, 14:124.
- Martínez-Hernández, A.; Carceller-Maicas, N.; DiGiacomo, S.M.; y Ariste, S. (2016). “Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study”. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10:2.
- Martínez Oró, D.P. (2012). *El saludable malestar. Análisis crítico de los adolescentes españoles*. Barcelona. Fundació Igenus.
- Martínez Oró, D.P. (2013) *Sense passar-se de la ratlla. La normalització dels consums recreatius de drogues*. Tesis doctoral.
- Martínez Oró, D.P (2014). “El malestar emocional entre los jóvenes españoles. La liquidez de las instituciones sociales como fuente de malestar emocional”. En: Romaní, O. y Casadó, L. (Eds.) Jóvenes, desigualdad y salud: vulnerabilidad y políticas públicas. Colección Antropología Médica, 13: 57-80. Publicacions URV. Tarragona.
- Martorell –Poveda, M.A.; Martínez-Hernández, A.; Carceller-Maicas, N. y Correa-Urquiza, M. (2015). “Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study”. *International Journal of Mental Health Systems*, 9:9.
- Masana, L. (2013). *El Temps del Mal. L'experiència i la Gestió de la Cronicitat en Adults*. Tesis doctoral.
- Masana, L. (2013b). “Entre médicos y antropólogos. La escucha atenta y comprometida de la experiencia narrada de la enfermedad crónica”. En: Martínez-Hernández; Massana; y DiGiacomo (Eds.) *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Publicacions URV, Colección Antropologia Médica, 11. Pp.223-263.
- Masana, L. (2015). “La dimensión temporal de la enfermedad crónica: Duración, diagnóstico y edad”. *POLÍTICA & TRABALHOREvista de Ciéncias Sociais*, 42:45-68.

- Mattosinho, S.M.M., y Silva, D.M. (2007). "Itinerário Terapêutico Do Adolescente Com Diabetes Mellitus Tipo 1 E Seus Familiares". *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(6) www.eerp.usp.br/rlae.
- Matud, M.P., Guerrero, K., y Matías, R.G. (2006). «Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión». Universidad de La Laguna. España. *International Journal of Clinical and health Psychology*, 6 (1): 7-21.
- Mechanic, D. (1962) "The concept of illness behavior", *Journal Chronic Diseases*, 15(2):189-194.
- Mechanic, D. (1968) *Medical Sociology: a Selective View*. 1st Edition. London: The Free Press.
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R., y Lewis, G. (2003) "The reluctance to seek treatment for neurotic disorders". *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2):123-128.
- Menéndez, E. (1984). *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México, DF: CIESAS.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica*, Editorial Alianza, México.
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?", *ALTERIDADES*, 4(7):71-83.
- Menéndez, E. (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciencia & saúde coletiva*, 8(1):185-207.
- Menéndez, E. (2005). "Intencionalidad, experiencia y función. La articulación de los saberes médicos". *Revista de Antropología Social*, 14.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en salud colectiva*. Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Mercado-Martínez, F.J., Robles Silva, L., Ramos Herrera, I., Torres López, T., Alcántara Hernández, E., y Moreno Leal, N. (1998). "La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara". En: Mercado-Martínez, F.J., y Robles Silva, L., (Eds.) *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde Occidente*. Guadalajara: U.Guadalajara-OPS. Pp. 223-246.
- Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J. (2010). "Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(Suppl):980-989.
- Molina, A.I., y Luxardo, N. (2005). "Medicinas no convencionales en cáncer", *Medicina*, Buenos Aires, 65:390-394.
- Molina, A.I. (2005). "Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual". *Scripta Ethnologica*, vol. XXVII, Pp. 111-147. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Buenos Aires, Argentina.

Montón, C., Pérez Echevarría, M. J., Campos, R., García Campayo, J. y Lobo, A. (1993). «Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico». *Atención Primaria*, 12: 345–349.

Moore, C.D., Schofield, C., Van Rooyen, D.R.M, y Andersson, L.M.C. (2015) “Development and preliminary validation of a scale to measure self-efficacy in seeking mental health care (SE-SMHC)”. *SpringerPlus*, 4:339. DOI 10.1186/s40064-015-1109-.

Moral, M.V. (2002). *Jóvenes, consumo de sustancias psicoactivas e identidad: Una propuesta de prevención e intervención psicosocial y comunitaria*. Tesis Doctoral, Universidad de Oviedo, Oviedo, España.

Morgan, A.J., y Jorm, A.F. (2008). “Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review”. *Annals of General Psychiatry*, 7: 13-36.

Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J.R. (2000). “La utilización de los test en España”. *Papeles del Psicólogo*, 76: 41-49.

## N

Nogueira Neto, W. (2010). “A convenção sobre os direitos da criança e suas cláusulas da não-discriminação e do desenvolvimento: sua vinculação ao paradigma ético-político da dignidade humana e aos princípios jurídicos da igualdade e da diversidade na perspectiva dos ddhh”. Petrópolis/Brasília, maio 05, 2010. XXIII Congresso da ABMP.

## O

Okello, E.S., y Neema, S. (2007). “Explanatory models and help-seeking behavior: Pathways to psychiatric care among patients admitted for depression in Mulago hospital, Kampala, Uganda”. *Qualitative Health Research*, 17(1):14-25.

Oliver-Quetglas, A., Torres, E., March, S., Socias, I.M., y Esteva, M. (2013). “Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes”. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(2):84-96.

Osorio Carranza, R.M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CIESAS. México.

Osorio Carranza, R.M. (2006) *Viviendo a través de la cronicidad. Significación subjetiva y consecuencias sociales de los padecimientos crónicos*. CIESAS, México.

Osorio Carranza, R.M. (2008). “La experiencia de los padecimientos reumáticos en un grupo de autoayuda en la ciudad de Barcelona: desafíos y dilemas en la investigación sobre enfermedades crónicas”. En: Romaní, O., Larrea, C.; Fernandez, J. (Coords.) (2008) Serie: XI Congreso de Antropología de la FAAEE. *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*. Pp: 157-171. Editorial: Donostia, Ankulegi Antropologia Elkarte.



Ossa, A.M., Sánchez, A., Mejía, C.E., y Bareño, J. (2016). “Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003”. *Rev CES Salud Pública*, 7 (1): 37-48.

Ovejero, A. (2000). “La adicción como búsqueda de identidad: Una base teórica psicosocial para una intervención eficaz”. *Intervención Psicosocial*, 9: 35-48.

Owens, C., Owen, G., Belam, J., Lloyd, K., Rapport, F., Donovan, J., y Lambert, H. (2011) “Recognising and responding to suicidal crisis within family and social networks: qualitative study”. *BMJ*, 343:d5801. DOI: 10.1136/bmj.d5801.

Oxman, T.E., Berkman, L.F., Kasl, S., y Freeman, D.H. (1992). “Social support and depressive symptoms in the elderly”. *Am J Epidemiol.*, 135:356–68.

## P

Pasarin, L. (2011). “Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención”. En: *Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología*. Mendoza (Argentina): Editorial de la Universidad del Aconcagua.

Peláez-Ballestas, M., Romero-Mendoza, L., Ramos-Lira, R., Caballero, A., Hernández-Garduño, y Burgos-Vargas, R. (2006). “Illness trajectories in Mexican children with juvenile idiopathic arthritis and their parents”. *Rheumatology*; 45:1399–1403. DOI:10.1093/rheumatology/ke1122.

Pereira, B., Andrew, G., Pednekar, S., Pai, R., Pelto, P., y Patel, V. (2007). “The explanatory models of depression in low income countries: listening to women in India”. *J Affective Disorders*, 102(1-3):209-18.

Pescosolido, B. (1991) “Illness careers and network ties: a conceptual model of utilization and compliance”, *Advances in Medical Sociology*, 2:161– 84.

Pescosolido, B. (1992) “Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help”, *American Journal of Sociology*, 97(4):1096 –138.

Piotrowsky, C. (1996). “Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice”. *Psychological Reports*, 79: 873-874.

## R

Ratcliffe, J.M. (1989). “Integrative, transdisciplinary research methodology: principles and application strategies”. En: *International workshop on integrative approaches to research in agriculture, health and fertility*. University British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.

Reavley, N.J., Yap, M.B., Wright, A., y Jorm, A.F. (2011). “Actions taken by young people to deal with mental disorders: finding from an Australian survey of youth”. *Early Interventions Psychiatry*, 5 (4): 335-342.

Rickwood, D., Deane, F.P., Wilson, C.J., y Ciarrochi, J. (2005) “Young people’s help-seeking for mental health problems”. *Aust E J Adv Ment Health*, 4(3):218–251.

- Rickwood, D., Deane, F., y Wilson, C. (2007). “When and how do young people seek professional help for mental health problems?” *Medical Journal of Australian*, 187 (Suppl 7):S35–S39.
- Rickwood, D.J. (2011). “Promoting youth mental health: priorities for policy from an Australian perspective”. *Early Interv Psychiatry*, 5(Suppl 1):40–45.
- Roberts, R.C. (1988). “What an emotion is: A sketch”. *The Philosophical Review*, 97:183–209.
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. E. (2011). «Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española». *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1): 125–139.
- Romaní, O. (2016). “Capítulo III Adolescencia, juventud y drogas” En: Brignoni, S., Feixa, C., Martínez-Hernández, A., y Romaní, O. (2016) *Adolescencia, juventud y salud mental colectiva*. Pp.77-142. Oberta UOC Publishing, SL.
- Rosaldo, M. (1980). *Knowledge and Passion: Ilongot Notions of Self and Social Life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosaldo, M. (1984). “Toward An Anthropology of Self and Feeling”. En: Sweder, R.A., y LeVine, R.A. (Eds.) *Culture Theory: Essays on Mind, Self, and Emotion*. Pp. 137-157. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosaldo, R. (1989). “Aficción e ira de un cazador de cabezas” En: Rosaldo, R., *Cultura y Verdad. Nueva propuesta de análisis social*. Ed. Grijalbo, México, Pp.15-31.
- Rosenfield, P.L. (1992). “The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences”. *Soc Sci Med.*, 35(11):1343-57.
- Ruiz Lurduy, R.A., González Uribe, C., y Pulido Álvarez, A. C. (2016). “Itinerarios terapéuticos para el cuidado de la salud en la primera Infancia en los municipios de Cundinamarca y Boyacá (Colombia)”. *Rev. Investigaciones Andina*, 32 (18):1551-1564.
- Ruiz Olabuenaga, J.I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.

## S

- Sanz, J., Navarro, M.E., y Vázquez, C. (2003). “Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios”. *Análisis y notificación de conducta*, 29: 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A.L., y Vázquez, C. (2003). “Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general”. *Clínica y Salud*, 14(3):249-280, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid España.

- Sawyer, M.G., Borojevic, N., Ettridge, K.A, Spence, S.H., Sheffield, J., y Lynch. J. (2012). "Do help-seeking intervention during early different levels of depressive symptoms?". *Journal of Adolescent Health*, 50:236-242.
- Scandroglio, B., y López, J.S. (2010). "Investigación-acción-participativa con la agrupación latin king en Madrid: potencialidades y límites de una estrategia alternativa al control de los grupos juveniles conflictivos". *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 5(2):222-255.
- Serrano., J. F., Arango, A.M., Quintero, F., y Bejarano, L. (2009). "Una experiencia de conocimiento situado: la línea de Jóvenes y Culturas Juveniles del DIUC". *Nómadas*, 30:118-131.
- Solomon, R.C. (1995). "Some Notes on Emotion, "East and West"". *Philosophy East and West*, 45(2):171-202.
- Spitzer, R. (1983). «Introducción». En: American Psychiatric Association (Eds). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona. Pp.3-15.
- Strauss, A., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B.G., Maines, D., y Suczek, B. (1984). *Chronic Illness and the Quality of Life*. The C.V. Mosby Company. Toronto.
- Suárez, R., Wiesner, C., González, C., Cortés, C., y Shinchí, A. (2004). "Antropología del Cáncer e Investigación Aplicada en Salud Pública". *Revista de Estudios Sociales*, 17:42-55.
- Suchman, E. (1965). "Stages of illness and medical care". *Journal of Health and Human Behaviour*, 6:114-28.
- Surrallés, A. (2005). "Afectividad y Epistemología de las Ciencias Humanas". *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, Ed. Electrónica Núm. Especial. Noviembre-Diciembre.
- Swami, V. (2012). "Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample". *PLOS One*, 7(11):e49779.

## T

- Taber, J.M., Leyva, B., y Persoskie, A. (2014) "Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data". *J Gen Intern Med*, 30(3):290-7 DOI: 10.1007/s11606-014-3089-1 2014
- Tandon, S.D., Dariotis, J.K., Tucker, M.G., y Sonenstein, F.L. (2013). "Coping, stress, and social support associations with internalizing and externalizing behavior among urban adolescents and young adults: revelations from a cluster analysis". *J Adolesc Health*. 52(5):627-33. DOI:10.1016/j.jadohealth.2012.10.001.

## V

- Vázquez Morejon, A.J. y García-Boveda, R.J. (1997) "The Mannheim interview on social support psychometric characteristics of a Spanish version". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32:208-214.

Veytia López, M., González Arratia López, N.I.; Andrade PaloS, P., y Oudhof H. (2012). «Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes». *Salud Mental*. 35:37-43.

Veiel, H.O.F. (1990) “The Mannheim Interview on Social Support. Reliability and validity data from three samples”. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 25:250-259.

Vieira Martins, P., y Bernstein Iriart, J. A. (2014). “Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia”. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 24 (1): 273-289. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

## W

Wade, T., Cairney, J., y Pevalin, D. (2000). «Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries». *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41:190-198.

Waite, R., y Killian, P. (2009). “Perspectives about Depression: Explanatory Models among African-American Women”. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(4):323 – 333.

Weiss, M., y Somma, D. (2007). “Explanatory models in psychiatry”. En: Bhugra y Bhui (Eds.), *Textbook of Cultural Psychiatry*. Pp. 127-140. Cambridge: Cambridge University Press. DOI:10.1017/CBO9780511543609.012

## Z

Zachrisson, H.D., Rödje, K., y Mykletun, A. (2006) “Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey”. *BMC Public Health*, (16):6–34.

Zola, I. (1966). “Culture and symptoms: an analysis of patients’ presenting complaints”. *American Sociological Review*. 31(5): 615-630.

Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P.F., Bensing, J.M., Verhulst, F.C. (2003). “Factors associated with adolescent mental health service need and utilization”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:692–700.

## Otras publicaciones derivadas de la tesis:

### Libro:

*Los malestares de los adolescentes: Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad*. Martínez-Hernández, Angel; Carceller-Maicas, Natàlia; Correa-Urquiza, Martín; y Martorell-Poveda, Maria-Antonia. (2013). Colección de Antropología Médica, 15. Publicacions Universitat Rovira i Virgili. ISBN: 978-84-695-9172-7.

### Capítulos de libro:

“Transdisciplinarietà y salud: compartir conocimientos para enriquecer el saber”. Carceller-Maicas, Natàlia. (2017). En: Comelles, J.M. y Perdiguero, E. (Coords.) (2017). *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Pp. 243-260. Colección de Antropología Médica, 25. Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

“Modelos explicativos del malestar emocional”. Carceller-Maicas, Natàlia (2013). En: Martínez-Hernández, Angel; Carceller-Maicas, Natàlia; Correa-Urquiza, Martín; y Martorell-Poveda, Maria-Antonia. (2013). *Los malestares de los adolescentes: Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad*. Colección de Antropología Médica, 15. Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

“El consumo de sustancias en la adolescencia: Explorando el mundo adulto y desarrollando nuevas estrategias”. Carceller-Maicas, Natàlia (2013). En: Martínez-Hernández, Angel; Carceller-Maicas, Natàlia; Correa-Urquiza, Martín; y Martorell-Poveda, Maria-Antonia. (2013). *Los malestares de los adolescentes: Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad*. Colección de Antropología Médica, 15. Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

### Actas de congreso:

“La evitación de los servicios de salud mental entre los adolescents”. Carceller-Maicas, Natàlia; Puig Cruells, Carmina; Vega Monteagudo, Carme; Martínez-Hernández, Angel. (2015). Enmarcada dentro del simposio: “Trastornos infantiles y de la adolescencia, psicología educativa y del desarrollo e hiperactividad”. XVI Congreso Virtual de Psiquiatría.com “Compartir para crecer”. Interpsiquis 2015. De l'1 al 28 de Febrer de 2015.

“Incorporando las Apps como herramientas metodológicas en el treball de campo en joves”. Carceller-Maicas, Natàlia. (2014). Enmarcada dentro del simposio: “Antropología Digital y de los Medios: retos teóricos, cruces metodológicos y nuevos tópicos”. Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE. Setembre 2014. 4814-4836. ISBN-13: 978-84-697-0505-6

### Documental:

“Adolescències. Crisi, Malestar i Creixement”. Carceller-Maicas, Natàlia; Martínez-Hernández, Angel; y Correa-Urquiza, Martín (Productores). Depòsit legal: T-325-2013. DAFITS, Universitat Rovira i Virgili. <https://vimeo.com/82190200>.

### Nota de investigación:

“Els malestars dels adolescents”. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya. Revista d'Antropologia Social*, 2012, 12:239-242. Publicacions Universitat Rovira i Virgili. ISSN: 0212-0372



# Anexos





# **1- Beck Depression Inventory-II (BDI-II).**



CODI: \_\_\_\_\_

# BDI-II Spanish Translation

Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consiste en 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione **una frase** en cada grupo que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Encierre en un círculo el número al lado de cada frase que usted escoja. Si hay varias frases dentro de un grupo que parecen aplicarse a su situación con la misma relevancia, encierre en un círculo el número más alto de ese grupo. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, incluyendo el número 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) o el número 18 (Cambios de Apetito).

## 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

## 2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.
- 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.
- 2 No espero que las cosas me salgan bien.
- 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.

## 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracaso.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Mirando a mi pasado, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.

## 4. Falta de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.

## 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería haber hecho y no las hice.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

## 6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.
- 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.
- 2 Espero ser castigado(a) por la vida.
- 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.

## 7. Auto-Desprecio

- 0 Me siento igual que siempre acerca de mí persona.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo(a).
- 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).
- 3 No me gusta quien soy.

## 8. Auto-Crítica

- 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.
- 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.
- 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.
- 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que sucede.

## 9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Quisiera matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

## 10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía llorar.
- 1 Lloro más de lo que solía llorar.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

**12. Falta de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- 2 Ahora tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo dificultad en tomar cualquier decisión.

**14. Falta de Valor Personal**

- 0 No siento que soy inservible.
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inservible.

**15. Falta de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

**16. Cambios en el Patrón de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a Duermo algo más que de costumbre.
- 1b Duermo algo menos que de costumbre.
- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
- 2b Duermo mucho menos que de costumbre.
- 3a Duermo todo el día.
- 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

**18. Cambios de Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
- 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
- 3a No tengo nada de apetito.
- 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

**19. Dificultades de Concentración**

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- 2 Es difícil mantener mi mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer muchas de las cosas que antes hacía.
- 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

**21. Falta de Interés en el Sexo**

- 0 Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

## **2- Manheim Interview on Social Support (MISS)**



CODI: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

## ENTREVISTA MANHEIM DE APOYO SOCIAL



### APOYO PSICOLÓGICO COTIDIANO

- A1 ¿Con quién le gusta hacer cosas como, por ejemplo, salir a tomar un café, ir al cine, dar un paseo, pasar un rato jugando a las cartas o cosas de este tipo?
- A1b ¿Le gustaría hacer más a menudo este tipo de cosas con éstas u otras personas?  
1 Algo más    2 Mucho más    3 Está bien así    8 Me da igual    9 No sé
- A2 ¿Con quién le gusta charlar y comentar temas de su interés (sobre vacaciones, películas, cosas cotidianas...)?
- A2b ¿Querría charlar más frecuentemente con estas personas?  
1 Algo más    2 Mucho más    3 Está bien así    8 Me da igual    9 No sé
- A3 En los últimos seis meses, ¿qué familiares o amigos le han contado problemas personales importantes pidiéndole su opinión o le han pedido consejo para tomar alguna decisión importante. Sólo en los últimos seis meses, desde ..... hasta ahora?
- A3b ¿Desearía que sus amigos o familiares le confiaran sus problemas y/o le pidieran consejo más a menudo?  
1 Algo más    2 Mucho más    3 Está bien así    8 Me da igual    9 No sé
- A4 En el último mes, ¿qué personas (familiares o amigos) le han pedido a usted que salga con ellos/as (para ir al cine, dar un paseo, tomar un café o cosas similares)?
- A4b ¿Le gustaría que se lo pidiesen más a menudo?  
1 Algo más    2 Mucho más    3 Está bien así    8 Me da igual    9 No sé

### APOYO INSTRUMENTAL COTIDIANO

- B1 Si tuviese que pedir a alguien un pequeño favor como, por ejemplo, que le ayuden a arreglar alguna cosa, le presten algo o le hagan un recado, ¿a quién se lo pediría usted?
- B1b ¿Le gustaría contar con más personas a quien pudiera recurrir para estos pequeños favores?  
1 Algo más    2 Mucho más    3 Está bien así    8 Me da igual    9 No sé

### APOYO INSTRUMENTAL EN CRISIS

- C1 Imagínese que se encuentra con grandes dificultades económicas y necesita repentinamente una cantidad importante de dinero —aproximadamente la mitad de lo que usted gana al año— ¿A quién se lo podría pedir prestado? (En caso de referirse al banco, preguntar ¿Y si el banco no le concede un crédito?)





## **1.1. Tabla Respuestas MISS**



A1	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

**APOYO PSICOLOGICO COTIDIANO:**

A2	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

A3	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

A4	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

**APOYO INSTRUMENTAL COTIDIANO:**

B1	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

**APOYO INSTRUMENTAL EN CRISIS:**

C1	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

C2	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

C3	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

C4	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

**APOYO PSICOLÓGICO EN CRISIS:**

D1	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

D2	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

D3	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

**RELACIONES CONFLICTIVAS:**

X1	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-

**OMPLIR LA GRAELLA CORRESPONIENT A LES PREGUNTES "E"**

F1	1-	6-	11-
	2-	7-	12-
	3-	8-	13-
	4-	9-	14-
	5-	10-	15-



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

POR MÍ MISMO SALDRÉ ADELANTE. PERCEPCIONES, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS EN TORNO A LOS MALESTARES EMOCIONALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES.

Natalia Lledo Carceller Maicas



## **1.2. Tabla Sistematización Datos MISS**



Apoyo psicológico cotidiano	Nº gente		A_N	
	Tipo de gente	Familia	A_T_F	
		Amigos	A_T_A	
	Satisfacción (3)		A_S	
	Insatisfacción (1 y 2)		A_I	
Apoyo instrumental cotidiano	Nº gente		B_N	
	Tipo de gente	Familia	B_T_F	
		Amigos	B_T_A	
	Satisfacción (3)		B_S	
	Insatisfacción (1 y 2)		B_I	
Apoyo instrumental en crisis	Nº gente		C_N	
	Tipo de gente	Familia	C_T_F	
		Amigos	C_T_A	
	Satisfacción (3)		C_S	
	Insatisfacción (1 y 2)		C_I	
Apoyo psicológico crisis	Nº gente		D_N	
	Tipo de gente	Familia	D_T_F	
		Amigos	D_T_A	
	Satisfacción (3)		D_S	
	Insatisfacción (1 y 2)		D_I	
Relaciones conflictivas	Nº gente		X_N	
	Tipo de gente	Familia	X_T_F	
		Amigos	X_T_A	
	Satisfacción (3)		X_S	
	Insatisfacción (1 y 2)		X_I	
Tamaño total de la red	Familia		N_T_F	Cercanía
				Frecuencia
	Amigos		N_T_A	Cercanía
				Frecuencia
			N_T_T	



### **3- Cribado Ansiedad-Depresión Goldberg (GHQ).**



CODI: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

**CRIBADO ANSIEDAD DEPRESIÓN- ESCALA DE GOLDBERG.**

<b>SUBESCALA DE ANSIEDAD</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>PUNTOS</b>
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
<b>Puntuación Total</b> (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
1- ¿Se ha sentido con poca energía?		
2- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
<b>Puntuación Total</b> (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
5- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8- ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

<b>PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)</b>	
--	--



## **4- Cuestionario Consumo de Sustancias**



CODI: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

## **CONSUM DE SUBSTÀNCIES:**

### **1. Has fumat tabac algun cop?**

1. Sí (*passa a la pregunta 2*)
2. No (*Passa a la pregunta 11*)

### **2. En cas de que hakis fumat algun cop en els darrers 30 dies, amb quina freqüència ho has fet?**

*(Si et plau, tria només una opció)*

1. Mai en els darrers 30 dies
2. Menys d'un cop a la setmana
3. Un o dos dies a la setmana
4. Tres o quatre dies a la setmana
5. Cinc o sis dies a la setmana
6. Cada dia

### **3. Quants cigars fumes al dia?**

1. 10 o menys
2. Entre 11 i 20
3. Entre 21 i 30
4. 31 o més

### **4. Fumes més les primeres hores després d'aixecar-te que la resta del dia?**

1. Si
2. No

### **5. Quant temps passa des que t'aixeques fins que et fumes el teu primer cigar?**

1. Més de 60 minuts
2. De 31 a 60 minuts
3. De 6 a 30 minuts
4. 5 minuts o menys

**6. A quin cigar et costaria més renunciar?**

1. Al primer del dia
2. A qualsevol altre

**7. Se't fa difícil deixar de fumar als llocs on està prohibit?**

1. No
2. Si

**8. Segueixes fumant quan estàs tan malalt com per estar al llit la major part del dia?**

1. Si
2. No

**9. Quina edat tenies quan vas fumar per primer cop?**

*(Escriu quina edat tenies)*

\_\_\_\_\_ anys

**10. Quina és la raó principal per la que fumes?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Alguna de les persones que viu amb tu fuma?**

1. Si *(passa a la pregunta 12)*
2. No *(passa a la pregunta 13)*

**12. En cas afirmatiu, si us plau, indica qui:**

1. Mare
2. Pare
3. Germà/na
4. Avi/a
5. Germanastres o altres fills/es del meu pare o mare
6. Parella del meu pare/madrastra
7. Parella de la meva mare/padrastra
8. Altres familiars: \_\_\_\_\_
9. Altres persones: \_\_\_\_\_

**13. Has pres algun cop cervesa, vi o altres begudes alcohòliques quan no estaves amb els teus pares o altres adults de la família?**

3. Si (*passa a la pregunta 14*)
4. No (*passa a la pregunta 25*)

**14. Quina edat tenies quan vas beure per primer cop quan no estaves amb els pares o altres adults de la família?**

*(Escriu quina edat tenies)*

\_\_\_\_\_ anys

**15. En el darrer any, quants cops t'has emborratxat o posat molt content/ amb begudes alcohòliques?**

*(si et plau, tria només una opció)*

1. Gairebé cada dia
2. Tres o quatre cops a la setmana
3. Un o dos cops a la setmana
4. Dos o tres cops al mes
5. Una vegada al mes o menys (de tres a dotze vegades en l'últim any)
6. Un o dos cops en l'últim any
7. Cap

**16. Amb quina freqüència prens alguna beguda que contingui alcohol?**

*(si et plau, tria només una opció)*

1. Mai
2. Un cop o menys al mes
3. De 2 a 4 cops al mes
4. De 2 a 3 cops per setmana
5. Quatre o més cops per setmana

**17. Quantes begudes alcohòliques consumeixes en un dia típic en el que beus?**

1. Una o dos
2. Tres o quatre
3. Cinc o sis
4. De set a nou
5. Deu o més

**18. Amb quina freqüència en el darrer any t'has sentit incapaç de parar de beure un cop havies començat?**

1. Mai
2. Menys d'un cop al mes
3. Mensualment
4. Setmanalment
5. A diari, quasi a diari

**19. Amb quina freqüència durant el darrer any no vas poder fer allò que normalment s'esperava de tu degut a la beguda?**

*(si et plau, tria només una opció)*

1. Mai
2. Menys d'un cop al mes
3. Mensualment
4. Setmanalment
5. A diari, quasi a diari

**20. Durant el darrer any amb quina freqüència vas necessitar prendre alguna beguda alcohòlica al matí per poder ficar-te en moviment després d'una nit d'haver begut molt?**

*(si et plau, tria només una opció)*

1. Mai
2. Menys d'un cop al mes
3. Mensualment
4. Setmanalment
5. A diari, quasi a diari

**21. Durant el darrer any, en quantes ocasions no vas poder recordar allò que havia passat la nit anterior per haver estat bevent?**

*(si et plau, tria només una opció)*

1. Mai
2. Menys d'un cop al mes
3. Mensualment
4. Setmanalment
5. A diari, quasi a diari

**22. Durant el darrer any amb quina freqüència et vas sentir culpable o amb remordiments després d'haver begut?**

*(si et plau, tria només una opció)*

1. Mai
2. Menys d'un cop al mes
3. Mensualment
4. Setmanalment
5. A diari, quasi a diari

**23. Tu o un altra persona ha sofert algun dany com a conseqüència de que vas beure?**

1. No
2. Si, però no el darrer any
3. Si, el darrer any

**24. Algun parent, amic, metge o professional de la salut t'ha expressat la seva preocupació per que beguis o t'ha suggerit que deixes de beure?**

1. No
2. Si, però no el darrer any
3. Si, el darrer any

**25. Alguna de les persones que viu amb tu consumeix begudes alcohòliques?**

1. Si (*passa a la pregunta 26*)
2. No (*passa a la pregunta 29.*)

**26. En cas afirmatiu, si us plau, indica qui:**

1. Mare
2. Pare
3. Germà/na
4. Avi/a
5. Germanastres o altres fills/es del meu pare o mare
6. Parella del meu pare/madrastra
7. Parella de la meva mare/padrastra
8. Altres familiars: \_\_\_\_\_
9. Altres persones: \_\_\_\_\_



## 27. Amb quina freqüència beu/en alcohol?

<u>Qui</u>	<u>Freqüència</u>
- _____	1. Setmanalment ; 2. Mensualment ; 3. Diàriament 4. Dos cops al dia ; 5. Tres o més cops al dia
- _____	1. Setmanalment ; 2. Mensualment ; 3. Diàriament 4. Dos cops al dia ; 5. Tres o més cops al dia
- _____	1. Setmanalment ; 2. Mensualment ; 3. Diàriament 4. Dos cops al dia ; 5. Tres o més cops al dia
- _____	1. Setmanalment ; 2. Mensualment ; 3. Diàriament 4. Dos cops al dia ; 5. Tres o més cops al dia

## 28. Quina és la raó principal per la que consumeixes alcohol?

---

---

## 29. Has fumat porros algun cop?

1. Si (*passa a la pregunta 30*)
2. No (*passa a la pregunta 33.*)

## 30. Quina edat tenies quan vas fumar per primer cop?

(*Escriu quina edat tenies*)

\_\_\_\_\_ anys

**31. En el darrer any, quants cops has fumat porros?**

*(si et plau, tria només una opció)*

1. Gairebé cada dia
2. Tres o quatre cops a la setmana
3. Un o dos cops a la setmana
4. Dos o tres cops al mes
5. Una vegada al mes o menys (de tres a dotze vegades en l'últim any)
6. Un o dos cops en l'últim any
7. Cap

**32. Quina és la raó principal per la que fumes porros?**

---

---

**33. Alguna de les persones que viu amb tu fuma (o ha fumat) porros?**

1. N'ha fumat, però ara no en fuma.
2. Si, fuma actualment (*passa a la pregunta 34*)
3. No

**37. Si et plau, en cas afirmatiu indica qui i la freqüència:**

<u>Qui</u>	<u>Freqüència</u>
- _____	1. Setmanalment ; 2. Mensualment ; 3. Diàriament 4. Dos cops al dia ; 5. Tres o més cops al dia
- _____	1. Setmanalment ; 2. Mensualment ; 3. Diàriament 4. Dos cops al dia ; 5. Tres o més cops al dia
- _____	1. Setmanalment ; 2. Mensualment ; 3. Diàriament 4. Dos cops al dia ; 5. Tres o més cops al dia
- _____	1. Setmanalment ; 2. Mensualment ; 3. Diàriament 4. Dos cops al dia ; 5. Tres o més cops al dia

**38. Has provat alguna altra droga (pastilles, tripis, cocaïna, etc.)?**

1. Si (*passa a la pregunta 39*)
2. No

**39. Quina o quines?**

*(Si et plau, assenyala les que hakis provat)*

1. Pastilles
2. Tripis
3. Cocaïna
4. Altres. *Quines?* \_\_\_\_\_

**40. Quina edat tenies quan vas provar-les per primer cop?**

*(Marca l'edat en cada línia, si s'escau)*

1. Pastilles \_\_\_\_\_ anys
2. Tripis \_\_\_\_\_ anys
3. Cocaïna \_\_\_\_\_ anys
4. Altres \_\_\_\_\_ anys

**41. Quina és la raó principal per la que consumeixes aquestes drogues?**

---

---

**42. Alguna de les persones que viu amb tu consumeix alguna d'aquestes drogues?**

1. Si (*passa a la pregunta 43*)
2. No

**43. Si et plau, en cas afirmatiu indica qui i la freqüència:**

Qui

Freqüència

- \_\_\_\_\_

1. Setmanalment ; 2. Mensualment ; 3. Diàriament  
4. Dos cops al dia ; 5. Tres o més cops al dia

- \_\_\_\_\_

1. Setmanalment ; 2. Mensualment ; 3. Diàriament  
4. Dos cops al dia ; 5. Tres o més cops al dia

- \_\_\_\_\_

1. Setmanalment ; 2. Mensualment ; 3. Diàriament  
4. Dos cops al dia ; 5. Tres o més cops al dia

**JA HAS ACABAT!**

**MOLTES GRÀCIES!!**







