EDUCACIÓN SOCIAL

SUSANA BRIGNONI · CARLES FEIXA PÀMPOLS
ÁNGEL MARTÍNEZ-HERNÁEZ · ORIOL ROMANÍ I ALFONSO

MALESTARES Y SUBJETIVIDADES ADOLESCENTES

UNA APROXIMACIÓN DESDE LA SALUD MENTAL COLECTIVA

EDITORIAL UOC

17 h

Malestares y subjetividades adolescentes

Una aproximación desde la salud mental colectiva

Susana Brignoni
Carles Feixa Pàmpols
Ángel Martínez-Hernáez
Oriol Romaní i Alfonso

EDITORIAL UOC

Directores de la colección Manuales (Educación Social): Eva Bretones y Segundo Moyano

Diseño de la colección: Editorial UOC
Diseño de la cubierta: Natàlia Serrano

Primera edición en lengua castellana: febrero 2018
Primera edición en formato digital: marzo 2018

© Susana Brignoni, Carles Feixa Pàmpols, Ángel Martínez-Hernáez y Oriol Romaní i Alfonso del texto.

Todos los derechos reservados
© FUOC, de esta edición, 2018
Avda. Tibidabo, 39-43
08035 Barcelona

© Editorial UOC (Oberta UOC Publishing, SL), de esta edición, 2018
Rambla del Poblenou 156
08018 Barcelona
http://www.editorialuoc.com

Realización editorial: dâctilos

ISBN: 978-84-9116-191-2

Ninguna parte de esta publicación, incluyendo el diseño general y de la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación, de fotocopia o por otros métodos, sin la autorización previa por escrito de los titulares del copyright.

Susana Brignoni
Psicoanalista y psicóloga clínica. Miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis (ELP) y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP). Máster en Humanidades: arte, literatura y cultura contemporáneos, Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Coordinadora del seminario avanzado de casos del máster Actuació clínica en psicoanàlisi i psicopatologia de la Universidad de Barcelona (UB). Profesora del diploma superior de «Psicoanálisis y prácticas socio-educativas. Aportes para abordar el malestar educativo actual» de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, Argentina. Coordinadora del grupo de Investigación de Psicoanálisis y Pedagogía del Instituto del Campo Freudiano, Barcelona. Coordinadora del Servicio de Atención Clínica a niños y adolescentes tutelados (SAR) y miembro del Consejo de Dirección de la Fundación Nou Barris para la Salud Mental en Barcelona. Supervisora clínica de distintos equipos de la red de salud mental, social y educativa. Autora del libro *Pensar las adolescencias* (Editorial UOC) y coautora del libro *Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la Pedagogía Social y del Psicoanálisis* (Editorial Gedisa, 2003). Autora de artículos publicados en distintas revistas especializadas: *L'Interrogant*, *Freudiana*, *Mental*, *Diagnosis*, *Psicoanálisis* y *El hospital*.

Carles Feixa Pàmpols
Catedrático de Antropología Social en la Universitat Pompeu Fabra. Especializado en el estudio de las culturas juveniles, ha llevado a cabo investigaciones sobre el terreno en Cataluña y México. Entre sus libros podemos destacar *De jóvenes, bandas y tribus* (Ariel, 1998), *Jovens na America Latina* (2004), *Global Youth? Hybrid identities, plural worlds* (Routledge, 2006), *De la Generación@ a la #Generación* (Ned Ediciones, 2014) y *Antropología criminal* (UOC, 2016). Ha sido asesor para políticas de juventud en las Naciones Unidas y vicepresidente del comité de investigación Sociología de la Juventud de la International Sociological Association. En 2017 fue distinguido con el ICREA Academia y con el Advanced Grant del European Research Council.

Ángel Martínez-Hernáez
Catedrático de la Universidad Rovira i Virgili. Es doctor en Antropología Social y máster en Psiquiatría Social por la Universidad de Barcelona. Ha sido profesor asociado de la Universidad de Barcelona y profesor/investigador visitante en varias universidades y centros de investigación de Europa, Estados Unidos y América Latina. Sus campos de investigación son la antropología médica, las políticas sanitarias en Europa y América Latina, la salud mental y las culturas amazónicas. Ha sido asesor de diferentes organismos públicos, entre ellos el Municipio de Porto Alegre (Brasil) y el VI Programa Marco de la Unión Europea. Entre sus publicaciones destacan los libros *What's behind the symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding* (Routledge, 2000) y *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad* (Anthropos Editorial, 2008).

Oriol Romaní i Alfonso
Doctor en Historia (Antropología Cultural) por la Universidad de Barcelona (1982). Ha sido catedrático de Antropología Social en el Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universidad Rovira i Virgili (URV). Coordinador, desde esta misma institución, del máster interuniversitario en Antropología médica y salud global , miembro del consejo directivo del máster interuniversitario en Juventud y sociedad, y director del Medical Anthropology Research Center (MARC-URV). Actualmente es profesor emérito de la URV. Fue pionero en España en antropología de las drogas y de la juventud, así como en el uso de las historias de vida como metodología de investigación. Además de las investigaciones y estudios sobre salud y usos de drogas (antropología de la medicina), ha trabajado también sobre culturas juveniles y distintos aspectos de la marginación social (antropología urbana). Entre sus publicaciones destaca *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota* (Anagrama, 1983 y 1986; Los Libros de Itaca, 2015), *Las drogas. Sueños y Razones* (Ariel, 1999 y 2004) y, como coordinador, *Jóvenes y riesgos, ¿Unas relaciones ineludibles?* (Bellaterra, 2010).

Índice

Introducción 11

Capítulo I. Adolescencia: pasado y presente 13
1. El nacimiento de la adolescencia 14
2. La adolescencia en sociedades primitivas 17
3. La adolescencia en sociedades estatales 22
4. La adolescencia en sociedades rurales 25
5. La adolescencia en la sociedad industrial 28
6. La adolescencia en la sociedad posindustrial 33
7. La muerte de la adolescencia 37
8. Epílogo: el debate sobre el cerebro de los adolescentes 38

Glosario 41
Bibliografía 42
Filmografía 45

Capítulo II. Adolescencias y salud mental 47
1. Desnaturalizar el tema: del problema a la cuestión 49
2. Nuestra época y las experiencias 51
   2.1. Tiempo y espacio 52
   2.2. Cuerpos y vínculos 55
3. La promesa de la salud mental 58
4. Salud mental y sufrimiento 60
5. Actualidad de la salud mental 61
   5.1. Las adolescencias hoy 63
      5.1.1. Adolescencias y alteridad 63
      5.1.2. Adolescencias prolongadas 64
      5.1.3. Las adolescencias más allá de la pubertad 66
      5.1.4. Las adolescencias y sus manifestaciones 68

6. Conclusiones 73
Bibliografía 75

Capítulo III. Adolescencia, juventud y drogas 79
1. Las drogas, replanteamientos epistemológicos 81
   1.1. Las drogas: conceptos básicos y observaciones metodológicas 81
   1.2. Drogodependencias: discusión del concepto de adicción 84
   1.3. Aspectos históricos, políticos y socioculturales a través de los que se ha creado el campo de las drogas. Naturalización de los conceptos básicos 88
      1.3.1. Condiciones de posibilidad de las drogodependencias ... 88
      1.3.2. El proceso de medicalización 90
      1.3.3. La creación de un problema social 91
      1.3.4. Los modelos de percepción y gestión de las drogas 92
2. Juventud y drogas: ciencia y moral 97
   2.1. La juventud, una clave de interpretación de las sociedades: jóvenes y adolescentes 97
   2.2. Apuntes sobre los riesgos 101
   2.3. Adolescencias, riesgos, salud y drogas: ¿dónde están los riesgos? 103
3. De seguridades y estigmas. ¿Biopsicosocial? Investigación, poder, practicidad 111
   3.1. Las adicciones como enfermedad cerebral 112
   3.2. El modelo neurobiológico de las adicciones 114
      3.2.1. El origen de las evidencias del modelo neurobiológico de las adicciones 117
      3.2.2. Las influencias en el modelo biopsicosocial 119
   3.3. Las críticas al modelo de enfermedad cerebral de las adicciones 121
   3.4. Conclusiones 124
4. Normalización y prevención 125
   4.1. Prevención y reducción de riesgos y daños: algunas precisiones 125
   4.2. La normalización de los usos de drogas: potencialidades 131
Glosario 136
Bibliografía 138
Anexos 144

Capítulo IV. Los malestares de los adolescentes 145
1. El proyecto «Los malestares de los adolescentes» 149
2. Anatomía social de los estados de ánimo 153
2.1. Sentirse con mucha energía 153
2.2. Sentirse triste 156
2.3. Sentirse nervioso 158
2.4. Sentirse feliz 159
2.5. Sentirse aburrido 160
2.6. Sentirse solo 161
2.7. Sentirse cansado 162
2.8. Sentirse entusiasmado 163
2.9. Sentirse demasiado ocupado 164
2.10. Sentirse presionado por los padres 164
3. ¿Desafiliados o superados? 165
4. El bucle depresivo 167
5. Perfil social de la depresión en la adolescencia 168
6. Malestares con vida social 170
7. ¿Quién evita a quién? Una paradoja de la atención 172
8. Narrativas e itinerarios de evitación 175
8.1. Normalización 178
8.2. Problematización 180
8.3. Evaluación de las consecuencias 183
9. Las recomendaciones de los jóvenes 185
9.1. La normalización de la atención en salud mental 186
9.2. La organización de los servicios 186
10. Conclusiones 187
Bibliografía 189

Introducción

La **adolescencia** es una categoría cultural generalmente utilizada para definir un período de la vida que alberga una relevante diversidad interna en términos de diferencias de edad, de género, de clase social y de procesos de **subjetivación**, entendiendo este último término en su sentido de hacerse o convertirse en sujeto, de construcción de la identidad, de desarrollo del yo como autor y como actor social. La palabra *adolescencia* es, asimismo, un término que difícilmente puede entenderse como un universal, tal como una amplia literatura antropológica ha puesto en evidencia y tal como apuntan los textos incluidos en este manual. Más bien debemos vislumbrarla como una construcción social que cobra sentido en el contexto específico en el que los actores y sistemas sociales (incluidos los sistemas expertos) definen qué es adolescencia y qué connotaciones encierra esta adscripción. Desde esta perspectiva, la adolescencia es una denominación que responde a un determinado contexto histórico de la modernidad. También es una categoría dinámica, ya que se transforma de generación en generación, con sus experiencias vitales derivadas. No existiría, por consiguiente, algo así como un solo tránsito, o una adolescencia o una juventud posible de ser vividas, sino una diversidad cuyas condiciones de posibilidad descansan en un contexto social determinado.

En las sociedades de capitalismo avanzado, la adolescencia alude a una etapa de la vida que evoca significados de indefinición, incertidumbre y vulnerabilidad. Parte de estos significados provienen de denotar un periodo vital de cambios físicos, psicológicos y sociales evolucionando hacia la vida adulta. Otra parte deviene del estatus social que connota, de esa condición intersticial entre la infancia y el mundo adulto. En nuestros contextos sociales las y los adolescentes parecen habitar un espacio cronológico de incertidumbre, tanto para ellos mismos como para la mirada adulta. Son sujetos sociales que evocan a la vez vulnerabilidad y construcción de futuro, dependencia y autonomía, riesgo y expectativas. Probablemente la adolescencia sea en nuestras sociedades la etapa de la vida más claramente ambigua tanto para aquellos que la transitan como para los que la intentan entender.

Uno de los aspectos que ayudan a potenciar esta indefinición –y que a su vez suele derivar en preocupación para el mundo adulto– es el territorio de la emocionalidad, los estados de ánimo y las aflicciones. Los adultos a menudo se muestran refractarios o poco empáticos con la frecuencia, tono, intensidad y fenomenología de la emocionalidad de los adolescentes. En ella se reconocen, pero a la vez discrepan de su modulación, pues este mundo emocional es asociado con un momento difícil, con el desarrollo fisiológico y psicológico y con la conformación de una identidad todavía en construcción. Esta situación se convierte en especialmente relevante a la hora de valorar aspectos como los problemas de salud mental de los jóvenes.

El ámbito de la salud mental colectiva, entendida como análisis comprehensivo y exhaustivo del sufrimiento psíquico y social, conforma la perspectiva central de este material. Tras un texto de Carles Feixa, que nos permite una lúdica aproximación histórica y genealógica al campo de la adolescencia, el resto de los capítulos abordan temas como la atención psicológica y psicoanalítica (Susana Brignoni), el consumo de sustancias psicoactivas (Oriol Romaní y Francisco J. Eiroa-Orosa) y los malestares de los adolescentes (Ángel Martínez). Se trata de diferentes miradas que permiten espacios de confluencia y que abren las puertas a nuevos interrogantes para un saber inquieto, para un saber reflexivo donde el otro es constituido como un agente activo.

Capítulo I

Adolescencia: pasado y presente

Carles Feixa Pàmpols

Entendida como la etapa en la vida individual comprendida entre la pubertad fisiológica (una condición natural) y el reconocimiento del estatus adulto (una condición cultural), la adolescencia se ha considerado una condición universal, una etapa en el desarrollo humano que se encuentra en todas las sociedades y momentos históricos.

Desde esta perspectiva, la necesidad de un periodo de preparación entre la dependencia infantil y la inserción social plena, así como la crisis y conflictos que caracterizan este periodo de edad, estarían determinados por la naturaleza. Por otro lado, durante el último siglo se han producido estudios en el campo de las ciencias sociales sobre la variabilidad y plasticidad de la adolescencia a través del espacio y el tiempo, con el argumento de que es una construcción social determinada por la cultura.

Durante la última década se han conseguido avances significativos en la investigación sobre la adolescencia, tanto de tipo social como de tipo biomédico, siguiendo dos tendencias principales: los estudios culturales sobre la **generación digital** (Castells, 1996; Tapscott, 1998), y los estudios neurobiológicos sobre el **cerebro adolescente** (Epstein, 2007; Sercombe y Paus, 2009). Esto ha sido posible gracias no solo a los adelantos en las técnicas de medida (como las metodologías cualitativas en ciencias sociales y las técnicas de escáner en ciencias naturales), sino también por las nuevas preguntas que han surgido sobre el papel cambiante de los adolescentes en la sociedad de la información.

El objetivo de este texto es dibujar un marco sociocultural para conseguir una mejor comprensión de la noción de adolescencia. Por eso proponemos hacer un recorrido por la historia, pero antes hay que empezar por discutir algunos conceptos clave.

1. El nacimiento de la adolescencia

> «La adolescencia es como un segundo nacimiento, es el momento en que aparecen los rasgos humanos más elevados y más completos. Las cualidades emergentes de la mente y el cuerpo son totalmente nuevas. El niño vuelve a un pasado remoto, el adolescente es neoatávico y las últimas adquisiciones de la especie poco a poco se van haciendo preponderantes. El desarrollo es menos gradual y más irregular, reminiscencia de una época de tormenta y tensión en el pasado, cuando los viejos amarres se soltaron y se logró un nivel superior.»
>
> S. G. Hall (1915/1904). *Adolescence: Its Psychology and its relations to Psysiology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education* (pág. xiii).

> «Cuando pensamos en las dificultades de la infancia y la adolescencia, los tomamos como inevitables periodos de adaptación que todos tenemos que superar... Los resultados de esta investigación confirman la sospecha que los antropólogos han tenido durante mucho tiempo, sobre el hecho de que mucho de lo que atribuimos a la naturaleza humana no es más que la reacción a las restricciones impuestas por nuestra civilización.»
>
> F. Boas (1985/1928). «Introduction». En: M. Mead. *Coming of Age in Samoa* (págs. 12-13).

El término **adolescencia** deriva del latín *adolescere*, que significa 'crecer' o 'desarrollarse hacia la madurez'. Por lo tanto, se puede considerar como la dimensión individual de transición a la vida adulta. El comienzo de la adolescencia está vinculado a la **pubertad**, una palabra que viene del latín *pubertas*, que significa 'la edad viril' y hace referencia a la madurez sexual, tanto femenina (el primer periodo) como masculina (la primera eyaculación). Esta maduración es el resultado de un proceso biológico complejo conocido como **pubescencia –**del latín *pubescere*–, palabra latina que hace referencia a la aparición del vello púbico y otros cambios en el cuerpo que tienen lugar durante los años inmediatamente anteriores y posteriores de la pubertad. Finalmente, el término **juventud** se refiere a la dimensión colectiva de estos cambios, convertidos hoy en un largo periodo de moratoria psicosocial (Muus, 1993 [1957]; Levi y Schmitt, 1996; Caccia-Bava, Feixa y González, 2004).

Los límites de la adolescencia han sido históricamente variables. El filósofo de la edad media Isidoro de Sevilla señaló que esta etapa de la vida empieza a los 14 años y acaba a los 28 o incluso a los 35, con el desarrollo máximo del cuerpo (Ariès, 1973). El descubridor científico de la adolescencia, Stanley G. Hall, considera que este periodo está comprendido entre las edades de 12 y 22 a 25 años (Hall, 1904). Y manuales psicológicos modernos se concentran en el periodo 12-18 (Coleman, 1985). Desde un punto de vista biológico, se sabe que en las sociedades preindustriales la edad media de la regla, que hoy está en los 13 años, se daba en una edad más avanzada (entre 16 y 19), y que el alcance de la altura máxima del cuerpo, que hoy acaba a los 16 para las chicas y a los 18 años para los chicos, duraba hasta los 20 e incluso los 30 años (Tanner, 1973; Coleman, 1985). Tras la Revolución Industrial y el proceso de urbanización subsiguiente, los cambios en las condiciones de la dieta, de vida y de salud han anticipado y reducido el periodo biológico de la pubertad. A la vez, el periodo de la adolescencia social se ha extendido debido a las condiciones económicas y culturales.

Desde un punto de vista sociológico, la adolescencia se identifica hoy en día en las sociedades occidentales con un periodo relativamente corto, anterior a la mayoría de edad, coincidiendo con la escuela secundaria. Este periodo se identifica con los adolescentes o *teenagers* (los que están en la segunda década de la vida), un prototipo de la cultura norteamericana convertido en modelo de la cultural global (Savage, 2007). Recientemente, ha crecido el interés por un nuevo periodo: la **preadolescencia**, los llamados *tweenagers* (niños y niñas entre 8 y 12 años, a caballo de la niñez y la adolescencia); se trata de un grupo de edad sobreprotegido y dependiente, que siguen patrones de consumo similares a los de los jóvenes (Griffin, 1993). El final de la adolescencia se suele identificar con los 18 años de edad (la mayoría de edad legal en la mayoría de los países). El término **posadolescencia** se refiere al periodo a partir de los 18. De hecho, el neologismo **adultescencia** (o adultez emergente) se aplica tanto a la última etapa de la juventud –entre los 25 y los 35 años de edad– como a la primera edad adulta (Feixa, 1998; Verdú, 2001; Furlong, 2009). Esta notable confusión terminológica es en parte debida a la dificultad de establecer universales fisiológicos, parámetros biológicos, psicológicos, jurídicos o culturales que marquen el comienzo de la vida adulta. Significativamente, pocos estudiosos han utilizado el desarrollo neuronal como un indicador para esta periodificación. Hoy sabemos que el conductor de muchos de estos cambios está dentro de nuestro cerebro. Por eso, los resultados de la ciencia de la mente pueden abrir nuevas perspectivas para entender el po-

tencial y los límites de la adolescencia, como una condición natural y como una construcción social.

El primero compendio académico sobre la adolescencia fue formulado por primera vez en 1904 por Stanley G. Hall, un psicólogo norteamericano, en su monumental obra *Adolescencia: su psicología, y sus relaciones con la fisiología, antropología, sociología, sexo, crimen, religión y educación*. Hall describió la adolescencia como un periodo de «tormentas y tensiones», una noción inspirada en el *Sturm und Drang* romántico. Desde esta perspectiva, la turbulencia emocional tenía una base biológica, y por lo tanto la adolescencia era una etapa inevitable del desarrollo humano. Influenciado por el darwinismo, Hall formuló la llamada **teoría de la recapitulación**. Esta teoría afirma que la estructura genética de la personalidad contiene la historia de la humanidad. La adolescencia, entre los 12 y 22 a 25 años de edad, correspondería a una etapa prehistórica de turbulencia y transición, marcada por migraciones masivas, guerras y culto a los héroes. Esta etapa estaría dominada por las fuerzas del instinto, que necesitan un largo periodo para apaciguarse, durante el cual los jóvenes no tienen que ser forzados a comportarse como adultos, porque se encuentran en una etapa intermedia entre lo «salvaje» y lo «civilizado». El trabajo de Hall tuvo una gran influencia, puesto que extendió una imagen positiva de la adolescencia como una etapa de crisis y moratoria social, y convenció a los educadores sobre la necesidad de «dejar que el joven sea joven». Hall no hizo más que racionalizar el surgimiento de la juventud en los países occidentales como una etapa de semidependencia, un proceso que se extendió hasta finales de siglo XIX en relación con el impacto social de la segunda Revolución Industrial y la expulsión de los jóvenes del mercado de trabajo. Desde la publicación de su libro –el nacimiento oficial de la adolescencia como una categoría científica–, las ideas seminales de Hall han sido lugar común en el debate sobre la historia de la infancia y la juventud (Debesse, 1964 [1944]; Muus, 1993 [1957]; Demos y Demos, 1969; Gillis, 1981; Schlegel y Barry, 1991; Côté, 1994; Levi y Schmitt, 1996).

Cuando Margaret Mead empezó su trabajo de campo en Samoa en 1925, estas ideas estaban en vigor entre los educadores de Norteamérica. Su famoso libro *Coming of Age in Samoa* puede ser visto como una prueba para refutar las teorías de Hall, demostrando que la adolescencia no podía ser vista como un periodo de crisis en todas las sociedades, como el psicólogo había generalizado a partir del caso de la juventud norteamericana. Boas (profesor de Mead) explica en el prólogo el objetivo básico de su libro, coherente con la escuela del particularismo

histórico, que es criticar el etnocentrismo de la teoría psicológica. Según Mead, para las niñas de Samoa…

> «la adolescencia no representaba una etapa de crisis o tensión, sino una etapa de desarrollo armónico de un conjunto de intereses y actividades, que maduraban lentamente.»
>
> M. Mead (1985/1928). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa* (pág. 153).

Muchos años después de esto, Derek Freeman (1983) cuestionó las afirmaciones básicas de Mead por dar una imagen demasiado idílica de la cultura samoana. Para Freeman, las adolescentes samoanas no estaban libres de tensión y conflicto, dada su situación de dependencia familiar y la jerarquía social que caracterizaba a la sociedad. A pesar de todas estas críticas, las preguntas iniciales de Mead siguen siendo pertinentes: ¿puede la juventud considerarse una condición natural? ¿Pueden las características de la juventud occidental de hoy generalizarse a otras culturas?

Toda sociedad organiza y pauta culturalmente la transición de la niñez a la vida adulta, aunque las formas, contenidos y ritmos de esta transición pueden ser muy variados. Si bien este proceso tiene una base biológica, la cuestión clave es la percepción social de estos cambios y sus efectos en la comunidad. La gran variedad de situaciones se pueden agrupar en cinco modelos de la adolescencia: el o la **púber** de las sociedades primitivas sin estado; el **efebo** (este término no tiene equivalente en femenino) de las sociedades estatales antiguas; el **mozo** o la **moza** de las sociedades rurales preindustriales; el o la **adolescente** en el primer proceso de industrialización; y los y las **jóvenes** de las sociedades postindustriales. Para describir las características de estos modelos de la juventud, presentaremos una serie de ejemplos etnográficos que ilustran la enorme plasticidad de la adolescencia en el espacio y el tiempo (Mitterauer, 1986; Spencer, 1990; Feixa, 1998).

2. La adolescencia en sociedades primitivas

> «Para los pigmeos, la Elima no es solo un rito de la pubertad dedicado a los jóvenes; es una celebración de la edad adulta, y es tan importante para los hombres como para las mujeres […] Durante la Elima, el macho tiene que demostrar suficiente valentía para

abrirse camino hacia la casa de las chicas, una vez que ha sido invitado... Por otra parte, tiene que demostrar que él es un hombre, capaz de matar "un animal auténtico".»

C. Turnbull (1984/1961). *Los pigmeos, el pueblo de la Selva* (págs. 206-207).

En la película *The Emerald Forest* (Boorman, 1985) se puede ver el proceso de iniciación de un adolescente en una sociedad amazónica. El personaje principal, Tomme, un menor de edad blanco secuestrado cuando era niño, que ahora vive en la selva con un grupo de cazadores-agricultores, ha llegado a la pubertad. Después de cazar su primer animal grande (un mono) y de coquetear con las chicas, su nuevo padre le dice: «Crees que eres un hombre, pero te miro y solo veo a un niño tonto. Es hora de morir». Morir a través del rito que lo convertirá en un adulto. Por eso, se tiene que beber un alucinógeno que cambia su percepción, tiene que pasar un periodo de aislamiento que lo ayude en este propósito. Cuando se despierta, su padre dice: «Has nacido de nuevo. Ahora eres un hombre, has pasado de niño a hombre». Ahora él puede pensar en casarse, tener hijos y participar en las actividades de los adultos.

Es el mito del púber renacido, vinculado a la noción de la adolescencia como un segundo nacimiento que, según Lévi-Strauss (1971), está presente en muchas sociedades primitivas, y muestra la necesidad de no dejar a la arbitrariedad de la naturaleza el momento trascendente de entrar en la vida adulta. En la amplia gama de sociedades primitivas, es decir, en las sociedades segmentarias, sin estado, no es fácil diferenciar un modelo único de ciclo de vida: desde las transiciones lentas de las adolescentes samoanas a las clasificaciones de edad rígidas de algunas sociedades de la África subsahariana, la duración y la existencia de la juventud en sí son difíciles de explicar. Lo único que la mayoría de estas sociedades comparten es el valor dado a la pubertad como umbral fundamental durante la vida, básico para la reproducción de la sociedad en su conjunto. Para los niños, la pubertad desencadena la maduración fisiológica, procesos que aumentan la fuerza muscular y garantizan la formación de los agentes productivos. Para las niñas, la pubertad comporta la formación de agentes reproductivos. Los dos procesos son esenciales para la supervivencia material y social del grupo. Esto explica por qué a menudo este periodo es elaborado en términos rituales, con los llamados **ritos de iniciación** para celebrar la unión de personas (casi siempre hombres, aunque a veces las chicas también) en la sociedad y su reconocimiento como **entidades personales** y **miembros del grupo**. A partir de aquí, las diferencias son notables: la iniciación puede coincidir con la pubertad fisiológica o tener

lugar más tarde, puede significar unirse a la vida adulta con plenos derechos o unirse a un grupo semidependiente de la edad anterior al matrimonio. En términos generales, se puede afirmar que cuanto más compleja es la estructura económica y política, más grande es la posibilidad de las moratorias sociales equivalentes a nuestra etapa juvenil.

Los pigmeos BaMbuti son una sociedad de nómadas cazadores recolectores que viven en la selva de Ituri (Zaire). Cuando Colin Turnbull (1984 [1961]) los estudió, el grupo se componía de unas veinte familias nucleares, distribuidas a través de diferentes lugares de campamento itinerante, que van ocupando a lo largo del año. Son vecinos de los agricultores sedentarios Bantús, tienen relaciones de intercambio y de conflicto con ellos. Su subsistencia se basa en lo que la selva les puede ofrecer (animales cazados con red o lanzas, aves, frutos silvestres...). El conjunto de la población, incluyendo mujeres y niños, está implicado en muchas de estas tareas. La autoridad también se distribuye de manera equitativa, sin instituciones jerárquicas. Los niños se integran en las actividades de los adultos desde una edad muy primeriza, imitando el trabajo y las rutinas ceremoniales a través del juego. El fin de la infancia se celebra con el rito de la Elima. Esta ceremonia se lleva a cabo cuando una niña tiene su primera menstruación.

> «El acontecimiento es un regalo para la comunidad, y es recibido con alegría y agradecimiento. La chica ahora puede convertirse en madre; ella puede tener un marido con orgullo.»
>
> C. Turnbull (1984/1961). *Los pigmeos, el pueblo de la Selva* (pág. 195).

Entonces empieza un periodo de reclusión especial en una cabaña, junto con sus coetáneos y una mujer mayor respetada que les enseñará todas las artes y habilidades de la maternidad, así como las canciones que cantan las mujeres adultas. Después de un mes de canto y fiesta –incluyendo incursiones de diversión en el campamento de los chicos–, las invitan a unirse al grupo de nuevo y se consideran como mujeres adultas a punto para el matrimonio. En el caso de los niños, los cambios de la pubertad no son tan evidentes o instantáneos. Tienen que demostrar su virilidad de otras maneras. Tienen dos formas de hacerlo. Por un lado, han de pasar la noche con una de las chicas confinadas en la cabaña de la Elima, escabulléndose de la guardia permanente establecida por el grupo de las niñas, y tienen que conseguir pasar la noche con una de ellas. Por otro lado, el joven tiene que matar un animal auténtico, no uno pequeño, como lo haría un

niño, sino un gran antílope o incluso un búfalo, demostrando no solo que puede alimentar a su propia familia, sino también que puede contribuir a la alimentación de los miembros más viejos del grupo. Para Turnbull, una vez el individuo ha adquirido las capacidades productivas y reproductivas, es aceptado en el mundo de los adultos. A partir de entonces comparte la caza, participa en debates y rituales, aprende canciones y conocimientos tradicionales y es capaz de tomar una esposa y hacer una casa.

Un caso opuesto a los pigmeos son las sociedades de pastores nómadas organizados según grupos de edad muy rígidos, a menudo asociados a las actividades guerreras. El ejemplo más emblemático es sin duda el masái, considerado por Bernadi (1985) como el modelo de sistema de clases basado en la edad de iniciación. El territorio precolonial masái cubre la frontera entre Kenia y Tanzania. Es una confederación de tribus políticamente autónomas. Su actividad se basa en el pastoreo, y se les conoce por ser militarmente agresivos. En el momento de la penetración europea, los masáis tenían una sociedad de clases de edad muy bien estructurada. Los hombres pasaban por cinco etapas a lo largo de su vida: niños, guerreros, adultos jóvenes, adultos y personas mayores. Cada etapa tenía un nombre y un rol correspondiente: *Il murran* (joven guerrero) se dedicaba a la actividad militar; *Il moruak* (adulto casado) se dedicaba a las actividades domésticas; *Il Piron* (mayor de edad) tenía el poder de toma de decisiones; *Il dasat* (anciano) tenía el poder ritual y simbólico. Lo que es esencial sobre el sistema masái es que la iniciación tiene un sentido de grupo, en lugar de un sentido individual: cada miembro del grupo de edad se inicia al mismo tiempo, y esto provoca lazos afectivos que durarán para siempre. Las personas entran en el sistema de clases de edad con la circuncisión. Cada candidato se prepara ritualmente con un tutor. Es un signo de madurez someterse a la operación sin mostrar ninguna evidencia de dolor. Implica la capacidad potencial de participar en actividades sociales. El candidato se inicia entre los 15 y 20 años de edad y si pasa por todas las etapas, dejará la última etapa a la edad de 75 a 80 años (Bernardi, 1985). Después de la circuncisión, el joven recibe una lanza y un escudo de su padre, que lo consagra como un guerrero. La principal actividad de los guerreros es proteger el ganado, aunque en ocasiones pueden organizar sus propias incursiones. La eficiencia en el uso de las armas es una necesidad para todos los masáis. Los nuevos guerreros van a vivir a un asentamiento separado llamado *singira*, cerca de la aldea de la familia. Durante esta época de segregación residencial, los guerreros no pueden casarse. Las madres y los niños iniciados de la misma edad pueden entrar en la *singira*, tomar alimentos y participar en los bailes. Las rela-

ciones sexuales con las chicas son admitidas, siempre que no se embaracen. Con el matrimonio, la segregación residencial se para. Los machos pasan a hacerse cargo de su familia en casa y a cuidar su corral. Pronto se convierten en padres; su autonomía social se consolida, así como su autonomía económica. Cuando alguno de sus hijos se ha iniciado o está a punto para el inicio, se puede pasar a la siguiente etapa. Esto asegura su capacidad social completa como líder. La varilla es un signo de su prestigio, y la capacidad de tomar decisiones en cuestiones cotidianas. Para Bernardi, el sistema masái confirma el papel central de la iniciación puberal, que tiene una importancia equivalente a la Elima de los BaMbuti: el reconocimiento social de la edad adulta. Pero las diferencias son significativas: las niñas no juegan ningún papel; el grupo predomina sobre el individuo, y la contratación es solo el principio de un sistema de calidad que durará toda la vida.

La interpretación dominante del **sistema de clases de edad**, inspirado en el funcionalismo estructural, hace hincapié en sus funciones positivas de integración social:

> «Las organizaciones de grupos de edad contribuyen a resolver problemas y actúan en favor de la sociedad en las tensiones y conflictos potenciales entre las sucesivas generaciones y entre padres y niños.»
>
> M. Fortes (1984). «Age, generation, and social structure». En: D. Kertzer; J. Keith (eds.). *Age and Anthropological Theory* (pág. 117).[1]

Esta visión tiende a subestimar el carácter conflictivo y desigual de las relaciones que el sistema promueve, y las tensiones que enmascara. Los sistemas de edad suelen servir para legitimar un acceso desigual a los recursos, a las tareas productivas, al matrimonio, a posiciones políticas. Podríamos interpretar estas relaciones desiguales como categorías de tránsito formalizadas, estructuralmente equivalentes a nuestra juventud, ritualizadas por ceremonias de iniciación con la función de legitimar la jerarquía social entre las edades, inhibiendo el desarrollo del conflicto abierto (ya que los jóvenes acaban siendo adultos), y asegurando la sumisión de menores de edad a las normas sociales establecidas. Esto se hace más evidente cuando aparecen la estratificación social y los estados

1. cf. E. E. Evans-Pritchard (1977/1940). *Los Nuer*; S. N. Eisenstadt (1956). *From Generation to Generation*.

primitivos. En cuanto a los agricultores Kulango del reino abron (Costa de Marfil), señala que:

> «la sobrecarga de trabajo de los jóvenes construye los símbolos de su propia dependencia [...] la emancipación progresiva de los jóvenes es un obstáculo para percibir la explotación a la cual están sujetos».
>
> E. Terray (1977/1975). «Clase y conciencia de clase en el reino abrón». En: M. Bloch (ed.). *Análisis marxistas y antropología social* (pág. 131).

3. La adolescencia en sociedades estatales

> «El padre se acostumbra a ser igual al hijo y lo teme, y los niños a ser como sus padres y a no respetarlos [...] El maestro tiene miedo de sus discípulos y los adula; los discípulos desprecian a sus amos y a sus cuidadores; en general, los jóvenes quieren igualarse a sus mayores y rivalizan con palabras y acciones, y los viejos son condescendientes con los jóvenes, se llenan de alegría y buen humor, imitando a los jóvenes para no parecer amargos o despóticos.»
>
> Platón (1981). *República* (pág. 85).

> «Los jóvenes obedecen a sus necesidades fisiológicas, entre las cuales el placer sensual juega un papel específico. La lucha por la posición social también tiene lugar [...] Los jóvenes se sienten orgullosos porque la vida no los ha humillado, pero están llenos de expectativas, puesto que no han sido decepcionados... Prefieren la compañía de sus contemporáneos a cualquier otra compañía. Para los jóvenes el futuro es largo y el pasado es corto. Nada es juzgado por su utilidad, y todos los errores se deben a la exageración [...] Mientras que la juventud es generosa e inteligente, los viejos son cobardes y siempre temen lo peor. Consideran todo el resto según su utilidad.»
>
> Aristóteles. *Retórica*. En: Allerbeck, K.; Rosenmayr, L. (1979). *Introducción a la sociología de la juventud* (pág. 159).

La película *300* (Snyder, 2007) evoca la educación de los jóvenes espartanos, aunque en una exagerada versión en cómic. Narra una historia en la cual el rey Leónidas lidera

un ejército de trescientos soldados que se interponen contra los persas en la clásica batalla de las Termópilas en el año 480 antes de Cristo. Las películas de griegos y romanos en general se caracterizan por la presencia de hombres jóvenes, atléticos y valientes. Esta es también la imagen que el arte clásico ha llevado hasta nuestros días, desde la escultura a la literatura épica: hombres deportivos mostrando su cuerpo, guerreros luchando, hombres jóvenes hablando de filosofía y discutiendo con sus maestros, héroes y heroínas que luchan contra los dioses.

La juventud en la sociedad clásica se convierte en una edad modelo. La emergencia del poder del Estado y sus procesos subsiguientes de organización social jerárquica, división del trabajo y urbanización permiten la emergencia de un grupo de edad que aún no tiene plenamente reconocidos los derechos sociales, puesto que le son asignadas una serie de tareas militares y educativas. La generación de un excedente económico permite liberar una parte de la fuerza de trabajo para dedicarse a actividades no productivas, y la gente joven –o los jóvenes de las élites– pueden dedicar un periodo de su vida a la formación militar y civil. Esto también implica la aparición de una serie de imágenes culturales y valores simbólicos sobre la juventud que lo aíslan del resto del cuerpo social. Pero lo decisivo es la consolidación de ciertas instituciones para la educación de los jóvenes.[2]

El término *efebo* significaba etimológicamente 'el que ha llegado a la pubertad', pero además de referirse al fenómeno fisiológico también tenía un sentido legal. La celebración y el reconocimiento público del final de la infancia abrieron un periodo obligatorio de noviciado social –la **efebía**– en el marco de las instituciones militares de Atenas, en que los jóvenes permanecían hasta los veinte años. La efebía se inspiró en el modelo de la **agogé** espartana, la institución militar donde se educaban los jóvenes guerreros entre las edades de dieciséis y veintiún años. Consistía en la capacitación para la guerra, el aprendizaje moral y un periodo muy duro de aislamiento. Todo el tiempo se organizaba de manera comunitaria y se utilizaba para la formación al servicio de la *polis*, aunque se centraba en la resistencia física, así como el autocontrol y la resistencia en el aspecto moral (Bellerate, 1979). También incluyó la educación en el nivel erótico, que alcanzaba las relaciones de tipo homosexual con guerreros mayores. Con el tiempo, la efebía de Atenas perdió su carácter militar para enfatizar su aspecto educativo: la introducción de los jóvenes de élite en los refinamientos de la vida elegante.

2. Ver A. Schnapp (1996). «La imagen de los jóvenes en la ciudad griega». En: G. Levi.; A. Fraschetti (1996). «El mundo romano». En: G. Levi; J.-C. Schmitt (eds.). *Historia de los jóvenes*.

La educación del ciudadano independiente, capaz de presentar sus opiniones con argumentos retóricos y lógica, y de conseguir una posición prominente en la sociedad, requiere una fase intermedia en la vida para conseguir la formación necesaria. Es así como surge el concepto de *paideia* (o educación), que ofrecía una base sólida donde la noción de la juventud podía emerger, ya fuera en sus versiones sofista, socrática o platónica. La idea de la *paideia* estaba vinculada a las ideas de eros, amistad y reforma: ciertos grupos de jóvenes se podrían dedicar a la educación, la cultura y las innovaciones, por eso las «nuevas ideas» eran vistas como una cosa de los jóvenes. De este modo, el concepto de una fase de la vida se identifica con una determinada función cultural: los jóvenes se identifican con el amor erótico, el deseo de sabiduría, el deseo de belleza y la reforma. La *paideia* acabó siendo un símbolo de la cultura por sí misma (Jaeger, 1968). Algunos filósofos griegos pronto se hicieron eco del carácter ambivalente del modelo de juventud emergente. En su *República*, Platón hizo comentarios irónicos sobre la crisis de la autoridad de los adultos que el culto a los jóvenes implicaba. En su *Retórica*, Aristóteles observó la sensualidad, el orgullo, la esperanza, el idealismo, la generosidad, la nitidez y la exageración como características fundamentales de los jóvenes. También en los deportes y las artes estos valores estuvieron presentes representando al individuo como un hombre joven en la lucha o los deportes, cantando las alabanzas de la fuerza de su cuerpo, así como de su mente. No se puede ignorar que el modelo del efebo no era de aplicación para las chicas o mujeres plebeyas o esclavas.

La historia de la antigua Roma aporta también un ejemplo de transición del modelo de púber para el modelo de efebo. En los primeros tiempos de la República Romana, la pubertad fisiológica define el paso de un estado de infancia a la edad adulta. Originalmente, la pubertad fue entendida en el sentido más literal, como madurez sexual; hasta Justiniano había incluso un procedimiento de comprobación –la *inscriptio corporis*– en el caso de los chicos, abolida más tarde para ser considerada indecente. Cada año, el día de *liberari* –el 17 de marzo– el *pater familias* se reunía con miembros de *consilium domesticum* para acordar declarar al joven púber. Entonces lo llevaban a la plaza pública, le sacaban su *toga praetexta* y le imponían la *toga viril*, lo que significaba unirse a la comunidad política como ciudadano. Desde aquel momento, podía participar en las elecciones, acceder a los tribunales de justicia, hacer negocios y participar en la milicia, en otras palabras, tenía los mismos derechos y obligaciones que los adultos. Es cierto que desde un punto de vista jurídico los hijos pertenecían al padre, de forma que todos los niños, independientemente de su edad, dependían de él, y en caso de

muerte del padre, el primogénito adquiría esta facultad solo si era un púber» (Giuliano, 1979). Durante el siglo II d. C. una serie de mutaciones tuvieron lugar dentro de la sociedad romana, lo cual, según Giuliano, dio lugar a la emergencia de la juventud entre los hombres de las clases privilegiadas: aparición de las grandes ciudades financieras y comerciales; acumulación por una minoría dominante; urbanización masiva; desarrollo completo de la esclavitud como una relación fundamental de la producción, etc. En este contexto, los jóvenes pierden progresivamente sus derechos: la madurez social no se adquiere inmediatamente con la pubertad, sino que se retrasa hasta los veinticinco años:

> «Esto significa que se considera a los jóvenes púber socialmente maduros para defender el país, pero no para gestionar plenamente su propiedad y la *res publica*.»
>
> L. Giuliano (1979). *Gioventù e instituzioni nella Roma antica* (pág. 53).

Aumentan las formas de control: el control familiar, el control de la escuela, la moral y el control penal se imponen a los jóvenes, que no reaccionan de forma pasiva. Su rebelión se pondría de manifiesto a través de las **bacanales**, en las que, según Gallini (1970), convergía «una mezcla voluntaria e involuntaria de diferentes tendencias de protesta sociales», reuniendo a los jóvenes, mujeres y otros grupos marginados.

4. La adolescencia en sociedades rurales

> «La tercera edad, llamada adolescencia, que empieza a los 14, y acaba, según Constantino y su viático, a los 21, puede extenderse hasta los 28 o hasta los 35 años, de acuerdo con Isidoro. Esta edad se denomina adolescencia, porque la persona es suficientemente mayor para hacerse cargo de ella misma, dijo Isidoro. A esta edad, las extremidades son tiernas y el hombre es capaz de crecer y fortalecerse y vigorizarse con el calor natural. Esta es la razón por la cual la persona a esta edad crece hasta llegar a la medida dada por la naturaleza... La juventud viene después, la edad intermedia, es cuando la persona tiene su mayor fortaleza, y según Isidoro, esta edad dura hasta los 45, o incluso los 50, de acuerdo con los demás.»
>
> *Gran propriétaire de toutes les choses*, 1556. Citado en P. Ariès (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime* (págs. 37-38).

> «Las clases de edad neolíticas y la *paideia* helenística suponen una diferencia y un paso entre el mundo de la infancia y el mundo de los adultos, que se tiene que hacer a través de los ritos de iniciación o gracias a la educación. La civilización medieval no percibía esta diferencia, por lo tanto no tenía noción de la etapa.»
>
> P. Ariès (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime* (pág. 312).

En la película *The Cowboys* (Rydell, 1940), John Wayne, el capataz que ha perdido a su grupo de vaqueros adultos, trata de entrenar a un grupo de niños de doce años de edad; su viaje a través del *far west* es una vía de iniciación en el aprendizaje, el trabajo duro, el alcohol, el sexo y la muerte –en la adultez– que refleja la temprana maduración de los adolescentes en las sociedades rurales preindustriales.

En la Europa medieval y moderna, conocida como la sociedad del antiguo régimen, no es fácil identificar una fase de la vida que corresponda a lo que hoy conocemos como juventud. De hecho, el tema de las edades de la vida fue muy popular durante todo este periodo y tiene un lugar importante dentro de los ensayos pseudocientíficos de la época. Un testimonio clarificador se puede encontrar en el *Gran propriétaire de toutes les choses*, un tipo de enciclopedia de conocimiento sagrado y profano, publicada en Francia en 1556, según una compilación del siglo XIII, donde se distinguen siete edades: infancia, puericia, adolescencia, juventud, edad adulta, vejez y senilidad. Los límites son relativos: la adolescencia no está demasiado lejos de la puericia, y es vista como una etapa de crecimiento; la juventud es vista como «la edad del medio» (lo que hoy se llama **edad adulta**). Como cuestión de hecho, la lengua francesa medieval solo distingue tres términos (*enfant*, *garçon* y *vieux*) y sus significados son variables. Por ejemplo, *enfant* es sinónimo de aparcamiento, *garçon* hace hincapié en el grado de dependencia de este grupo de edad en el trabajo. Además, en las sociedades agrícolas en la Península Ibérica, el término para designar a los jóvenes era «mozo» y «moza», y se atribuía a los menores de edad, así como a los criados y solteros, independientemente de su edad.

Sobre la base de estas consideraciones terminológicas, así como de otras de naturaleza iconográfica (el hecho de que los niños son representados como «adultos en miniatura» y el hecho de que no hay una imagen específica para la juventud), Philippe Ariès (1973) declaró sus muy conocidas teorías sobre la inexistencia de los jóvenes durante el Antiguo Régimen:

> «Nuestra vieja sociedad tradicional apenas reconocía la niñez, y todavía menos la adolescencia. La infancia se reducía al periodo más frágil, cuando el niño no podía hacer frente a la vida por sí solo; una vez físicamente independiente, el niño se mezclaba con los adultos lo más pronto posible, mediante el trabajo y los juegos compartidos, sin pasar por una etapa de juventud, que quizás existía antes de la edad media y que se ha convertido sin duda en algo esencial en las sociedades evolucionadas de hoy».
>
> P. Ariès (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime* (págs. 5-6).

La inserción temprana en la vida adulta se manifiesta por el sistema del **aprendizaje** (*apprentissage*), muy extendido en la Europa medieval. Este modelo se basa en la exclusión del niño del núcleo familiar: a la edad de siete o nueve años, los niños y las niñas se trasladarían a otra casa para desarrollar las tareas domésticas y aprenderían oficios y habilidades, así como el comportamiento en otros aspectos de la vida, mediante el contacto directo con los adultos. Los aprendices estaban unidos a la familia de destino por un contrato de aprendizaje que podría durar de los catorce o dieciocho años de edad. Esta costumbre no era exclusiva del mundo rural, sino que también se extendió entre las clases populares urbanas (artesanos) o incluso entre comerciantes y nobles. De esta manera, los adolescentes inician su vida social lejos de su familia, donde aprenden un trabajo, maneras de caballeros, latín o incluso formas de entretenimiento y las relaciones con el otro sexo. No había ninguna noción de segregación por edades a la cual ahora estamos tan acostumbrados. También era normal ver a los menores mezclados con adultos en tabernas y lugares de mala fama: las cosas de la vida (como la sexualidad) se aprendían a través de la observación directa. La institución escolar, que consideramos hoy en día tan exclusiva de los niños y jóvenes, reunió entonces a gente de todas las edades (la noción de la separación por grupos de edad es muy reciente). Por otro lado, a pesar de estar bajo el control de los tutores o maestros, el grado de independencia de los adolescentes era mucho mayor, lo que correspondía a un débil sentimiento de cohesión familiar (Ariès, 1973).

La tesis de Ariès ha sido criticada por diferentes autores, que se han referido a las numerosas sociedades juveniles existentes en las comunidades rurales del Antiguo Régimen, que jugaron un papel importante en la organización de fiestas y juegos, en la organización matrimonial y las relaciones sexuales. Zemon-Davis (1971) ha estudiado específicamente las llamadas **abadías de desgobierno**, organizaciones juveniles presentes en toda Europa, que tuvieron un papel importante dentro de la comunidad, del mismo modo que la comunidad trabaja, organiza-

ción festiva (fiestas de la comunidad, y las fiestas especialmente rebeldes como de carnaval), así como el control de la moral sexual, el adulterio (los famosos paseos en burro), los matrimonios desiguales y la moral femenina (serenatas y canciones humorísticas). También tenían a su cargo la defensa de la identidad local frente al exterior (como el rescate que los extraños tenían que pagar cuando querían casarse con una chica local). Finalmente, se otorgaban a sí mismos funciones internas dentro del grupo de jóvenes para mantener el círculo de jurisdicción y autonomía en un mundo en el cual no estaban plenamente integrados. Tales abadías empezaron a desmantelarse durante el siglo XVII, acabando por desaparecer durante el siglo XVIII, sobre todo por la acción de los poderes religiosos, civiles y militares, que considerarían como subversivos. Ariès respondió a estas críticas arguyendo que estas organizaciones eran «sociedades de solteros» en lugar de sociedades de jóvenes. En sociedades agrícolas las nociones como «casa» o «herencia» juegan un papel fundamental: la situación dentro de la familia, en lugar de la edad, es la línea delimitadora entre la dependencia y la emancipación. Otro caso es el pueblo occitano de Montaillou a primeros del siglo XIV, evocado por Le Roy Ladurie (1980), a partir de los archivos de los registros inquisitoriales. El autor encontró pertinente la tesis de Ariès sobre la introducción primeriza de los niños en la vida adulta. En Montaillou, los menores de edad (registrados indistintamente como *adolescens* o *iuvenes*) dejan su pueblo a la edad de doce años: algunos se hacen pastores en las montañas; otros van a las casas de otros pueblos o ciudades como aprendices (especialmente las niñas). La transmisión cultural en una sociedad sin ningún tipo de escuelas tiene lugar por primera vez a través del trabajo en común: los niños recogen la fruta con sus padres; las niñas participan en la cosecha de trigo con sus madres. En el ámbito religioso, los menores son tratados también como adultos, capaces de profesar la fe genuina y participar en los ritos y mitos del catarismo perseguido: «A la edad de doce años, el hombre tiene la inteligencia del bien y del mal para recibir nuestra fe», declara un propagador de los cátaros. Los propios inquisidores no dudan en denunciar a los niños de esta edad, incluso para ser quemados en la hoguera (Le Roy Ladurie, 1980).

5. La adolescencia en la sociedad industrial

> «El hombre no está concebido para ser niño para siempre. Deja de ser un niño en el tiempo establecido por la naturaleza... Como el mar murmura antes de la tormenta,

esta revolución tempestuosa se anuncia por el murmullo de las pasiones emergentes y una interrupción secreta indica la proximidad del peligro. Un cambio en el humor y una agitación continua en el estado de ánimo hacen que el niño sea casi incorregible... añadiendo algunos cambios físicos en las manifestaciones morales [...] Es en este segundo nacimiento, cuando el hombre realmente nace a la vida.»

Rousseau. Citado en G. Lutte y otros (1979). *La condizione giovanile* (págs. 63-64).

En la película *Swing Kids* (Carter, 1993) un grupo de jóvenes alemanes en la década de 1930 resisten la hegemonía de los *Hilterjugend* nazis a través de su pasión por la música *swing* –«una música de negros, judíos y extranjeros», según las autoridades (Michaud, 1996; Wallace y Alt, 2001). *Swingkids* y *Hitlerjugend* eran las dos caras del modelo emergente de la adolescencia en la sociedad industrial: la figura del adolescente, usada y abusada por el estado y por el mercado, caracterizó el siglo XX.

¿Cuándo aparece esta realidad social que denominamos **juventud** en la sociedad occidental? ¿Cuándo se generalizó el periodo de la vida comprendido entre la dependencia infantil y la autonomía adulta? ¿Cuándo se propagaron las condiciones sociales y las imágenes culturales asociadas a la juventud? La Revolución Industrial tuvo indudablemente mucho que ver con todo esto. Fank Musgrove (1965) afirma de una manera metafórica:

«El joven se inventó al mismo tiempo que la máquina de vapor. El inventor de la máquina de vapor fue Watt, en 1765. El inventor de la juventud fue Rousseau, en 1762.»

F. Musgrove (1965). *Youth and the Social Order* (pág. 33).

El papel de este pensador, colocado en medio del estallido del mundo moderno, es sin duda muy importante. Él entendió la infancia y la adolescencia como etapas naturales en la vida, y su panegírico correspondió al mito del buen salvaje, como origen de la civilización. En su libro *Emilio*, el filósofo describe la adolescencia como un tipo de segundo nacimiento, como una metamorfosis interior, la etapa de la existencia en que el sentido social, las emociones y la conciencia despiertan. El autor identifica el corazón, la naturaleza, la amistad y el amor como rasgos de la adolescencia ante el mundo adulto perverso y despiadado. Su insistencia en el carácter natural de esta etapa de la vida, su inevitable crisis, la necesidad de separar a los jóvenes del mundo de los adultos, tendría una gran

influencia en las teorías posteriores desarrolladas por psicólogos y pedagogos (Fischer, 1975, Kett, 1977; Lutte, 1984). Pero el nacimiento de la juventud no se puede identificar con una fecha específica, ni tiene que ser confundido con la aparición de las teorías sobre esta fase de la vida. La juventud no apareció de la nada: es posible rastrear su origen durante el largo proceso de transición del feudalismo al capitalismo, así como en las diferentes transformaciones que tuvieron lugar dentro de instituciones como la familia, la escuela, el ejército y el trabajo.

La **familia** es la primera institución a cambiar. Ariès (1973) observó que, desde el siglo XVII en adelante, el modelo del *apprentissage* entró en crisis: sacar los niños de la casa de sus padres dejó de ser tan habitual, volver a casa empezó a suceder antes y más a menudo. La familia, que hasta aquel momento no había jugado un papel tan importante en la educación de los niños, desarrolla un sentido de la responsabilidad hacia los hijos y se convierte en un lugar para la afectividad. La contrapartida es la pérdida progresiva de la independencia de los niños, el alargamiento de su dependencia económica y moral. Los padres empiezan a sentirse responsables de la educación de sus hijos (Flandrin, 1977). Los procesos de urbanización y la nuclearización de la familia que vinieron junto con la industrialización, consolidan estas tendencias. Por supuesto, estos cambios afectan primero a la burguesía, y solo más tarde afectaron a otras clases sociales.

La segunda institución clave a sufrir cambios fue la **escuela**. Con el desarrollo del comercio y la burguesía, la escuela dejó de estar reservada solo a los clérigos y se convirtió en una herramienta habitual para la iniciación social, que poco a poco va reemplazando el sistema de aprendizaje y los tutores contratados por la familia. La escuela medieval, donde todas las edades se mezclaban y la autoridad del maestro era vaga, se reemplaza por los sistemas educativos más modernos, entre los cuales los colegios e internados son notables ejemplos. De nuevo, fue la burguesía quien tomó las riendas: la escolaridad no se generalizó entre otras clases sociales (o entre las niñas) hasta épocas más recientes:

> «Un límite claro entre la adolescencia y la infancia solo podía tener lugar con la difusión de las escuelas secundarias y se inició a finales del siglo XIX.»
>
> K. Allerbeck y L. Rosenmayr (1979). *Introducción a la sociología de la juventud* (pág. 169).

La nueva escuela responde a un nuevo deseo de rigor moral: hay que aislar a los jóvenes del mundo adulto durante un tiempo. Los alumnos se clasifican según su edad, y el régimen de disciplina se vuelve cada vez más rígido. Según

Foucault, todas estas transformaciones ocurren simultáneamente con las que se producen en el sistema penitenciario, y reflejan las nuevas condiciones del capitalismo industrial.

La tercera institución influyente, aunque en este caso solo para los chicos, es el **ejército**. Tanto los escuadrones señoriales medievales como los ejércitos mercenarios modernos reclutaban a sus miembros entre los hombres jóvenes, aunque la actividad militar solo afectaba a una minoría de la población. La Revolución Francesa estableció el servicio militar obligatorio: la nación armada está representada por sus jóvenes, que tienen que dedicar un tiempo de su vida a servir con las armas. La conscripción obliga a los miembros de una cohorte generacional a vivir juntos durante un periodo de tiempo, en un espacio limitado: los hombres se separan de las comunidades de origen y comparten sus vidas con sus contemporáneos. Por primera vez, se dan las condiciones para el surgimiento de una conciencia generacional. A lo largo del siglo XIX, el servicio militar se extendió por toda Europa[3] no sin cierta resistencia de los hombres jóvenes y las comunidades, que perdían una parte fundamental de su fuerza de trabajo en su tiempo más productivo. La mili genera una cultura propia: las fiestas de quintos (y sus contrapartes femeninas: las apolonias), el lenguaje antimilitarista, los hábitos sexuales y el consumo de drogas, etc., van configurando un mundo completamente juvenil. También aparece la idea de que el servicio militar sirve «para hacerse un hombre», y solo a su regreso los hombres pueden pensar en casarse y componer una familia (Ariès, 1973).

La cuarta y última institución es el **trabajo**. Las transformaciones son mucho más complejas en este campo. Hemos visto que el sistema de aprendizaje entró en crisis, tanto en el medio rural como en la artesanía urbana. En cierto modo, la protoindustrialización podría fomentar una cierta independencia para los más jóvenes:

> «El control parental de los más jóvenes a través de la distribución de la tierra se rompió gracias a mayores posibilidades de ocupación, así como la fragmentación de la tierra. Los jóvenes podían casarse más jóvenes a partir de entonces, y formar sus propios grupos familiares.»
>
> M. Berg (1985). *La era de las manufacturas* (pág. 131).

3. En España se estableció en la década de 1870.

Pero la primera industrialización no diferenciaba la fuerza de trabajo según la edad; más bien sometió a los jóvenes a nuevas dependencias. Fue sobre todo en la segunda Revolución Industrial, con sus adelantos técnicos, cuando los jóvenes fueron expulsados lentamente de la mano de obra industrial. Por un lado, el aumento de la productividad redujo la demanda de fuerza de trabajo. Por otro lado, se requiere una formación superior técnica para desarrollar las tareas complejas dentro del sistema industrial. Estos hombres y mujeres jóvenes fueron rechazados, sin trabajo asalariado, permaneciendo en una tierra de nadie: la escuela, o bien la calle (Keniston, 1972).

Por lo tanto, a finales del siglo XIX el terreno estaba preparado. Para Gillis (1981), durante las décadas de 1879 a 1900, la adolescencia es «descubrimiento». Este acontecimiento se puede resumir con una frase famosa, difundida entre los padres y los educadores: «Boys will be boys» (los chicos siempre serán chicos). Durante la primera mitad del siglo XX, que el autor denomina **la era de la adolescencia**, el concepto de joven –que había sido restringido a la burguesía y a los chicos de las ciudades occidentales– se democratiza: los rasgos de la adolescencia se extienden poco a poco a las niñas, a los trabajadores, a las zonas rurales y a los países no occidentales. En estos tiempos la escuela secundaria se universaliza, los jóvenes son rechazados del mercado de trabajo y aparecen las primeras asociaciones juveniles modernas dedicadas al ocio –como los *Wandervogel* en Alemania y los *boy scouts* en Inglaterra. También aparecen las teorías psicológicas y sociológicas sobre la inestabilidad de la adolescencia y su vulnerabilidad, como las de Hall en el mundo anglosajón, las de Mandousse y Debesse en Francia, y las de Spangler en Alemania: todas ellas sirven para justificar la separación de los jóvenes del mundo de los adultos. También hay una nueva legislación que, bajo el cebo de la protección de la juventud, en la práctica sirvió para recortar la independencia de los jóvenes: las prisiones y centros de menores, servicios ocupacionales y asistenciales especializados, escuelas, etc. formaban parte del nuevo reconocimiento por parte de la sociedad del estatus de aquellos que ya no eran niños, pero todavía no eran plenamente adultos (Lutte, 1979). Pero el descubrimiento de la adolescencia no está libre de ambigüedad: por un lado, se consideró una conquista de la civilización, por el otro, se destacó su carácter conflictivo y crítico. Incluso Hall, en su panegírico de la adolescencia, alertó sobre sus peligros:

> «El vandalismo y la delincuencia juvenil, el vicio secreto, no solo pueden crecer sino desarrollarse más rápidamente en un mundo civilizado.»
>
> Hall. Citado en J. R. Gillis (1981). *Youth and History. Tradition and Change in European Age Relations, 1770-present* (pág. 141).

Esta ambivalencia se manifiesta en dos modelos opuestos que definen la imagen cultural dominante de la juventud en ese momento: estas fueron las dos reacciones opuestas que la adolescencia originó: conformismo entre los jóvenes burgueses, y delincuencia entre los jóvenes de la clase trabajadora. Para la primera, la juventud era un periodo de moratorias sociales marcadas por la escuela y el ocio creativo, para la segunda era a menudo el rechazo del mercado de trabajo y ocio contundente.

La Primera y la Segunda Guerra Mundial fueron una regresión temporal en este avance de extensión social de la juventud. La movilización de los hombres jóvenes al frente y la actividad de las mujeres jóvenes en la retaguardia, la miseria material y moral alcanzada por culpa del trauma de la guerra suprimieron en grande medida los hábitos asociados con el periodo de los jóvenes en todos los sectores sociales. Este hecho fue considerado una anomalía frente al desarrollo natural del ciclo de vida, como lo demuestran expresiones como «nos robaron nuestra juventud». La otra cara de la moneda es la experiencia de la libertad y la madurez social que el compromiso social o político trajo. El periodo de entreguerras fue un periodo de aumento de la participación de los jóvenes en la política, puesto que se encuentra dibujado por grupos ideológicamente opuestos. La primera institución que percibe la capacidad de movilización de los jóvenes fue la Iglesia. El comunismo, triunfando en la Unión Soviética, encontró una forma de expansión universal a través de pioneros y del Komsommol, visto como la vanguardia de la nueva generación. Los escritos de Baden Powell no dejan lugar a dudas sobre su concepción de los *boy scouts* como una manera de salvar a los jóvenes del comunismo y la depravación moral. Pero el nazismo y el fascismo fueron los que explotan de una manera más eficiente el adiestramiento político de los jóvenes: Hitler y Mussolini tenían sin duda su mayor apoyo en las Juventudes Hitlerianas y en los Barilla italianos. Tal polarización tendría una resolución trágica en los campos de batalla (Passerini, 1996).

6. La adolescencia en la sociedad posindustrial

> «Somos testigos hoy en día de la aparición masiva de una etapa de la vida que no se reconoció en el pasado: una etapa que está surgiendo entre la adolescencia y la vida adulta. Sugiero denominar esta etapa de la vida "periodo de la juventud", dando a este término, venerable pero vago, un significado específico. Igual que la etapa de "adoles-

cencia", la "juventud" no es de ninguna forma nueva: de hecho, una vez definida esta etapa de la vida, podemos estudiar su aparición histórica mediante la colocación de las personas y grupos que han tenido una "juventud" en el pasado. Pero lo que es "nuevo" de este escenario es que entran en ella millones de jóvenes de los países desarrollados, y no solo una minoría, pocas veces creativa o con perturbaciones.»

K. Keniston (1981). «Juventud: una nueva etapa de la vida». *Revista de Estudios sobre la Juventud* (núm. 32, pág. 51).

«Los salvajes invaden la playa. Miles de *teenagers* beligerantes, borrachos, ruidosos en sus *scooters*... símbolo de la infección moral que sufre la juventud británica.»

Daily Mirror, 30 de marzo de 1964. Citado en C. Feixa (1998). *De jóvenes, bandas y tribus* (pág. 85).

La película musical *Quadrophenia* (Roddam, 1979) presenta algunos elementos básicos del nacimiento de estilos juveniles en la Gran Bretaña de los años sesenta. La experiencia clave de la película –la de un joven apasionado de las motos y el *rock and roll*– tiene como telón de fondo un famoso enfrentamiento entre *mods* y *rockers* que tuvieron lugar en las playas de Brighton en 1964.

Aparecen bandas juveniles de calle inscritas dentro de la opulencia económica que Gran Bretaña había visto durante el periodo posterior a la guerra, y ello se traduce en un aumento de la capacidad adquisitiva de los jóvenes, la consolidación del Estado del Bienestar, la aparición de la sociedad del ocio, el *rock and roll* (de los Beatles a los Rolling Stones), y el *swinging London*. Otro factor relevante fue el final del Imperio británico, junto con la llegada a la metrópoli de grandes contingentes de inmigrantes procedentes de las antiguas colonias, trayendo sus patrones culturales y estéticos, y agrupados en distritos multiétnicos. Los principales estilos juveniles espectaculares que después se diseminan al resto del mundo también aparecen en este momento en el foco anglosajón de la infección: desde los más conocidos (*teddy boys*, *rockers*, *mods*, *skinheads*, *punks*) a los menos famosos (*parkers*, *crombies*). Por eso, no es extraño que la escuela académica más fascinante dedicada a estudiar las subculturas juveniles surgiera en Gran Bretaña durante este tiempo.

Si la adolescencia se descubrió a finales del siglo XIX y se democratizó en la primera mitad del siglo XX, en la segunda mitad de este siglo hemos visto la irrup-

ción de la juventud, ya no como sujeto pasivo, sino como actor protagonista en la arena política pública. Después de la Segunda Guerra Mundial el modelo conformista de la juventud parecía establecer en Europa el ideal de la adolescencia como un periodo libre de responsabilidades, dócil y políticamente pasivo, que generaciones de educadores habían estado tratando de imponer. En Alemania era la llamada **generación escéptica**, en Italia les llamaban ***gioventù bruciata***, en Francia fue el **existencialismo**, para referirse a la actitud de la evasión que arrastraban las secuelas de la guerra y el desasosiego (Fischer, 1975). También se percibió una tendencia a la juvenilización de la sociedad, expresada por la emergencia de la llamada **cultura juvenil**: todo lo que era joven era adorado, y la juventud se convirtió en la edad de moda. Además, apareció la imagen preocupante del «rebelde sin causa», a pesar de que no era más que una actitud estrictamente individual que podía ser seguida rápidamente por otras tendencias no conformistas, igualmente preocupantes, descritas por algunos autores bajo el paraguas de la inundación de hedonismo ofrecida por una nueva generación de jóvenes, que amenazaban con socavar los fundamentos de la civilización.

Cinco factores del cambio me parecen fundamentales. En primer lugar, la aparición del **Estado de Bienestar** creó las condiciones para un crecimiento económico sostenido y para la protección social de los grupos dependientes. En un contexto económico de plena ocupación y creciente poder de compra, los jóvenes se convierten en uno de los grupos más beneficiados por las políticas de bienestar, que tratan de demostrar su éxito a través de las nuevas generaciones. Más espacios de ocio y posibilidades educativas, la seguridad social, los servicios mejorados a los jóvenes, la transferencia de recursos de padres a hijos (que dejan de dar sus salarios a sus padres y empiezan a recibir dinero de ellos), etc. son factores que contribuyen a la consolidación de la base social de la juventud. En segundo lugar, la **crisis de la autoridad patriarcal** implicó un rápido crecimiento de las esferas de libertad de la juventud: la rebelión contra el padre fue una revuelta contra todas las formas de autoridad (Mendel, 1972). En tercer lugar, el **surgimiento del mercado adolescente** ofrecía por primera vez un espacio específico para el consumo destinado a los jóvenes, un grupo con una creciente capacidad adquisitiva: moda, ropa, centros de ocio, música, revistas, etc. Entonces se va hacia un segmento del mercado específico de productos adolescentes para consumidores adolescentes, superando las distinciones de clase. En cuarto lugar, la **aparición de los medios de comunicación de masas** permitió la creación de una verdadera cultura popular internacional-juvenil que fue articulando un lenguaje universal a través de los medios de comunicación, la radio, la televisión y

el cine. Esto hizo que las personas jóvenes se identificaran cada vez más con sus contemporáneos, en lugar de hacerlo con su clase social o grupo étnico. En quinto y último lugar, el proceso de **modernización de los hábitos y costumbres** implicaba una erosión de la moral puritana, dominante desde el origen del capitalismo, reemplazada progresivamente por morales de consumo menos monolíticas, practicadas principalmente por los jóvenes. Uno de los resultados fue la llamada **revolución sexual**, impulsada también por la difusión de la anticoncepción que, por primera vez en la historia, facilitan las relaciones sexuales aparte de la procreación (Reich, 1978).

Estos procesos fueron convergiendo hacia una **modernización cultural**, correlativa con la modernización económica y política, que en los países occidentales tuvo lugar después de la Segunda Guerra Mundial. Sus aspectos más contradictorios se reflejaron entre los jóvenes, que actuaban como espejos deformantes de los cambios sociales. Durante los años sesenta y principios de los setenta, los jóvenes tomaron la palabra y ocuparon la escena pública en los lugares y fechas que se convertirían en una referencia mítica: Brighton, 1964; San Francisco 1967; París y Ciudad de México, 1968; etc. Gillis (1981) vio en todos estos fenómenos un signo del «fin repentino de la larga era de la adolescencia». La reaparición del activismo político y del compromiso social durante los años sesenta parecía de repente poner fin a la dependencia social de los jóvenes: la edad para votar se redujo en algunos países, los muros entre la escuela y la sociedad se tiraron al suelo y los jóvenes se adjudicaron los derechos y deberes de todo el mundo. Los teóricos de la contracultura (de Marcuse a Roszak) anunciaron el surgimiento de la juventud como una nueva clase, como vanguardia de la sociedad futura. Margaret Mead, en un ensayo sobre la brecha generacional (1970), explica el surgimiento de una «cultura posfigurativa» donde los niños van sustituyendo progresivamente a los padres como depositarios de la tradición cultural y como los «herederos del futuro». Para otros autores, más que el final de la adolescencia, fue la aparición de una etapa de la vida después de la adolescencia que algunos llamaron **posadolescencia** y otros llaman **juventud**.

Pronto quedó claro que las pretensiones optimistas de los románticos como Mead y los teóricos de la contracultura no se confirmaron: la aparente liberación de los jóvenes pronto se transformó en nuevas dependencias económica, familiar y escolar, que se harían crudamente evidentes con el proceso de reestructuración socioeconómica que se inició en las sociedades occidentales desde mediados de los años setenta. La imagen cultural de la juventud estaría marcada por el conformismo social, el conservadurismo político y el puritanismo. Estos fueron

los cambios que afectaron, sobre todo, al final de la juventud, cuyas fronteras estuvieron cada vez menos claras: la dependencia de la familia; el aumento de la gama de formas de convivencia previas al matrimonio; los largos y discontinuos procesos de inserción en el mercado laboral; el retraso en la primera paternidad; la continuación de las actividades de ocio en la edad madura, etc. fueron factores que marcaron un alargamiento de la juventud. Por lo tanto, el círculo de la adolescencia se cerró y esta ganó el estatus de nueva etapa de la vida.

7. La muerte de la adolescencia

> «Por primera vez en la historia, los niños son más habilidosos que sus padres en cuanto a una innovación clave en la sociedad. Gracias a los medios digitales, la Generación de la Red desarrollará e impondrá su cultura al resto de la sociedad.»
>
> D. Tapscott (1998). *Growing Up Digital: The Rise of the Net Generation* (págs. 1-2).

La película *Reality Bites* (Stiller, 1994) es un retrato de la llamada **Generación X**, descrita por el escritor canadiense Douglas Coupland como la primera generación de la era digital.

En 1998, Don Tapscott publicó *Growing Up Digital: el auge de la Generación Net*. Para este autor, del mismo modo que la generación del *baby boom* de la posguerra contó con la revolución cultural de los años sesenta, sobre la base de la aparición de los medios de comunicación y de la cultura del *rock and roll*, los niños de los ochenta son la primera generación que llegó a su mayoría de edad en la era digital. No se trata solo que sean el grupo de edad con el más amplio acceso a las computadoras y a internet, o que la mayoría de ellos vivan rodeados por tuits, chats, correo electrónico y redes; lo esencial es el impacto cultural que estas nuevas tecnologías van a tener en ellos: han crecido rodeados de los dispositivos electrónicos, que han dado forma a su acercamiento a la vida y al mundo (Tapscott, 1998). Mientras que en otros momentos la brecha generacional estuvo marcada por los acontecimientos históricos (la guerra civil, mayo del 68) o por rupturas musicales (los Beatles, los Sex Pistols), ahora podemos hablar de Generación BC (*before computer*) y AC (*after computer*). Esto conlleva nuevas formas de protesta, así como nuevas formas de exclusión, como la brecha digital, que es también una brecha generacional (Castells, 1996; Tapscott, 1998).

Si la última generación del siglo XX fue llamada **Generación X**, sugiero que llamemos a los jóvenes del siglo XXI como la **Generación @** (Feixa, 2005; Nilan y Feixa, 2006). Este término expresa tres tendencias del cambio que se reúnen en un solo proceso: en primer lugar, el acceso universal –pero no necesariamente general– a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación; segundo, la erosión de las fronteras tradicionales entre sexos y géneros; y en tercer lugar, el proceso de globalización cultural que necesariamente alcanza nuevas formas de exclusión social a escala planetaria. El símbolo @ es utilizado por muchos jóvenes en la escritura diaria para indicar el género neutro, como un identificador de su dirección de correo electrónico personal y como referente de su relación con el espacio global (a través de chats en internet, viajes de Interrail o música MTV). Con diferentes recursos y a ritmos diferentes, los jóvenes en el planeta se están moviendo en las sociedades de manera física y virtual, lo cual se puede ver a través de la metáfora de la red (Castells, 1996) o a través de la metáfora del riesgo (Beck, 1998). A comienzos del siglo XXI estamos siendo testigos de una transformación en el ciclo de la vida que está cambiando profundamente la naturaleza de la juventud, su duración, imagen cultural y función social. Esto lleva a algunos autores a hablar de la **juventud yo-yo** (País, 1999). En la década de 1980, Neil Postman (1982) argumentó el final de la niñez, sobre la base de los cambios y desafíos de la sociedad de consumo. En la década de 2010, este invento de hace un siglo, un periodo de la juventud dedicado a la formación y ocio, está empezando a no tener sentido, cuando los ritos de paso son reemplazados por ritos de *impasse*, cuando las etapas de transición se convierten en etapas intransitivas, cuando la gente joven se queda en casa de sus padres después de los treinta años, entran en el mundo laboral a un ritmo discontinuo, necesitan formarse toda su vida, retrasan la fecundidad y se inventan nuevas culturas juveniles que se convierten en transgeneracionales. ¿Asistimos quizás a la muerte de la adolescencia?

8. Epílogo: el debate sobre el cerebro de los adolescentes

> «Las personas jóvenes no son víctimas pasivas de cerebros que están fuera de su control. Son agentes activos en el diseño de una edad adulta que se ajuste a sus necesidades y les permita sobrevivir en su entorno, aprendiendo de su experiencia.»
>
> H. Sercombe y T. Paus (2009). «The "teen brain" research: an introduction and implications for practicioners». *Youth and Policy* (núm. 103, pág. 35).

Después de haberse ignorado mutuamente durante el siglo XX, a principios del siglo XXI las ciencias naturales y las ciencias sociales vuelven a acercarse, fijando su mirada en el desarrollo del cerebro y sus efectos en el entorno psicosocial. En este capítulo hemos visto cómo se establecieron las bases biogenéticas de una teoría de la adolescencia hace aproximadamente un siglo, cuando se aplicaron las ideas darwinianas al desarrollo humano a través de una base empírica y el trabajo especulativo. La adolescencia aparece como el lado psicológico de una metamorfosis biológica (la pubertad) que conduce a la maduración sexual (pubescencia) y tiene el efecto de una etapa de moratoria social cada vez más larga (juventud). Pero la teoría de la recapitulación era incompleta, puesto que, a diferencia de la teoría de la evolución, se basa en la experiencia de un sector reducido de los adolescentes occidentales; su universalidad no se confirmó a través de la comparación intercultural, y las herramientas existentes entonces no permitieron evaluar el conductor neurológico de tal metamorfosis: el cerebro de los adolescentes.

A principios del siglo XXI, los intentos de una mejor comprensión de esta etapa crucial en el desarrollo humano, probablemente, tendrán una nueva perspectiva. Algunas líneas de investigación innovadoras de las ciencias naturales y las neurociencias han sido posibles gracias a las nuevas técnicas de escáner. Las ciencias sociales han reunido evidencias culturales sobre las estrategias sociales cambiantes para dar forma a este periodo de la vida. Y el desarrollo de la cibernética apunta al cerebro de los adolescentes como una arena para explorar las conexiones entre el desarrollo humano y la inteligencia artificial. Aun así, a pesar de los esfuerzos, estas disciplinas no han conseguido hasta ahora trabajar juntas. Los hallazgos en la antropología muestran la discontinuidad entre la pubertad física y la adolescencia social y los estudios históricos muestran el retraso de la pubertad fisiológica y el avance de la edad adulta. Sin embargo, el ritmo del desarrollo del cerebro parece ser más lento y más complejo, llegando tarde a una etapa de desarrollo completo.

En un artículo escrito como resultado de la cooperación entre un científico social y un neurobiólogo, Sercombe y Paus (2009) presentan los hallazgos recientes sobre el cerebro adolescente y sus implicaciones para los profesionales. Para estos autores:

> «las líneas de investigación están dominadas, como es lógico, por la visión de un siglo de la adolescencia como la "etapa de la vida caracterizada por la turbulencia". Los experimentos están diseñados desde este marco, y se escriben y publican en consecuen-

> cia por los medios de comunicación, a menudo partiendo de interpretaciones estigmatizantes.»
>
> H. Sercombe y T. Paus (2009). «The "teen brain" research: an introduction and implications for practicioners». *Youth and Policy* (núm. 103, pág. 36).

Sin embargo, los hallazgos se mueven en otra dirección: la nueva generación de herramientas y técnicas no solo permite a los científicos ver la estructura interna del cerebro con exquisito detalle, mientras que la persona está viva, sino también permite estudiar el funcionamiento del cerebro cuando está despierto y trabajando. Esto demuestra que el debate naturaleza/cultura podría ser un falso debate: el cerebro no puede desarrollarse sin experiencia («es tan inútil como un ordenador sin software»).Y esto se produce «en un proceso de desarrollo continuo durante toda la vida, en una danza constante entre la influencia de factores biológicos y el entorno físico y social, y la participación activa propia de la persona». El cerebro de los jóvenes no es radicalmente diferente en su estructura al cerebro de los adultos; solo hay una diferencia en el grado de **mielinización**, lo cual hace el cerebro más fiable y eficiente en sus reacciones y respuestas, pero menos flexible y menos disponible para el nuevo aprendizaje: «El gran desarrollo del cerebro en la adolescencia consiste en el aumento gradual del proceso de mielinización, que después se estabiliza en cierto grado en torno a los veinticinco años». Esto significa que los puntos de vista de la adolescencia como determinación biológica o como una construcción social son parciales:

> «Estos dos puntos de vista están ahora, creemos, obsoletos.»
>
> H. Sercombe y T. Paus (2009). «The "teen brain" research: an introduction and implications for practicioners». *Youth and Policy* (núm. 103, pág. 35).

Si esta hipótesis es cierta, se abre un campo de posibilidades fértiles para la cooperación entre ciencias naturales y sociales. Y el cerebro adolescente está en el centro de este encuentro.

Un siglo después de que Stanley G. Hall descubriera la adolescencia, quizás ha llegado el momento de empezar a explorarla, tanto en su estructura interna como en su fisonomía externa, pero, sobre todo, en su fascinante entorno: en su cerebro social.

Glosario

adolescencia *f* Deriva del latín *adolescere*, que significa 'crecer' o 'desarrollarse hacia la madurez'. Por lo tanto, se puede considerar como la dimensión individual de la transición a la vida adulta.

adultescencia (o adultez emergente) *f* Neologismo que se aplica tanto a la última etapa de la juventud –entre los veinticinco y los treinta y cinco años de edad– como a la primera edad adulta.

agogé *f* Institución militar de la antigua Esparta donde se educaban los jóvenes guerreros entre las edades de dieciséis y veintiún años. Consistía en la capacitación para la guerra, el aprendizaje moral y un periodo muy duro de aislamiento.

aprendizaje (*apprentissage*) *m* Forma de inserción temprana en la vida adulta, existente en la Europa del Antiguo Régimen, mediante la cual los padres firmaban un contrato con un tutor para que sus hijos fueran a vivir con él para servir o aprender un oficio.

efebía *f* Periodo obligatorio de noviciado social en el marco de las instituciones militares de Atenas en la Grecia clásica, en que los jóvenes permanecían hasta la edad de veinte años.

juventud *f* Dimensión colectiva de la transición a la vida adulta. En un sentido amplio, periodo de la vida comprendido entre la infancia y la plena madurez social. En un sentido restringido, periodo posterior a la adolescencia, que se inicia con la mayoría de edad y acaba con el logro de una ocupación estable y la emancipación de la familia de origen.

posadolescencia *f* Periodo de la vida a partir de los dieciocho años, previo o coincidente con la juventud.

preadolescencia *f* Periodo de la vida entre los ocho y los doce años, a caballo de la niñez y la adolescencia (los llamados *tweenagers*).

pubertad *f* Del latín *pubertas*, que significa 'la edad viril' y hace referencia a la madurez sexual, tanto femenina (la primera menstruación) como masculina (la primera eyaculación).

pubescencia *f* Del latín *pubescere*, palabra latina que hace referencia a la aparición del vello púbico y otros cambios en el cuerpo que tienen lugar durante los años inmediatamente anteriores y posteriores de la pubertad.

subcultura *f* Minoría cultural que ocupa una posición subalterna en relación con una cultura hegemónica o una cultura parental.

Bibliografía

Allerbeck, K.; Rosenmayr, L. (1979). *Introducción a la sociología de la juventud*. Buenos Aires: Kapelusz.

Ariès, P. (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*. París: Seuil.

Beck, U. (1998/1986). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.

Bellerate, B. (1979). «La gioventù nella storia». En: G. Lutte (ed.). *La condizione giovanile* (págs. 125-146). Roma: Centro di Cultura Proletaria.

Berg, M. (1985). *La era de las manufacturas*. Barcelona: Crítica.

Bernardi, B. (1985). *Age Class Systems*. Nueva York: Cambridge University Press.

Boas, F. (1985/1928). «Introduction». En: M. Mead. *Coming of Age in Samoa*. Nueva York: Morrow.

Caccia-Bava, A.; Feixa, C.; González, Y. (orgs.) (2004). *Jovens na America Latina*. São Paulo: Escrituras.

Castells, M. (1996). *The Information Age. I. The Rise of the Network Society*. Cambridge, Mas.: Blackwell.

Coleman, J. C. (1985/1980). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata. [*The Nature of Adolescence*, Londres, Methuen and Co].

Côté, J. E. (1994). *Adolescent storm and Stress. An Evaluation of the Mead-Freeman Controversy*. Hillsdale: Lawrence Earlbaum.

Debesse, M. (1964/1944). *L'adolescence*. París: PUF.

Demos, J.; Demos, V. (1969, noviembre). «Adolescence in Historical Prospective». *Journal of Marriage and the Family* (págs. 632-638).

Eisenstadt, S. N. (1956). *From Generation to Generation*. Nueva York: The Free Press.

Epstein, E. (2007). «The myth of the teen brain». *Scientific American Mind* (págs. 57-63).

Evans-Pritchard, E. E. (1977/1940). *Los Nuer*. Barcelona: Anagrama. [*The Nuer*, Oxford, Clarendon].

Feixa, C. (1998). *De jóvenes, bandas y tribus*. Barcelona: Ariel.

Feixa, C. (2005). «Generation @. Youth in the Digital Era». En: D. Dodd (ed.). *Whose Culture is it? Trans-generational approaches to Culture* (págs. 3-18). Budapest: The Budapest Observatory-CIRCLE.

Fischer, E. (1975). *Problemas de la generación joven*. Madrid: Ayuso.

Flandrin, J.-L. (1977). *Orígenes de la familia moderna*. Barcelona: Crítica.

Fortes, M. (1984). «Age, generation, and social structure». En: D. Kertzer; J. Keith (eds.). *Age and Anthropological Theory* (págs. 99-122). Londres: Ithaca.

Fraschetti, A. (1996). «El mundo romano». En: G. Levi; J.-C. Schmitt (eds.). *Historia de los jóvenes* (vol. I, págs. 73-116). Madrid: Taurus.

Freeman, D. (1983). *Margared Mead and Samoa. The Making and Undmaking of an Anthropological Myth*. Londres: Penguin Books.

Furlong, A. (ed.) (2009). *Handbook of Youth and Young Adulthood*. Londres / Nueva York: Routledge.

Gallini, C. (1970). *Protesta e integrazione nella Roma antica*. Nápoles: Liguori.

Gillis, J. R. (1981). *Youth and History. Tradition and Change in European Age Relations, 1770-present*. Nueva York: Academic Press.

Giuliano, L. (1979). *Gioventù e instituzioni nella Roma antica*. Roma: Artistica.

Griffin, C. (1993). *Representations of Youth. The study of youth and adolescence in Britain and America*. Londres: Polity.

Hall, S. G. (1915/1904). *Adolescence: Its Psychology and its relations to Psysiology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*. Nueva York: Appleton Century Crofts.

Jaeger, W. (1968). *Paideia. Los ideales de la cultura griega*. México: FCE.

Keniston, K. (1972). *Giovani all'opposizione*. Turín: Einaudi. [*Youth and Dissent*, Nueva York, 1968].

Keniston, K. (1981). «Juventud: una nueva etapa de la vida». *Revista de Estudios sobre la Juventud* (núm. 32, págs. 49-65). México.

Kett, J. F. (1977). *Rites of Passage. Adolescence in America, 1790 to the present*. Nueva York: Basic Books.

Le Roy Ladurie, E. (1980/1975). *Montaillou, village occitan, de 1292 à 1324*. París: Gallimard.

Lévi-Strauss, C. (1971/1962). *El pensament salvatge*. Barcelona: 62. [*La pensée sauvage*, París, Plon].

Levi, G.; Schmitt, J.-C. (eds.) (1996). *Historia de los jóvenes* (2 vols.). Madrid: Taurus.

Lutte, G. (1984). *Sopprimere l'adolescenza*. Turín: Gruppo Abele.

Lutte, G. y otros (1979). *La condizione giovanile*. Roma: Centro di Cultura Proletaria.

Mead, M. (1970). *Culture and Commitment. A Study of the Generation Gap*. Nueva York: Natural History Press.

Mead, M. (1985/1928). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Barcelona: Planeta. [*Coming of Age in Samoa*, Nueva York, Morrow].

Mendel, G. (1972/1969). *La crisis de las generaciones*. Barcelona: Península. [*La crise des generations*, París, Payot].

Michaud, E. (1996). «"Soldados de una idea": los jóvenes bajo el Tercer Reich». En: G. Levi; J.-C. Schmitt (eds.). *Historia de los jóvenes* (vol. II, págs. 347-380). Madrid: Taurus.

Musgrove, F. 1965. *Youth and the Social Order*. Blomington: Indiana University Press.

Muus, R. E. (1993/1957). *Teorías de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós. [*Theories of Adolescence*, Nueva York].

Nilan, P.; Feixa, C. (2006). *Global Youth? Hybrid identities, plural worlds*. Londres: Routledge.

País, J. M. (ed.) (1999). *Traços e riscos de vida*. Lisboa: Ambar.

Passerini, L. (1996). «La juventud, metáfora del cambio social». En: G. Levi (ed.). *Historia de los jóvenes* (vol. II, págs. 381-451). Madrid: Taurus.

Platón (1981). *República* (vol. III). Madrid.

Postman, N. (1990/1982). *La desaparició de la infantesa*. Vic: Eumo.

Reich, W. (1978). *Problemas sexuales de los jóvenes*. Barcelona: Síntesis.

Savage, J. (2007). *Teenagers. The Creation of Youth Culture*. Londres: Penguin.

Schmitt, J.-C. (eds.). *Historia de los jóvenes* (vol. I, págs. 25-72). Madrid: Taurus.

Schmitt, J.-C.; Mitterauer, M. (1986). *I giovani in Europa dal Medioevo a oggi*. Roma / Bari: Laterza.

Schlegel, A.; Barry III, H. (1991). *Adolescence. An Anthropological Inquiry*. Nueva York: The Free Press.

Schnapp, A. (1996). «La imagen de los jóvenes en la ciudad griega». En: G. Levi.

Sercombe, H.; Paus, T. (2009). «The "teen brain" research: an introduction and implications for practicioners». *Youth and Policy* (núm. 103, págs. 25-38).

Spencer, P. (ed.) (1990). *Anthropology and the Riddle of the Sphinx. Paradoxes of Change in the Life Course*. Londres: Routledge.

Tanner, J. M. (1973). «Growing up». *Scientific American* (núm. 229, págs. 35-42).

Tapscott, D. (1998). *Growing Up Digital: The Rise of the Net Generation*. Nueva York: McGraw-Hill.

Terray, E. (1977/1975). «Clase y conciencia de clase en el reino abrón». En: M. Bloch (ed.). *Análisis marxistas y antropología social*. Barcelona: Anagrama. [*Marxist Analyses and Social Anthropology*, Londres, Malaby].

Turnbull, C. (1984/1961). *Los pigmeos, el pueblo de la Selva*. Barcelona: Javier Vergara. [*The Forest People*, Nueva York, Simon and Schuster].

Verdú, E. (2001). *Adultescentes*. Barcelona: Icaria.

Wallace, C.; Alt, R. (2001). «Youth cultures under authoritarian regimes: the case of the swings against the Nazis». *Youth and Society* (vol. 3, núm. 32, págs. 275-302).

Zemon-Davis, N. (1971). «The Reasons of Misrule: Youth Groups and Charivaris in Sixteenth-Century France». *Past & Present* (vol. I, núm. 50, págs. 41-75).

Filmografía

Quadrophenia (1979). F. Roddam (dir.); R. Baird (prod.). Reino Unido.
Reality Bites (1994). B. Stiller (dir.); D. De Vitto (prod.). Estados Unidos: Universal Studios.
Swing Kids (1993). T. Carter, T.; M. Gordon. Estados Unidos: Hollywood Pictures.
The Cowboys (1940). M. Rydell (dir. y prod.). Estados Unidos: Warner Bros Pictures.
T*he Emerald Forest* (1985). J. Borman (dir. y prod.). Reino Unido.
300 (2007). B. Snyder (dir.); M. Kanton (prod.). Estados Unidos: Warner Bros Pictures.

Capítulo II

Adolescencias y salud mental

Susana Brignoni

En una entrevista que le habían hecho al escritor Sánchez Piñol a raíz de la salida de su libro *Victus*, el entrevistador le preguntaba qué era para él una persona normal y él respondía:

> «Una persona normal es una persona que no conoces bien. Es alguien anónimo, el que anda por la calle y con quien nunca has hablado, ya que en cuanto te acercas a alguien y lo conoces ya no hay nadie que sea absolutamente normal…»

De entrada, Sánchez Piñol pone sobre la mesa lo que la sociología llama *paired concepts*, los pares de conceptos como los denominan Bendix y Berger (Corcuff, 2005). Los ***paired concepts***, presentes en casi todos los ámbitos de la vida, son los que nos inducen a ver el mundo en el que vivimos de manera dicotómica e invitan a los investigadores, a los profesionales y a las personas en general a ubicarnos de un lado o de otro. En este sentido son los que nos empujan a pensar, a veces, que lo individual está contra lo colectivo o que lo objetivo está contra lo subjetivo. En el caso de la entrevista a Sánchez Piñol, nos trae la oposición dicotómica **normalidad-patología** y lo interesante de lo que él nos muestra es que hay una superación de este par, o un más allá de la lógica binaria, cuando nos indica que en realidad, dentro de todo lo que nos parece «normal», hay algo que es «anormal», y dentro de lo que nos parece «anormal», hay también la «normalidad» en juego.

Podemos afirmar que las formas de pensar binarias pueden repetirse y solidificarse haciéndonos creer que una situación determinada, ubicada en un contexto histórico, efecto y producto de su época, es una realidad natural de la que no hay escapatoria. Esta lógica nos hace perder de vista que «normal» y «anormal», entre otros, son conceptos que provienen de una determinada lectura del mundo. El mundo no está ahí sino que al mundo hay que leerlo y eso es lo que hace que veamos realidades distintas acerca de él.

En este sentido, ni los adolescentes ni la salud mental son ajenos al hecho de que cuando intentamos definirlos lo hacemos desde lecturas particulares. A modo de introducción, podemos decir que esa lógica binaria es la luz con la que los medios de comunicación iluminan el tema de las adolescencias y la salud mental. Pero no solo los medios de comunicación dan cuenta de ello. También en los centros de salud o en los ámbitos educativos los adolescentes se presentan de manera frecuente como *partenaires* de la idea de problema. Hay en cierta medida unos pares de conceptos, unos binarismos, que se van deslizando de manera sutil (y a veces no tan sutil) de uno a otro y retornan, creando un círculo de interpretaciones que, como antes señalaba, producen un efecto de naturalización. El efecto de naturalización hace que lo que percibimos nos parezca inmodificable e inamovible. Los pares son, por ejemplo: adolescencias-problemas; salud mental-problemas; adolescencias-salud mental y retorno. Uno de los temas, por ejemplo, que de tan repetido nos aparece como absolutamente real, es el de la agresividad y la violencia entre los jóvenes. Se lo presenta de un modo central y relevante. Pero, si nos situamos un poco más allá de lo que parece evidente, tenemos que preguntarnos: ¿es este un tema tan central? o ¿es la violencia un hecho que solo concierne a los jóvenes? o ¿es la agresividad algo que hay que apartar de la experiencia humana? y ¿a qué causa particular, singular de cada adolescente con el que nos encontramos corresponde su respuesta violenta? Sin duda, el tema de la violencia ocupa hoy un lugar importante pero no únicamente. Se trata en este capítulo de que podamos interrogar y que podamos interrogarnos sobre aquellas cuestiones que nos parecen absolutamente evidentes en la experiencia de trabajo o de vida compartida con los adolescentes y que hace que muchas de las cuestiones que los atañen sean consideradas del lado de los trastornos o de la psicopatología. La pregunta que orientará todo el texto es: ¿se trata, en lo que vemos en los adolescentes, de trastornos o de respuestas al malestar?

Voy a abordar este tema a partir de mi experiencia como psicoanalista con adolescentes y del trabajo que realizo como psicóloga clínica en un centro de salud mental infanto-juvenil de Barcelona, la Fundación Nou Barris para la Salud Mental (FNB). Allí coordino un servicio específico, el Servicio de Atención y Asesoramiento a Menores Tutelados (SAR) dedicado a la atención clínica de niños y adolescentes tutelados que, frecuentemente, hacen pasar su malestar o los intentos de respuesta al mismo por sus cuerpos. Ejemplos de estas respuestas pueden ser el tan famoso trastorno con déficit de atención e hiperactividad, TDAH; el descontrol de impulsos; el trastorno oposicionista desafiante; los pasajes al acto autolíticos; las fugas y agitaciones; las automutilaciones o el dibujo sobre sus

cuerpos de tatuajes; los *piercings*; las escarificaciones, etc. Adolescentes tutelados son aquellos que están a cargo del sistema de protección a la infancia y la adolescencia debido al diagnóstico de desamparo en lo social que se ha realizado sobre su situación familiar. Este diagnóstico quiere decir que han padecido algún tipo de maltrato importante por alguien significativo de su entorno que hace necesaria la separación del ámbito familiar y pasan entonces a vivir en un Centro Residencial de Acción Educativa (CRAE) o con familias de acogimiento en familia extensa o en familia ajena[1].

Traeré, entonces, a lo largo del capítulo, ejemplos que parten de las conversaciones que mantengo con los adolescentes. También aquellas que se producen con los educadores sociales que trabajan en los CRAE o con otros profesionales vinculados a los adolescentes como pueden ser los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA) o los Equipos de Asesoramiento Pedagógico (EAP) o incluso profesores. Y finalmente, con los referentes familiares que frecuentemente son los que inician las consultas.

Por último, diré que mis reflexiones se sostienen también a partir del trabajo que realizo en el Grupo de Investigación de Psicoanálisis y Pedagogía del Instituto del Campo Freudiano. Este es un espacio fundamental para pensar dado que implica una práctica de conversación entre dos discursos (el del psicoanálisis y el de la pedagogía), lo que obliga a mantener las cuestiones que nos planteamos en una perspectiva de apertura, ya que un discurso tiende siempre a descompletar al otro y eso hace que muy a menudo se modifique la orientación de nuestras intervenciones.

1. Desnaturalizar el tema: del problema a la cuestión

¿Por qué la insistencia de considerar a los adolescentes desde la perspectiva del problema? ¿A qué lógica responde esta cuestión?

Creo que los adolescentes se presentan de manera frecuente como un obstáculo en la práctica de los profesionales de distintos ámbitos (sociales, educativos, de salud, de justicia, etc.). También, a veces son un obstáculo para sus familias. Que sean tomados como un obstáculo quiere decir que, de entrada, hacen difícil y a veces imposible que pueda alcanzarse el objetivo que el referente se plantea en cada ocasión. Esto es lo que desanima a aquellos que forman parte de su entorno. Sin embargo, es mi propuesta, creo que podemos tomar el obstáculo desde

1. En las familias ajenas no hay ningún lazo biológico previo.

otra perspectiva. Se trata de tomar lo que vivimos como un obstáculo del lado de la interrogación, de impedir que la experiencia directa, que suele deslumbrarnos, nos evite hacernos preguntas.

De hecho, la pregunta que siempre me orienta en mi trabajo con los adolescentes es: **¿qué nos enseñan las adolescencias?** Esta pregunta creo que hay que desarrollarla en una doble vertiente: del lado de los que nos dan a ver y también del lado de lo que podemos aprender de ellas, si las tomamos como el momento fundamental en el que en la vida se van a conjugar lo nuevo y lo viejo.

Pero ¿con qué recursos contamos para tomar de este segundo modo al obstáculo? ¿Cómo pensar de otra manera lo que de entrada se nos presenta, tal como señalaba en la introducción, como el par **adolescente-problema**?

Pienso que un recurso es lo que al respecto Jean-Claude Milner (2007), filósofo francés, nos plantea. Este filósofo nos hace una propuesta para pensar un hecho social, en un estudio que realiza respecto a la solución final y los judíos, pero que creo que puede ayudarnos para reflexionar acerca de distintos temas que se nos presentan como problemas. Nos habla de dos paradigmas para pensar un hecho social: el paradigma **problema-solución** y el paradigma **cuestión-respuesta**. Dice allí que cuando algo en una sociedad se plantea como un problema, el solo hecho de nombrarlo como tal pide una solución:

> «No se inscribe en el orden de la lengua, sino en el orden de la objetividad (conceptual, material, de gestión, etc.). Un problema existe aunque no haya nadie que lo plantee. En cambio, cualquiera que indique un problema da a entender, a la vez, que de nada sirve hacer silencio a su respecto y que se le debe buscar una solución. La solución será definitiva o transitoria. Si es definitiva, el problema subsiste solo como recuerdo; a la larga, se convertirá en material para el historiador. Si es transitoria, el problema está condenado a resurgir... Basta abrir los diarios para encontrar ese lenguaje; problema de las jubilaciones, problema del desempleo, problema de la inseguridad, la lista es larga.»
>
> J.-C. Milner (2007). *Las inclinaciones criminales de la Europa democrática* (pág. 11).

Me interesa esta perspectiva ya que, de entrada, lo que Milner nos plantea es que cuando una situación se presenta como un problema este queda naturalizado, objetivado y en cierta medida la solución a la que llama es la de la desaparición, a la extinción de lo nombrado como problema. Milner nos ofrece una alternativa, y es que más allá de situar lo que sucede como un problema, conviene plantearlo como una **cuestión**:

> «La cuestión pide una respuesta. No se plantea sino cuando algún ser hablante la plantea también a un ser hablante, que puede ser otro o él mismo. No recibe respuesta sino cuando algún ser hablante la da, a sí mismo o a otro. Estamos en el orden de la lengua. La Esfinge plantea una cuestión y la respuesta es el hombre, vale decir, aquel que habla y hace posible la articulación cuestión/respuesta. Una respuesta siempre puede ser pensada como la reiteración de la cuestión (la Esfinge, otra vez) de modo que nunca puede haber una respuesta suficiente que cierre la cuestión. Cabe sostener entonces que es propio de la cuestión el poder permanecer abierta para siempre, y que es propio de la respuesta el no atentar contra esta condición.»
>
> J.-C. Milner (2007). *Las inclinaciones criminales de la Europa democrática* (págs. 11-12).

Tenemos entonces dos paradigmas de abordaje de un hecho social. El paradigma **problema-solución** y el paradigma **cuestión-respuesta**. Encontramos en general, como decía al inicio, que las adolescencias, sus manifestaciones subjetivas, el uso que hacen de sus cuerpos, suelen enmarcarse en el primer paradigma dentro del discurso social y el objetivo que me propongo es poder enmarcar esta articulación en el segundo paradigma para intentar mantener la condición de apertura que este momento particular de la existencia requiere.

Por último, el paradigma problema-solución se plantea a partir de lo que Milner llama **las trampas del todo**, trampa que nos evoca lo universal y lo unívoco. Más allá de esta «trampa», el segundo paradigma nos introduce en la lógica del **no todo**, que sin duda, en la medida en que es incompleta, conviene más al abordaje de nuestro tema.

2. Nuestra época y las experiencias

Me parece que para situar nuestra época en relación con las adolescencias y la salud mental es necesario tener tres cuestiones en cuenta. Estas son: la experiencia del tiempo y del espacio en la actualidad, la experiencia del cuerpo y la experiencia del vínculo.

Michel Serres (2014), en su libro *Pulgarcita*, va a situar de una manera muy interesante nuestro tiempo y cómo los adolescentes se inscriben en él. Situar nuestro tiempo y los efectos de subjetividad que produce es esencial para no demonizar a los adolescentes, convirtiéndolos en seres peligrosos, y también es necesario para evitar su patologización.

2.1. Tiempo y espacio

Serres nos sitúa la importancia que tiene, en nuestras vidas en general y en los adolescentes en particular, la nueva incidencia de la ciencia en tanto, entre otras cosas, transforma de manera radical la sexualidad humana, la procreación y la duración de la vida misma modificando el modo en que se suceden las edades de la vida (Brignoni, 2012). Se acortan la infancia y la adultez. Se alargan la adolescencia y la tercera edad. Serres nos dice que vivimos en la sociedad del espectáculo; eso quiere decir una sociedad donde lo que prevalece es la imagen y el darse a ver y nos señala que los adultos hemos convertido la sociedad del espectáculo en una sociedad pedagógica que eclipsa la escuela y la universidad. El objeto privilegiado de nuestra época es la mirada. De alguna manera, nos viene a decir que los medios de comunicación y la red han ocupado la función del maestro, la función de la enseñanza. Esta no es una reflexión banal, ya que no podemos pensar a los adolescentes sin ponerlos en relación con el medio educativo: vayan al instituto o sean absentistas, ya que muchos de sus malestares, muchos de sus sufrimientos, de sus síntomas y de sus trastornos se manifiestan en ese medio... o más bien diría que se manifiestan en relación con ese medio. Ellos tienen que circular por él. El nombre de *Pulgarcita* tiene que ver con lo que Howard Reinghold (2004) nombró como la **generación del pulgar**. Por un lado, señala el uso novedoso de una parte del cuerpo, el pulgar, y por otro lado, la relación fuerte que los adolescentes tienen con su móvil: «Me acuesto mirando al móvil», decía un adolescente para dar cuenta de que se trata de un objeto inseparable con connotaciones eróticas. Creo que es una experiencia que todos los que convivimos o trabajamos con adolescentes podemos verificar. Es en muchos casos un objeto que les ayuda a evitar la soledad. De manera cada vez más frecuente, los educadores sociales que trabajan en los CRAE explican cómo algunas respuestas explosivas de los adolescentes con los que trabajan se producen cuando ellos tienen una intervención normativa sobre el uso que los chicos hacen del móvil.

> En una reunión de soporte técnico (ST), me explicaban los educadores que en su CRAE el móvil se tiene que entregar a las 22.00 horas, momento de ir a dormir. Una noche encuentran a Francesc, un adolescente de quince años, chateando en la cama. Creyeron, explican, que se trataba de un chat con una chica que había conocido ese verano. Le piden reiteradamente el móvil al chico, en nombre de la norma, hasta que finalmente hay un forcejeo para que lo entregue. Sin embargo, no es ese forcejeo el que

desencadena la violencia. En el momento de entregarlo, Francesc reclama que al menos le dejen la tarjeta durante la noche. Los educadores se niegan y eso produce un estallido en el chico. Este es el relato de los educadores. Hablan de la adicción al móvil. Después de un rato, les pregunto ¿cómo interpretan el pedido de la tarjeta? Están un momento en silencio y reconocen que en realidad no se habían interrogado acerca de ello, que no saben el sentido de esa demanda. ¿Para qué quería Francesc la tarjeta si con ella no puede continuar la conversación? En la reunión de ST vemos que no tenemos la respuesta y que ese vacío en el saber solo lo podría completar el mismo Francesc. Pero también vemos que haberlo privado de la tarjeta en la misma línea que se le requería el móvil introduce un sinsentido en su acción que hace resonar el sinsentido de la demanda de Francesc y que, tal vez, es eso lo que produce la respuesta violenta.

Una de las dificultades en el campo educativo es que los educadores puedan abstenerse de intervenir cuando una situación se presenta como enigmática. Es por eso que cada vez que los adolescentes responden con violencia, hay que preguntarse si algo de nuestra intervención puede haberlos violentado previamente. Podemos decir, en este sentido, que no hay violencia sin otro.

Algo que Serres muestra es que la vinculación con el móvil redefine absolutamente la relación con el espacio y el tiempo. Serres dice que los adolescentes hoy habitan un espacio topológico definido por las **vecindades** inmediatas en la medida en que el teléfono móvil o el uso que hacen de internet les permiten acceder y en cierta medida estar en distintos mundos al mismo tiempo. La diferencia con las generaciones anteriores es que estas crecieron en un espacio definido por lo **métrico**, referido a distancias.

Sin duda, estas dos concepciones del espacio comprometen al cuerpo de modos diferentes. Cuando hablamos de espacio métrico nos referimos a la existencia de centros, con concentraciones, escuelas, aulas, campus, un auditorio: espacios que requerían de la concentración de personas, de objetos como los libros de la biblioteca. Podemos decir un espacio definido por instituciones sólidas. Esto es importante porque las instituciones cumplen para los adolescentes una función de marco y de regulación (hay que ver entonces cómo se regula a las personas cuando esas instituciones sólidas quedan desdibujadas).

Todo eso cambió, nos señala Serres; nuestro espacio actual es de vecindades inmediatas y distributivo. El espacio de las concentraciones se diluye. No es necesario juntarse para generar un espacio de enseñanza, de transmisión. ¿Cómo propiciar encuentros? ¿Qué pasa con el encuentro de los cuerpos? Hay que decir que espacio y tiempo han sido siempre categorías esenciales para pensar la expe-

riencia humana, y esas categorías han cambiado de manera radical. Este cambio tiene efectos que tendremos que pensar en cada uno de los ámbitos en los que son tratados y circulan los adolescentes.

Es el ejemplo de un joven de diecisiete años, Álex, que en la consulta habla de sus dificultades para concretar un encuentro con la chica que le gusta. No sabe cómo acercarse a ella, cómo hacerle saber de su interés. Aunque, aclara, siempre está conectado con ella. Le pregunto si no ha pensado en invitarla a salir o en quedar con ella teniendo como excusa los estudios. Me responde haciendo el gesto con los dedos que da a entender que toda conversación posible excluye la voz. Cuando le digo «hablar» él entiende «chatear». Sin embargo, Álex muestra que esa máxima conexión tiene una función de protección. Lo protege, en el sentido que le da tiempo a pensar cómo hacer con dos cosas que se lo ponen difícil: el cuerpo excluido y la palabra hablada por ahora silenciada.

Aquí quiero hacer un paréntesis para dar relevancia a la palabra **experiencia**. Winnicott (1980) nos dice de manera contundente que:

«el adolescente no desea que se lo entienda, y que los adultos deben guardar para sí los conocimientos que adquieren sobre la adolescencia»

y agrega que:

«sería absurdo escribir un libro para adolescentes sobre la adolescencia, porque esta época es una época que debe vivirse, una época de descubrimiento personal. Cada individuo está comprometido en una experiencia vital, en un problema de existencia».

D. W. Winnicott (1980). «La adolescencia». *La familia y el desarrollo del individuo*.

Quiero remarcar esta cuestión: se trata en esta época de algo que es del orden de la **experiencia**. Pero ¿qué queremos decir con experiencia?

El poeta inglés Auden, en su libro *Otro tiempo* (1993), se hace una pregunta para dar cuenta de ello: «¿Quién no ha preferido un pequeño rodeo a ir directamente adonde estamos?», cuando hace referencia a la experiencia subjetiva. Ya ahí nos indica que cuando hablamos de experiencia es cuando el tiempo empieza a contar y eso hermana de manera directa a la adolescencia con la experiencia. La adolescencia es el momento de la vida en que el tiempo empieza a contar.

«¿Quién no ha preferido un pequeño rodeo a ir directamente adonde estamos?» es un modo de nombrar el tiempo subjetivo y da cuenta de las condiciones que el sujeto pone a la experiencia. Así, las condiciones que uno pone a la experiencia reciben nombres que modulan el tiempo en la que esta se despliega: rodeo, prisa, momento, instante, lentitud, aceleración, urgencia, postergación son algunos de ellos.

Pero ¿de qué experiencia se trata para los adolescentes? La experiencia es la forma más particular por la que el adolescente transita por su vida, tiene que ver con la relación que establece con el Otro. Pensar que la experiencia está tramada en la relación con el Otro toca de lleno la oferta de acogida que el profesional ha de hacer al adolescente. De hecho podemos, en esta dimensión, pensar los espacios en los que trabajamos con adolescentes como los lugares donde se reactualiza para cada uno lo que está en la base del vínculo social (Lacadee, 2010):

> «esto es la función de llamado al Otro que comporta el hecho de ser acogido por el Otro.»
>
> P. Lacadée (2010). *El despertar y el exilio. Enseñanzas psicoanalíticas sobre la adolescencia* (pág. 209).

En este sentido, si hay una buena acogida, el espacio clínico, social o educativo puede ser un lugar de apertura si se apuesta por el Otro o un lugar de cierre si se lo rechaza. Vemos entonces cómo tener en cuenta la indicación de Winnicott «época para ser vivida», la cual incluye el tiempo del rodeo, se convierte en un eje esencial para nuestras intervenciones.

2.2. Cuerpos y vínculos

Pero me interesa la cuestión del encuentro de los cuerpos ya que eso es esencial en las adolescencias (podemos decir que está presente en todas las épocas). Los adolescentes quieren y no quieren encontrarse y una de sus angustias principales proviene de la imposibilidad de concretar los encuentros, como veíamos en el ejemplo de Álex: lo intentan y, frecuentemente, en el último momento eso cae. Sin embargo, nuestra época tiene una peculiaridad: es posible postergar el encuentro físico de los cuerpos y, al mismo tiempo, es posible estar conectado con los otros.

Una adolescente que atiendo me explicaba que hay chicos que están siempre «en línea» y que, en cambio, hay otros que miran la pantalla del móvil cada tres horas. Sin embargo, agregaba, una y otra forma de conexión sirve para sostener o para deshacer el vínculo que es otra cosa.

La socióloga Eva Illouz (2012), en su libro *Intimidades congeladas*, se dedica a investigar la diferencia entre conexión y vínculo a partir de interesarse por el fenómeno de los sitios web de citas que prometen ayudar a la gente a encontrar relaciones amorosas. Congeladas hace alusión a lo que está inmóvil, en cierto modo hierático, lo que queda como foto fija. Lo que Illouz plantea es que el uso de estas webs (descarta el tema del cibersexo) «anulan o suspenden el cuerpo» y se pregunta: «¿Cómo puede entonces dar lugar a las emociones?». Constata que en estas webs el **yo** se presenta mediante la construcción de un perfil, que se repite y que condiciona la posibilidad de un encuentro. Dice Illouz que «el proceso de describirse abreva en los guiones culturales de la personalidad deseable» y constata que la gente con más éxito en estas webs es «la que se distingue por su originalidad lingüística y su convencionalismo físico», congelados entonces los perfiles, así como el eterno presente que introduce la fotografía. El afecto principal es la ilusión y la ansiedad. Y entonces señala algo muy interesante, y es que cuando se da el encuentro real, es la introducción del cuerpo la que frecuentemente produce la desilusión: por ejemplo, el desencuentro producido por el modo de dar la mano, «algo muy blando y húmedo». Illouz da cuenta de que internet nos presenta «todas las posibilidades». La cuestión entonces es ¿cómo elegir bien? Esto hace obstáculo al sistema de elección de pareja, pero no porque «la tecnología de internet empobrezca la vida personal y emocional», sino porque «crea posibilidades sin precedentes de sociabilidad y relaciones, pero las vacía de los recursos emocionales y corporales que hasta ahora contribuyeron a que siguiera adelante».

En síntesis, Illouz nos enseña que las personas seguimos buscando el amor, como una búsqueda estructural en la historia de la humanidad. Sin embargo, varían los medios y eso reconfigura la búsqueda, aunque no de manera absoluta. Según Illouz, nuestra época es la de la hiperracionalidad y esta afecta nuestra capacidad de fantasear. Pero el detalle interesante que introduce es que no se trata de que haya menos fantasías, muy al contrario. Lo que Illouz plantea es que la multiplicación de las mismas ha vuelto su función estéril. ¿Podemos pensar que la función de la fantasía es la de objetar la creencia actual de que todo, por ejemplo lo que hace a nuestra identidad, puede estar contenido en la informa-

ción? ¿Es la fantasía la que puede hacer que se descongele la intimidad? ¿Cómo afecta esto a las adolescencias?

Esta es la época de los adolescentes: cuerpos que se mantienen a distancia en la red y cuerpos que al encontrarse no terminan de encajar. O cuerpos que no son más que cuerpos: lo vemos a veces en los relatos de adolescentes donde no hay nada que recubra el encuentro sexual. Hablan del otro como de una especie de trozo de carne. Y es allí donde aparece la posibilidad de maltratarlo: se desubjetiviza el cuerpo. No hay fantasía.

Pero no solo se trata de lo sexual. Pensemos en el cuerpo y en algunas funciones del cuerpo, por ejemplo la memoria. Pensemos en cómo ha funcionado a lo largo de la historia, tal como nos lo muestra Serres. Antes de Gutenberg, antes de la imprenta, había que saberse de memoria a Tucídides y a Tácito si uno practicaba la historia, a Aristóteles si se interesaba en la física, etc.: se trataba de llenarse la cabeza con ellos. Con la imprenta se trata de acordarse del lugar en el que podemos encontrar el volumen que buscamos en el estante de la librería: economía de memoria... Ahora se agudiza esa economía: no necesitamos ni recordar el lugar: se ocupa de ello un motor de búsqueda. Es interesante pensar en cómo los soportes y las tecnologías van modificando los usos necesarios de la memoria y nosotros nos encontramos con trastornos definidos por el déficit de atención que inciden, directamente, sobre la capacidad de retener en esa misma memoria: es la frase que escuchamos muy habitualmente en los profesores respecto a que a los chicos no se les queda nada. Nada parece inscribirse.

Hay dos cuestiones más que Serres nos muestra: una es sobre el **silencio**: antes el portavoz del saber, el profesor, decía: «Callad», pues para saber hay que escuchar y para leer también hay que estar en silencio. Ahora, sin embargo, cada vez cuesta más hacer silencio, en las clases hay siempre una especie de parloteo. El silencio se sustituye por el parloteo y el otro aspecto es la **inmovilidad**, que se requería, que queda sustituida por la hiperactividad y el barullo. Pero hay algo más: el uso del ordenador ubica al usuario en una posición de mando y de cierto control. Entonces, ¿cómo aceptar perder eso en el aula? ¿Cómo estar sentado mucho tiempo bajo la exigencia de un cuerpo pasivo?

Derrick de Kerckhove (1999) dice que las pantallas le hablan al cuerpo más que a la mente, que las rápidas imágenes que recibimos son emuladas en cierta medida por el cuerpo y que la crianza frente a las mismas modifica nuestro modo de ver el mundo, es decir, nuestro modo de leerlo. Señala que no es igual la estrategia visual que utilizamos frente a la pantalla que frente a un texto escrito en un papel, un libro.

¿Podemos, entonces, pensar que estas nuevas configuraciones de acceso al mundo estarán presentes en los síntomas que los adolescentes traen o producen en los ámbitos por los que circulan? ¿Podemos tal vez pensar que esos síntomas son, en cierta medida, su modo de denunciar y a su vez de hacerse eco de estas nuevas estructuras?

Si nos centramos en la adolescencia, podemos decir que la salida de esta hacia la edad adulta que tradicionalmente implicaba como punto importante la separación respecto a los padres está postergada. También ha desaparecido en gran medida la confrontación generacional: el ser joven es un valor que los adultos reivindican, asemejándose cada vez más a sus hijos jóvenes tanto en sus ideologías, en sus estilos de vida o en sus modos de vestimenta. Esta confrontación formaba parte del trabajo de separación subjetiva que el joven tenía que realizar. En cambio, los jóvenes pasan cada vez más tiempo con los padres o los adultos referentes y fundamentalmente tienen grandes dificultades en construir una representación de sí mismos vinculada con el futuro.

3. La promesa de la salud mental

En primer lugar tenemos que preguntarnos: ¿de qué hablamos cuando decimos salud mental? La salud mental nos aparece como una idea que tiene carácter de universal, que todo el mundo entiende igual y que ha estado siempre. Sin embargo, esto no es así. Tener una idea de qué estamos diciendo cuando hablamos de salud mental y cuál es la oferta que encontramos en la actualidad respecto a la misma es fundamental para saber cómo manejarnos con esta en tanto profesionales y ciudadanos.

Lo primero que hay que señalar es que **salud mental** es un concepto polisémico, y como campo de trabajo tiene un origen relativamente reciente. Las primeras referencias aparecen después de la Segunda Guerra Mundial (1946), pero es con la creación de la OMS, en 1948, cuando viene a reemplazar lo que hasta ese momento era la **higiene mental**. Se empieza a utilizar el término salud mental como si fuera una disciplina cuando en realidad no lo es (convergen en él distintos campos de conocimiento). Pero esta confusión es en paralelo con la definición holística de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su enunciado nos lleva a la idea de que podríamos «estar completos en lo físico, lo mental y lo social», o que habría el estado óptimo de bienestar bio-psico-social. Se trata nuevamente de la lógica del todo. En tanto la definición de salud se pre-

senta en esos términos se convierte en la voz de un imperativo imposible, es la fórmula del superyó moderno. Tal como dice Eric Laurent (2000), la salud mental es una preocupación moderna, es una preocupación por los derechos humanos. De hecho, en el marco de la creación de la OMS, la primera conferencia sobre salud mental se tituló: «Salud mental y ciudadanía del mundo».

Lo importante que cabe señalar es que la salud mental se basa en una promesa fundamental. Esta promesa es que, a través de ella, será capaz de restituir la salud, es decir, volver a la persona al estado anterior al momento de enfermar. Uno de sus instrumentos principales es la **vida medicalizada**. También hay que decir que este nuevo campo se ha extendido, de tal manera que ya no se detiene solo frente a los desórdenes de las personas más vinculados con la medicina, sino que toma «un sentido extendido de desorden del lazo social» (Laurent, 2000).

Siguiendo con esta idea, Hebe Tizio (2003) nos señala que la salud mental, al no tener un cuerpo conceptual propio, se «nutre de contenidos diversos, ideológicos en muchos casos, que la transforman en una categoría de orden público». Esta cuestión es visible en los tratamientos con niños y con adolescentes dado que sus malestares se manifiestan, por ejemplo, en los centros educativos a los que asisten. Los malestares son tomados, entonces, como un obstáculo a la consecución de los objetivos. (Este es un apunte importante, ya que debemos preguntarnos si son un obstáculo o por el contrario muestran lo que no funciona en la institución escolar.)

Por su parte, Jacques-Alain Miller (2010) equipara la salud mental al orden público:

> «No hay criterio más evidente de la salud mental que el que se pone de manifiesto en alguna perturbación de ese orden (el público).»
>
> J. A. Miller (2010). *Salud Mental y orden público* (pág. 17).

Luego, tomando el testimonio de los profesionales que trabajan en instituciones, apunta con cierta ironía que:

> «la salud mental es, fundamentalmente, una cuestión de entrar, de salir, y también de volver, pues de otro modo estaríamos hablando de fugas. Volver, después de haber salido, es esencial para el orden público.»
>
> J. A. Miller (2010). *Salud Mental y orden público* (págs. 20-21).

Lo interesante es que, en ese punto, nos muestra que una de las figuras que llama la atención a la salud mental en relación con el orden público es la del adolescente que se queda encerrado en casa y que se niega a acudir a la institución escolar en la que participa y que también se niega a ser atendido clínicamente. La figura del adolescente que se ausenta, al que a veces se lo diagnostica como fobia escolar. Un apunte importante es que, desde el psicoanálisis, lo que nos orienta para intervenir es preguntarnos: ¿de **qué** se ausenta el adolescente? y no ¿de **dónde** se ausenta?

4. Salud mental y sufrimiento

Lo que Hebe Tizio nos dirá es que la salud mental se organiza a partir de una exclusión: se excluye la enfermedad mental y en ese mismo movimiento es el sujeto y su sufrimiento lo que queda excluido. Lo que orienta la acción en este campo en la actualidad son los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (los DSM). Manuales clasificatorios cuyo criterio es el estadístico. Estos manuales se desarrollan en paralelo con los avances farmacológicos que han modificado desde mediados del siglo XX, de una manera apabullante, el tratamiento clínico en salud mental. Tenemos que pensar que las clasificaciones, como nos señala Tizio, no son inocentes. Por otro lado,

> «cuando se afirma que la salud mental es cada vez más una herramienta de control social quiere decir que si no se incluye la dimensión del sujeto es el Otro el que determina los cursos de acción a seguir por la vía de protocolos homogenizadores.»
>
> H. Tizio (2008). «Las enfermedades mentales, hoy». *Revista L'interrogant* (núm. 8, pág. 9).

Situemos, entonces, los avances en temas de salud mental y veamos cómo han ido determinando las prácticas, según Eric Laurent (2000):

- Desde la posguerra, antes de la aparición de los neurolépticos, tenemos el momento en que los psiquiatras rechazan las instituciones carcelarias en las que estaban hacinados los pacientes, en donde se encerraba la enfermedad mental. Una psiquiatría que podríamos denominar **social**: cambia de manera radical el estatuto del enfermo mental. Es social porque, al salir el enfermo de las instituciones manicomiales, es la comunidad la que ha de ampararlo.

- A partir de los años cincuenta, tenemos la incidencia de la difusión de los neurolépticos y otras categorías de medicamentos, como los ansiolíticos y los antidepresivos. Es importante señalar que la aparición de los medicamentos es fundamental para sostener el movimiento de «salida del asilo» de los pacientes y asegurar su convivencia en la comunidad.
- En los años ochenta, los nuevos medicamentos tuvieron un efecto fundamental sobre la psiquiatría: la relanza, eleva su estatus dentro de la medicina general. Es un momento de fascinación y de esperanza.
- A partir de los años noventa, esa fascinación cae. Lo que pasa es que, al medicar cada vez más los comportamientos, hay una especie de pulverización de la clínica. De hecho, podemos decir que en un sector de los profesionales de salud mental, en la actualidad, se ha perdido en gran parte la conciencia de la dimensión subjetiva del sufrimiento. El síntoma ya no es algo a interpretar sino que aparece como un **error a corregir**. Estamos en una época, y ustedes se encuentran con eso en algunos dispositivos de salud mental, en la que lo que al sujeto le pasa se toma como un error fuera de la norma. Por eso, muchas de las terapias que se ofrecen tienen algo de correctivas: corrigen los comportamientos. Hay una cierta idea de que hay que **modelizar a las personas**.

La gran cuestión, entonces, desde la perspectiva del psicoanálisis, es cómo trabajar en la salud mental sin ser un **agente del orden público**.

5. Actualidad de la salud mental

En resumen, lo que ahora nos encontramos es una oferta en salud mental caracterizada por la yuxtaposición de distintas clínicas, incluso contradictorias, que coexisten perfectamente. Es una oferta que podríamos nombrar como la **clínica de la medicación** (Laurent, 2000), que se acompaña de terapias cognitivo-conductuales y que deja fuera de uso lo que podríamos situar como la **clínica del sentido**.

Lo importante a destacar, entonces, es que existe en salud mental una división fundamental que impregna toda la clínica actual. Esta división es la que cualquier ciudadano va a encontrar en los dispositivos de salud mental.

De un lado, una lectura basada en la estadística de los casos es una clínica que mira, que se centra en la frecuencia de los fenómenos, tiempo de evolución e irrupción y la molestia que estos generan en el orden público. Es una clínica que observa, describe y clasifica. Y a partir de allí decide cuál es el medicamento ade-

cuado. Se trata de una clínica cuyo criterio es el estadístico. Es por la prevalencia de lo estadístico por lo que nos encontramos con cuadros epidémicos, muchos de los cuales emergen o van modificándose según los nuevos fármacos. Es algo que los educadores de CRAE describen en su día a día cuando se encuentran que gran parte de los adolescentes con los que trabajan traen el diagnóstico de TDAH, o de pronto muchos de ellos se convierten en TEA (trastorno del espectro autista). Se trata de una clínica de trastornos que no se pregunta por la causa de los mismos. La **disfunción** se cuantifica.

Por otro lado, tenemos otro tipo de clínica a la que podríamos nombrar como **clínica de la escucha** o **clínica de la palabra**. Es en esta clínica en la que ubicamos al psicoanálisis. En esta clínica el criterio no es el estadístico. Se hace una lectura de los casos basada en la particularidad, en el uno por uno de los casos, en lo que cada persona relata de su malestar, qué es lo que no funciona para él y sobre todo dónde sitúa la causalidad de lo que le sucede. Es una clínica de la singularidad. ¿Qué quiere esto decir? Quiere decir que, por ejemplo, cuando en un CRAE, o en un Piso del Pla nos piden que hablemos de agresividad o violencia ya que, dicen, tienen muchos casos con esa problemática, la oferta que les hacemos es la de conversar en la reunión de ST acerca de ellos. Tratamos allí de ver cómo se presenta la violencia en cada uno de ellos y solemos descubrir que, ante manifestaciones similares, ante presentaciones de la agresividad parecidas, las causas son bien diferentes. Nos centramos, más allá de las manifestaciones, en las causas para poder pensar estrategias de abordajes comunes. Allí veremos que un recurso principal para que este tipo de abordaje pueda realizarse es lo que llamamos **transferencia**, el vínculo. Aquí no se trata de trastornos sino de síntomas. La diferencia es que el síntoma…

> «incluye la dimensión de una causa, la introducción del sujeto y la dimensión del Otro a quien se dirige, es decir, la transferencia.»
>
> H. Tizio (2008). «Las enfermedades mentales, hoy». *Revista L'interrogant* (núm. 8, pág. 9).

Esta dimensión tiene en cuenta la subjetividad, lo que permite apelar a la responsabilidad del sujeto respecto a su malestar y hace que este pueda incluirse y ser partícipe activo de su tratamiento. Ese es el modo en que el psicoanálisis se ubica en la salud mental.

Entonces, para finalizar este apartado, tenemos que afirmar que según sea el paradigma clínico en el que el profesional se enmarque, será la estrategia que seguirá con su paciente y su entorno.

5.1. Las adolescencias hoy

5.1.1. Adolescencias y alteridad

De entrada, podemos afirmar que la definición de adolescente es controvertida, ya que este concepto es explorado desde distintas vertientes. Se habla de adolescencia en términos cronológicos, biológicos, psicológicos, comportamentales, sociológicos, históricos, etc. Los adolescentes son objeto de atención y de cierta polémica y podemos decir que es un tema que se investiga, entre otras razones, debido a que la convivencia con los adolescentes es fuente de inquietud en el mundo adulto. En este sentido, el «querer saber sobre los adolescentes» puede surgir de la necesidad de calmar aquello que nos inquieta, que nos interroga, que nos divide. En cierta medida, los adolescentes producen una **crisis en el saber** que se expresa en un dicho muy frecuente entre los adultos: «¡No hay quien los entienda!», y que lleva a una dificultad de convivencia.

Canclini también sitúa la dificultad de convivencia entre los seres humanos, entre otras cosas, en una problemática que tiene que ver con el saber. «No sabemos cómo llamar a los otros» es el título de un capítulo de su libro *La globalización imaginada* (Canclini, 2000). Allí nos dice que uno de los recursos de las sociedades para abordar lo que no comprende es la construcción de mitos y estereotipos, y que una de las dificultades fundamentales en el encuentro con el otro se centra en la lengua. No hablar la misma lengua abre un espacio, un agujero, que tiende a ser llenado con invenciones. También en Bhabha (2002) encontramos esta referencia al estereotipo. El estereotipo para Bhabha es una forma de conocimiento e identificación, es un elemento fundamental en la construcción de la representación de la otredad, y al manifestarse en el discurso articula bien lo que hace al poder y al conocimiento. Entonces, lo que una sociedad sitúa en el lugar de «lo otro» está marcado por el desconocimiento y el malentendido de la lengua. La gran pregunta que caracteriza el malestar de la civilización es: «¿Cómo hacer para convivir con el otro?», y más concretamente: «¿Cómo convivir con los otros que no hablan mi misma lengua?», tal como nos lo recuerda Canclini.

Respecto a los adolescentes, hay que tratar de entender, como señala Lacadée (2010), «¿de qué alteridad incomprensible son portadores?». Lacadée habla de la «provocación lenguajera» para dar cuenta de un modo de usar la lengua de los adolescentes que, por un lado, los vuelve incomprensibles, pero por otro lado les permite anudar la inquietud del cuerpo con esa misma lengua en la creación, por

ejemplo, de letras de canciones como en el hip-hop. Otra de las cuestiones a tener en cuenta en la adolescencia es lo que Lacadée designa como la «mancha negra»,

> «que es esa parte de lo indecible que atormenta al adolescente, en el cuerpo y en los pensamientos, que es aquello de lo que a menudo tienen vergüenza y no consiguen traducir en palabras.»
>
> Lacadée (2010). *El despertar y el exilio. Enseñanzas psicoanalíticas sobre la adolescencia* (pág. 10).

Recientemente, en un CRAE me hablaban en una reunión de ST de un adolescente de quince años, Jordi, que había sido maltratado por su padre durante muchos años. Cuando los padres se separan, se despierta en él una fuerte agresividad que descarga sobre la madre en forma de golpes e insultos. Es ingresado unos días en una unidad de crisis, de la que sale con una medicación y con un diagnóstico de trastorno de la conducta. Es separado de su hogar y en el CRAE donde vive vuelven a aparecer los insultos que profería cada vez que una situación lo disgustaba o contradecía sus deseos. Estallaba pero, al cabo de un rato, decían los educadores, se tranquilizaba. Los educadores explican que se sorprendía cuando a sus estallidos ellos cada vez le respondían con una cierta amabilidad. ¿Podía él ser «amable» para el otro? La pregunta que nos hacemos en el ST es: ¿de qué trastorno proviene la conducta que se expresa en los insultos? Sentimientos de culpa lo invaden en distintos momentos. A partir de lo que hablamos en las reuniones, los educadores empiezan a indagar en los intereses de Jordi: la música, el fútbol. Empieza a escuchar música rap y analiza las letras. Un día llega con una canción escrita por él en la cual aparece una madre idealizada y la «puta calle». Encuentra en la escritura de letras de rap la posibilidad de introducir en el discurso un montón de insultos por los que estaba habitado. Los insultos, entonces, pasan a ser su modo de decir el lugar de donde venía, las dificultades que tiene con su origen. Él sabe que a los educadores no les gustan los insultos. Sin embargo, los educadores le muestran que pueden acoger esos insultos en la medida en que es el modo en que Jordi puede decir lo indecible, la «mancha negra» que Lacadée nos señala, a partir de un acto de creación.

5.1.2. Adolescencias prolongadas

En todo caso, lo que es importante señalar es que los adolescentes nos obligan a ser contemporáneos ya que las adolescencias no existen fuera del discurso so-

cial y del contexto de época. Por otro lado, cada vez más las adolescencias no pueden ajustarse a una edad cronológica. Anteriormente, tratábamos de ajustar esta etapa al periodo entre los trece y dieciséis años más o menos. Hoy, esa franja de edad ha quedado superada. De hecho, para el psicoanálisis las edades de las personas no son cronológicas sino lógicas. Que sean lógicas tiene que ver con que lo que determina si alguien es un niño, un adolescente o un adulto es la relación que mantiene con lo que llamamos **goce**. El goce es ese concepto introducido por Lacan para dar cuenta de una experiencia paradójica que es, a la vez, de satisfacción y de sufrimiento para las personas y que podemos localizar muy bien, por ejemplo, en los síntomas. El goce, desde el psicoanálisis, hace referencia a lo que nos causa placer pero también a lo que nos mortifica. El goce articula la experiencia del lenguaje y del cuerpo en los seres humanos. El goce da cuenta de una experiencia de cuerpo. Como experiencia que toca el cuerpo, podemos decir que el goce forma parte de los síntomas. Cuando hablamos de la relación que tenemos con nuestro goce nos referimos al concepto de **responsabilidad**. Este concepto implica que una persona pueda hacerse la siguiente pregunta: ¿Qué tengo yo que ver con el síntoma, el malestar que me aqueja?, y también se incluya en la respuesta. Es el único medio para encontrar una vía de salida al malestar. Tomarlo a cargo. Entonces, un adulto es aquel que se responsabiliza de su malestar y en ese sentido no tiene edad. Encontramos niños y adolescentes que se responsabilizan, y en cambio personas que son cronológicamente adultos que no pueden hacerlo.

Por otro lado, vuelve hoy una idea que había explorado Bernfeld, quien hablaba de la «adolescencia prolongada» (Brignoni, 2012) para referirse a una fase de la vida que debería dejarse atrás pero que, según las circunstancias históricas que la rodean, puede tender a fijarse. Respecto a las circunstancias que propician hoy esta prolongación, Gualtero y Soriano (2013) hablan del «cuerpo robado» en la medida en que el cuerpo de los adolescentes se mercantiliza, se hace objeto de las modas y del consumo de masas. Pero, además, es un cuerpo deseado en el mercado de los adultos que buscan conseguir un cuerpo joven siempre. Esa es la propuesta de cuerpo que nos enceguece, ya que nos hace olvidar el carácter perecedero del mismo pero, a su vez, es lo que fija este momento vital.

Por su lado, Carles Feixa dice que respecto a las adolescencias se han perdido lo que siempre habían sido considerados como **ritos de pasaje**, momentos de corte. Para Feixa (2008), estos ritos han sido reemplazados por lo que él llama «ritos de *impasse*», donde las etapas de transición se convierten en etapas intransitivas y se pregunta si asistimos al final de la juventud. Autores como Hélène Deltombe

(2006) o Philippe Lacadée (2010) nos indican que hay un indecible en la adolescencia que se presenta de manera radical y que, muy frecuentemente, es a través de las marcas en el cuerpo como se intenta mostrar o decir algo. En este sentido, Marcelo Pakman (2010) nos sugiere que es necesario hacer una historia de las formas en que las personas se han marcado el cuerpo para entender fenómenos tan actuales como el *cutting*, el *escarsing*, los *piercings* o los tatuajes tan presentes como expresión de la moda, de la identidad o del malestar en los adolescentes. Marcas que históricamente estuvieron también asociadas al flagelo, el acto sacrificial, el castigo y el autocastigo, la expiación de las culpas.

En resumen, la idea de **adolescencia prolongada** pone en tela de juicio algo que hemos sostenido durante mucho tiempo, y es que la adolescencia sea una manifestación psíquica de la pubertad. Veamos entonces de qué se trata.

5.1.3. Las adolescencias más allá de la pubertad

Según Recalcati, hoy se alejan cada vez más la pubertad de la adolescencia:

> «La edad puberal parece imponer una nueva precocidad [...] mientras que, por el contrario, la adolescencia se prolonga bastante más allá de la pubertad y parece no acabar nunca.»
>
> M. Recalcati (2014). *El complejo de Telémaco. Padres e hijos tras el ocaso del progenitor* (pág. 82).

Recalcati habla de un «desfase evolutivo» que arroja a los jóvenes, de una manera a veces anticipada, a un mundo lleno de información, conocimientos, sentimientos y a su vez «los adultos los dejan solos en su trayectoria formativa».

El psicoanalista Alexandre Stevens (1998) dice que la adolescencia se presenta para el adolescente como la edad de todos los posibles pero, en realidad, para él se trata en la adolescencia del reencuentro con un imposible. El **imposible**, desde el psicoanálisis, es el hecho de que para las personas no hay una respuesta preestablecida a cómo hacer con el otro sexo (sea del género que sea). Cada persona tiene que inventar su respuesta. Por eso es singular. Es ese encuentro el que se pone en juego en un momento de la vida que se caracteriza por la convivencia en un mismo sujeto de rasgos infantiles y de rasgos adultos.

Pero ¿qué es la pubertad? Es importante señalar que, mientras la adolescencia es un fenómeno moderno especialmente del mundo occidental, la pubertad, en cambio, siempre ha existido. Ahora bien, ¿qué es lo que sucede en la pubertad? ¿Qué es lo que se presenta para el sujeto, como un real, como dice Stevens, al que se ve obligado a responder de algún modo? Podemos afirmar que en general son dos los aspectos que se van a resaltar en este momento de la vida: los **cambios a nivel del cuerpo** y el **acceso a la capacidad reproductora**. Estos dos cambios, según los autores citados, causan efectos al nivel de la subjetividad.

Podemos decir que el púber es aquel que ya tiene el cuerpo preparado para funcionar como si fuera un adulto y es allí donde se produce una división porque subjetivamente aún no lo es. Como señala Mario Izcovich:

> «Se trata de un proceso que dura aproximadamente unos cuatro o cinco años y que suele comenzar primero en las niñas, cuando tienen alrededor de los nueve o diez años, y alcanzan la madurez sexual alrededor de los trece o catorce años. En el caso de los niños el proceso suele comenzar a los once años y durar hasta los catorce o quince años. De todos modos, cabe destacar que esto es algo aproximado… Lo propio de esta época es que cada niño o niña se desarrolle a su ritmo, así es frecuente observar en una clase o en un grupo de amigos de la misma edad cómo conviven púberes que ya están desarrollados con otros que no.»
>
> M. Izcovich (2005). *Tiempo de transformación* (pág. 33).

Quiero destacar en esta cita lo que hace a un proceso general, es decir, el hecho de que hay transformaciones en el cuerpo, pero que respecto a estas transformaciones es importante tener en cuenta lo particular, el caso por caso, los distintos tiempos, los distintos marcos sociales en los que se desarrolla la vida de la persona, para poder apreciar la respuesta singular que se articula respecto a los cambios.

Vemos entonces cómo la pubertad implica un hecho que es tangible y concreto: implica, a partir de las transformaciones mencionadas, el fin de la niñez. Antes hablaba de duelo. El duelo en la pubertad es a tres niveles: el duelo por el cuerpo infantil, el duelo por la infancia en sí misma y sus identificaciones, y el duelo por el vínculo con los padres. El púber ha de ponerse a trabajar subjetivamente para resolver esos tres duelos.

Lo que podemos decir, entonces, es que en la pubertad surge algo para el sujeto que se le impone y que él tiene que inventar respuestas posibles ante ese surgimiento: esto es la **adolescencia**. Como dice Stevens:

> «la adolescencia es esa variedad de respuestas posibles frente al surgimiento de un real propio de la pubertad.»
>
> A. Stevens (1998). «L'adolescence, symptôme de la puberté». *Feuillets du Courtil* (núm. 15).

Es a partir de esta definición que nos da Stevens que hablamos de adolescencias en plural, ya que no hay **la** adolescencia sino que hay la respuesta que cada sujeto da a un real que le es particular.

El púber, entonces, tiene que inventar una respuesta. Las coordenadas construidas en la infancia, acompañadas por los padres, ya no son suficientes para tratar ese real en juego de su cuerpo y para saber cómo elegir e ir al encuentro del *partenaire* sexual. Esa es su verdadera crisis. Aquí es importante señalar que esta **crisis** no puede ser tomada como una enfermedad mental sino que, más bien, la tenemos que pensar como un proceso necesario a pasar. Aunque parezca paradójico, el referente del adolescente tiene que acoger la crisis y tiene que estar disponible para sostener el trabajo subjetivo que el joven ha de hacer para reorganizar su vida a partir de los elementos con los que cuenta.

Otra cuestión que no hay que confundir con una patología es lo que anteriormente mencionaba como el trabajo de duelo que el adolescente ha de hacer respecto a su cuerpo, a sus identificaciones y a sus vínculos familiares. Un trabajo de duelo normal implica un proceso en el que hay momentos depresivos. No ha de confundirse con la depresión y, sobre todo, no es imprescindible medicarlo. Sin embargo, en la actualidad, a veces encontramos que se medican los duelos para **acelerar** las recuperaciones. Se sale del trabajo de duelo cuando se pueden construir recuerdos, y esto no es sencillo para los adolescentes y menos aún para los que tienen dificultades de simbolización.

5.1.4. Las adolescencias y sus manifestaciones

Este es un tema central con el que tenemos que ser muy cuidadosos. No hay que olvidar que es una tendencia de nuestra época medicalizar cuestiones que molestan de la vida normal, como antes señalaba, por ejemplo, la tristeza con tintes depresivos que implica un duelo. O la inquietud que un sujeto puede tener cuando no encuentra un punto de anclaje para situarse.

En las adolescencias conviven aspectos infantiles y adultos que, a veces, pueden hacernos creer que una determinada manifestación sería «anormal» cuando,

en realidad, nos muestra un momento de indeterminación en la vida de un sujeto. Es un tiempo en el que aparecen importantes ansiedades, ya que el trabajo subjetivo a realizar es muy grande. Hay adolescentes que pueden sublimar sus ansiedades, otros que pueden hablar de ellas y otros que solo pueden actuarlas.

Hay que ver si las inquietudes que manifiestan provienen de las pérdidas o de la adquisición de lo nuevo (frente a lo que muchas veces retroceden) y qué tipos de respuestas dan a las mismas. O si los pasajes al acto tienen que ver con su incapacidad de esperar o de creer en el futuro: hay que pensar que muchos de ellos tienen grandes dificultades para representarse en el futuro.

> Recientemente, recibo en mi consulta a Mireia, de quince años. Viene con un diagnóstico de TDAH. Está inquieta en clase y desconecta de lo que el profesor explica. Hija menor de un matrimonio que no pudo estudiar, explica que su hermana mayor ya está en la universidad y es una estudiante brillante. Sus padres, dice, tienen muchas expectativas puestas en ellas. Ella, que hasta el curso pasado había sido una buena estudiante, en este momento se siente presionada a tener que elegir y está muy confundida. Me explica que, cuando desconecta en clase, se encuentra pensando de manera obsesiva: «¿Qué haré?» y «¿Qué me pasará?». Cuando vuelve a escuchar al profesor, ya ha perdido completamente el hilo de la clase y empieza a moverse inquieta. ¿Se trata de un TDAH o más bien se trata de alguien que se angustia por el peso de los ideales paternos que siente no poder alcanzar?

Tomamos entonces las manifestaciones de los adolescentes no necesariamente del lado de la patología, sino más bien del lado de la invención de una respuesta, que puede ser sintomática. También, he de decir que puede haber respuestas psicopatológicas que implican, para cualquier profesional, la necesidad de hacer un trabajo de interconsulta con los especialistas que les ayude a discernir de qué patología se trata y cómo abordarlos.

Entonces ¿qué encontramos hoy más allá de los diagnósticos? ¿Qué respuestas sintomáticas inventan los adolescentes frente a su malestar? ¿Cuál es su modo de funcionar? Pensar las adolescencias desde estas cuestiones nos da la posibilidad a los distintos profesionales de inventar nosotros mismos algunas respuestas que, como Milner nos señalaba, no han de ser definitivas.

Veamos algunas de sus respuestas según lo que encontramos en la práctica clínica cotidiana con adolescentes y siguiendo la lectura de Lacadée (2010):

- **Respuestas en relación con el saber**: la adolescencia puede ser el momento en que se deciden las grandes vocaciones. En el momento en que los adoles-

centes tienen muchas dudas sobre cómo abordar la cuestión de la sexualidad, pueden acogerse al saber escolar como un modo de ir transitando ese tiempo. Esta es una respuesta positiva por el lado del saber. Pero hay también la respuesta negativa: los niños que han sido buenos estudiantes y al llegar a la pubertad el saber es desvalorizado por ellos. Frente a ello se deja caer el saber escolar porque no esperan encontrar en él las respuestas. Es un momento en que aparece la urgencia. Pueden también tener una posición irónica frente al saber: ¿para qué sirve saber? Es una pregunta que hay que poner a trabajar de su lado, ya que nosotros no podemos saber de manera universal para qué sirve el saber, pero hay algo que es seguro, y es que la ignorancia es inútil.

- **Respuestas del lado de las identificaciones**: es un momento de invención de identificaciones imaginarias o simbólicas: es el fundamento de las bandas de adolescentes.
- **Respuestas frente a la angustia**: hay a grandes rasgos de dos tipos: la inhibición y el pasaje al acto. El aislamiento puede ser un modo de inhibición. Es lo que encontramos en muchos adolescentes que no pueden salir de casa para ir a la escuela. Otra modalidad de la inhibición puede ser el bloqueo en los exámenes. La inhibición implica la detención. El pasaje al acto y las actuaciones son intentos de huir de la angustia. Implican una ruptura repentina con la continuidad. Dentro de los pasajes al acto, encontramos por ejemplo los intentos de suicidio o ciertas manifestaciones de heteroagresividad.
- **Respuestas violentas** como modo de rechazo a lo que hoy podemos nombrar como la caída o declinación del lugar del padre, de las figuras de autoridad. Esta caída sin lugar a dudas deja al adolescente desasido, sin sujeción. El adolescente rechaza esa caída y a veces ese rechazo lo muestra a partir de la violencia. Es un momento en que, a la vez que quiere decidir sin condicionamientos, necesita mucho de su entorno.
- **Respuestas por lo oral**: la aparición, por ejemplo, de la anorexia o la bulimia cuando se pone en juego la transformación del cuerpo en femenino: lo que transmiten estas chicas es la molestia que sienten con sus pechos, incluso logran eliminar la menstruación, etc. Aparece una especie de rechazo a la feminidad.
- **Respuesta toxicómana**: aquí es importante diferenciar cuando la relación con el tóxico tiene que ver con la necesidad de experimentar sensaciones nuevas y cuando tiene que ver con hacer uso del tóxico al modo de una automedicación para, por ejemplo, tratar los fenómenos psicóticos como las alucinaciones.

- **Respuestas por el lado del amor idealista, el amor platónico**: como un modo de mantener la distancia respecto al encuentro sexual. Allí es importante que tanto los profesionales como los padres puedan respetar ese tiempo, ya que tal vez lo que nos indican es que todavía no es el momento.
- **La errancia como modo de respuesta** (Sauvagnat, 2004): la errancia puede indicarnos un modo actuado de búsqueda personal o bien puede indicarnos una posición de extravío.
- **Respuestas por el lado del cuerpo**: hay en el momento actual una dificultad en los adolescentes para construir una narración sobre sí mismos. La narración, sin embargo, puede construirse si nos interesamos por lo que ellos dan a ver. Es en los dibujos que hacen sobre su piel o que fantasean hacer donde aparecen frecuentemente los intentos de construir una nueva identidad. Tal vez esa filiación que construyen con sus tatuajes es el modo en que pueden separarse de lo familiar. Lo curioso es que en su narración no aparece lo familiar como rechazado, sino como recuperado de otro modo.

Es así como Carlos, un paciente de diecisiete años, se confronta con algo que hasta ahora no había querido ver: la fragilidad de un padre que, desde hace unos años, está en prisión y al que ya no puede justificar culpabilizando a los distintos otros. El padre cae una y otra vez, pero es cuando Carlos mismo se encuentra en una espiral de comportamientos adictivos que lo llevarían a la repetición de ese destino, que puede detenerse y organizar una salida. Se convierte, dice, en un «cani», a los que define como «gente que ha tenido una mala vida, desheredados», pero que construyen una nueva familia. Necesita al grupo, pero tiene que haber una marca de pertenencia: los tatuajes. No se trata de cualquier tatuaje: tienen que ser rosarios y vírgenes. Señales de protección que incluyan lo que había quedado fuera de la imagen, como un puro real amenazante y angustiante. Desde ahí puede narrarse e incluirse en el lazo. A María, en cambio, otra paciente de quince años que está tutelada, la idea de hacerse un tatuaje le sirve para anclar algo de lo familiar que todo el tiempo se le escapa. Tiene miedo de que la distancia con la madre le haga olvidar. Necesita fijar, a través de las marcas en el cuerpo, su lugar de pertenencia, el lazo que la une a los que la preceden, teniendo en cuenta lo irrecíproco de los lazos. Fantasea con unos cuantos tatuajes: una nota musical en el borde de la oreja, ya que comparte con la madre el gusto por la música; en la espalda, hacerse unas alas, ya que siempre soñó junto con su madre en volar con un paracaídas, dejando constancia del sueño que no podrán realizar; también un código de barras en el cuello, compuesto de los números que designan la fecha de su nacimiento, ya que es «una fecha que no caducará».

- **Respuestas a la soledad**: frente al sentimiento de soledad a veces responden, paradójicamente, con el aislamiento. Por otro lado, encuentran hoy una salida que tiene que ver con la conexión/desconexión a las redes informáticas.
- **Respuestas a la dificultad a construir su intimidad**: este es un tema central que traen de conflicto permanente con los adultos. Los educadores están tranquilos cuando los chicos, de entrada, les cuentan todo de su vida. Lo muestran todo. Sin embargo, al cabo de un tiempo se dan cuenta de que a veces mostrar tanto implica una palabra sin consecuencias. También se les dificulta soportar que el chico diga: «De eso no quiero hablar», o que el afecto que prevalezca sea la desconfianza. Los adolescentes nos indican que para trabajar con ellos **hay que dejarse incomodar**. Esta es la posición que reclaman al profesional que los atiende y, a su vez, ese es un modo de estar difícil de habitar para el profesional.
- **Respuestas en relación con el tiempo**: en las adolescencias empieza a haber una conciencia del límite, de la muerte. A veces, con sus conductas tratan de negar este límite. Aquí es importante del lado de los referentes ofrecer otra versión del tiempo.
- **Respuestas para «verificarse»**: es un momento en que tienen que verificar en el mundo cómo este recibe su nueva identidad o cómo funcionan sus nuevas adquisiciones. Es por eso que a veces corren riesgos, transgreden. No siempre calculan bien. Hay que distinguir estas conductas de verificación de los pasajes al acto que tienen como finalidad la destrucción.
- **Respuestas al aburrimiento**: este es un afecto especialmente presente y de gran importancia. Aburrirse implica el deseo de otra cosa. Es una situación de profundo malestar de la que a veces los adolescentes escapan por medio de actuaciones. Necesitan, manifiestan, algo nuevo que los haga sentirse vivos. Una noche de diversión puede ser una salida temporal porque, en realidad, lo que está en juego en el aburrimiento no es la falta de diversión sino la imposibilidad de poder conectar el deseo a un objetivo. Es lo que llamamos **motivación**.
- **Respuestas generadas por la intolerancia a sentir necesidad**: un adolescente me explicaba que no le gustaba que lo ayudaran o pedir ayuda. Daba a entender que la idea de ser ayudado se volvía una amenaza porque lo conectaba con la fragilidad. También a veces encontramos aquí los síntomas de robos.

6. Conclusiones

Las adolescencias son un momento muy especial en la vida de las personas. Los adolescentes aspiran a sentirse libres pero, paradójicamente, necesitan mucho de los adultos que les hacen de referentes, tanto en el ámbito familiar como en los otros ámbitos por donde transcurre su vida. Muchos de los temas aquí tratados ya fueron trabajados por mí en el libro *Pensar las adolescencias*[2].

Me gustaría entonces que queden claras algunas ideas:

- Las adolescencias no son ni un cuadro clínico ni una enfermedad. Sin embargo, los adolescentes pueden tener patologías. Pero la patología no designa su ser. No es lo mismo, por ejemplo, atender a alguien que «tiene una toxicomanía» que pensar que «es un toxicómano». Si lo pensamos del lado del **ser**, solo vemos eso, mientras que si lo pensamos del lado del **tener**, eso es algo entre otras cosas.
- La **crisis** es estructural y necesaria.
- Las adolescencias están para ser vividas.
- Hay tres preguntas fundamentales en ese momento: ¿quién soy?, ¿qué quiero? y ¿qué puedo hacer?
- Necesitan que se entienda que sus actuaciones conductuales pueden tener dos funciones: una función comunicativa y una función defensiva.
- ¿Qué necesitan del adulto?:
  - Necesitan una buena acogida a dos niveles: de ellos como personas, pero también de sus respuestas sintomáticas.
  - Necesitan que les den tiempo.
  - Necesitan que los apoyen y acompañen.
  - Necesitan adultos que sepan resistir la confrontación.
  - Necesitan adultos que diferencien adultez de omnipotencia.
  - Necesitan que distingan los ideales adultos de los del adolescente.
  - Necesitan adultos que no se dediquen a la gestión sino que en sus actos muestren la marca de un deseo.
- Finalmente, es muy importante que, desde el punto de vista profesional, puedan construirse espacios de interrelación que nos ayuden a distinguir cuáles de las manifestaciones que los adolescentes ponen en juego corresponden al terreno de la psicopatología y cuáles corresponden al terreno de la comunicación.

2. Brignoni, S. (2012). *Pensar las adolescencias*. Barcelona: Editorial UOC.

Para concluir, tenemos que volver a los paradigmas planteados en un inicio. ¿Se trata en el tema de las adolescencias y la salud mental de un problema o de una cuestión? A partir de lo expuesto creo que debemos ubicar el tema del lado de la cuestión. Algunos significantes que han aparecido de manera reiterada apuntan a ello. Hablamos de apertura, de proceso, de inacabado, de pluralización, de tiempo... La cuestión es, en cierta medida, una pregunta que interroga a la época en que se formula y que por ende nos interroga. Y es en ese lugar de interrogadores de época en el que quiero ubicar a los adolescentes. Para Canclini (2004), la pregunta por las adolescencias «es una averiguación por el sentido intercultural del tiempo», ya que su malestar «es el lugar donde todos nos estamos preguntando qué tiempo nos queda».

Bibliografía

Airchhorn, A. (2006). *Juventud desamparada*. Barcelona: Gedisa.

Ansermet, F. (2011). «Tout, tout de suite». *Papers 2*.

Auden, W. H. (1993). *Otro tiempo*. Valencia: Pre-Textos.

Bernfeld, S. (2005). *La ética del chocolate. Aplicaciones del psicoanálisis en Educacón Social*. Barcelona: Gedisa.

Bhabha, H. K. (2002). «La Otra pregunta. El estereotipo, la discriminación y el discurso del colonialismo». *El lugar de la cultura* (cap. 3). Buenos Aires: Editorial Manantial.

Blos, P. (1980). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Mortiz.

Brignoni, S. (2006). «La atención del adolescente con trastorno mental grave en situación de desamparo y su evolución a la edad adulta». *Revista L'interrogant* (núm. 7). Revista de la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental.

Brignoni, S. (2010). «Los adolescentes y sus dichos». *Revista L'interrogant* (núm. 10). Revista de la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental.

Brignoni, S. (2012). *Pensar las adolescencias*. Barcelona: Editorial UOC.

Canclini, N. G. (2000). *La globalización imaginada*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Canclini, N. G. (2004). *Diferentes, Desiguales y Desconectados. Mapas de la interculturalidad*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Corcuff, P. (2005). *Las nuevas sociologías*. Madrid: Alianza Editorial.

Corea, C.; Lewkowicz, I. (2010). *Pedagogía del aburrido. Escuelas destituidas, familias perplejas*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

De Kerckhove, D. (1999). *La piel de la cultura. Investigando la nueva realidad electrónica*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Deltombe, H. (2006). «L'insaisissable désir à l'adolescence». *Les Documents de Scripta*. Saint-Quentin: ACF.

Erikson, E. H. (1985). *Sociedad y adolescencia*. México: Editorial Siglo XXI.

Feixa, C. (2008). *De jóvenes, bandas y tribus*. Barcelona: Editorial Ariel.

Feixa, C. (2014). *De la generación @ a la generación #. La juventud en la era digital*. Barcelona: Ned Ediciones.

Freud, S. (1985). «Tres ensayos de teoría sexual». *Obras Completas* (t. VII). Argentina: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1996). «El malestar en la cultura». *Obras Completas* (t. XXI). Argentina: Amorrortu Editores.

Gualtero, R.; Soriano, A. (2013). *El adolescente cautivo. Adolescentes y adultos ante el reto de crecer en la sociedad actual*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Illouz, E. (2012). *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Buenos Aires: Katz Editores.

Izcovich, M. (2005). *Tiempo de transformación*. Madrid: Editorial Síntesis.

Lacadée, P. (2008). «Adolescentes en el liceo no sin sus profesores. Acerca de la más delicada de las transiciones a la crisis del lenguaje articulado». *Psicoanálisis con adolescentes*. Venezuela: Editorial Pomaire.

Lacadée, P. (2010). *El despertar y el exilio. Enseñanzas psicoanalíticas sobre la adolescencia*. Madrid: Editorial Gredos.

Lacan, J. (1988). *Escritos 2*. México: Editorial Siglo XXI.

Lacan, J. (1989). *Escritos 1*. México: Editorial Siglo XXI.

Lacan, J. (1989). *Seminario 20: Aún*. Argentina: Editorial Paidós.

Lacan, J. (2006). *Seminario 10: La angustia*. Argentina: Editorial Paidós.

Lacan, J. (2006). *Seminario 23: El sinthome*. Argentina: Editorial Paidós.

Larrosa, J. (2004). «La experiencia y sus lenguajes» (conferencia). Serie «Encuentros y Seminarios».

La Sagna, P. (2009). «L'adolescence prolongée,hier, aujourd'hui et demain». *Revista Mental* (núm. 23). Francia.

Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Editorial Tres Haches.

López, G. (2014). «Lo que quema del cuerpo en la adolescencia». *Revista Virtualia* (núm. 29).

Mead, M. (2011). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona: Editorial Paidós.

Miller, J. A. (2003). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Argentina: Editorial Paidós.

Miller, J. A. (2010). *Salud Mental y orden público*. Granada: Editorial Universidad de Granada.

Milner, J.-C. (2007). *Las inclinaciones criminales de la Europa democrática*. Buenos Aires: Editorial Manantial.

Pakman, M. (2010). *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Recalcati, M. (2014). *El complejo de Telémaco. Padres e hijos tras el ocaso del progenitor*. Barcelona. Editorial Anagrama.

Rheingold, H. (2004). *Multitudes inteligentes. La próxima revolución social (Smart Mobs)*. Barcelona: Gedisa.

Sauvagnat, F. (2003). «Una entidad controvertida: la hiperactividad con trastorno deficitario de la atención». *Revista L'interrogant* (núm. 6). Revista de la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental.

Serres, M. (2014). *Pulgarcita*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Stevens, A. (1998). «L'adolescence, symptôme de la puberté». *Feuillets du Courtil* (núm. 15). Bélgica: Champ Freudien.

Tió, J.; Mauri, L.; Raventós, P. (coord.) (2014). *Adolescencia y transgresión*. Barcelona. Editorial Octaedro.

Tizio, H. (2008). «Las enfermedades mentales, hoy». *Revista L'interrogant* (núm. 8). Revista de la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental.

Tubert, S. (1982). *La muerte y lo imaginario en la adolescencia*. Madrid: Editorial Saltés.

Ubieto, J. R. (2002). «Els trastorns del comportament en nens i adolescents». *Revista L'interrogant* (núm. 4). Barcelona.

Ubieto, J. R. (2014). *TDAH. Hablar con el cuerpo*. Barcelona. Editorial UOC.

Varios autores (2009). «Quel avenir pour l'adolescence?». *Revista Mental* (núm. 23). Francia: Fédération Européenne des Écoles de Psychanalyse.

Varios autores (2008). *Púberes y adolescentes. Lecturas lacanianas*. Buenos Aires: Editorial Grama.

Winnicott, D. W. (1980). «La adolescencia». *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.

Webgrafía

www.me.gov.ar
www.revistainterrogant.org
www.virtualia.eol.org.ar
www.wapol.org

Capítulo III

Adolescencia, juventud y drogas

Oriol Romaní i Alfonso
Con la colaboración (apartado 3) de Francisco J. Eiroa-Orosa,
University of East London (UEL) y Universitat Oberta de Catalunya (UOC)

En este capítulo pretendemos ofrecer unas orientaciones básicas de tipo descriptivo y analítico, tanto para ampliar el conocimiento como para dar pistas de cara a la intervención, en relación con uno de los temas que, estando intrínsecamente relacionado con la salud mental colectiva de los jóvenes y adolescentes, es contemplado muchas veces desde otras perspectivas o, cuanto menos, se le sitúa en una frontera entre perspectivas y disciplinas que pueden acabar confundiendo.

En efecto, tanto el campo de las drogas como, de manera significativa, el de las relaciones de las drogas con la adolescencia y la juventud, puede ser tratado desde la psicología, la psiquiatría, la criminología, la farmacología, las neurociencias, la sociología, la historia, la antropología... O, lo que es más importante, desde perspectivas teóricas y metodológicas muy distintas, que se centren exclusivamente o enfaticen un aspecto u otro del fenómeno, o que partan de planteamientos multidisciplinares o interdisciplinares. Algunas de las más conocidas de entre ellas pueden ser, por ejemplo, la psicología conductista, la sistémica, el cognitivismo, el funcionalismo sociológico o el constructivismo sociocultural. Nosotros lo abordaremos fundamentalmente desde este último campo, a partir sobre todo de una experiencia académica y profesional centrada en el uso de la antropología –y más concretamente, la antropología médica–, pero que ha intentado beber siempre de las fuentes del conjunto de las ciencias sociales y humanas y del auxilio de otras, básicas en este terreno, como la farmacología o las neurociencias.

Quiero subrayar que el tema que vamos a tratar es un campo cruzado de intervenciones muchas veces basadas en criterios político-morales, pero que, sobre todo a partir de la etapa histórica posterior a la Segunda Guerra Mundial, se han querido legitimar con discursos pretendidamente científicos. Para el análisis sociocultural, esto lo convierte en un campo especialmente interesante; pero desde

el punto de vista de la intervención en los problemas que pudieran existir en estas relaciones, esta es una primera barrera que hay que superar, para plantearse cuándo hay que intervenir, por qué y cómo, sin dar nada por supuesto si queremos que la intervención tenga alguna posibilidad de éxito.

Así pues, y después de un primer apartado en el que enumeramos los principales objetivos que nos planteamos con el desarrollo de este capítulo, entramos en un segundo apartado que plantea, de forma sucinta, algunas cuestiones epistemológicas, teóricas y metodológicas básicas para definir el campo de las drogas y saber de qué estamos hablando, distinguiendo entre los usos de drogas, como un fenómeno universal, la drogodependencia y **la droga**, como un concepto ligado a un conjunto de procesos característicos del siglo XX que acostumbramos a denominar como **el problema de la droga**. Un análisis de este último nos permitirá poner de relieve cómo se ha intentado naturalizar una serie de conceptos de matriz sociocultural que, en realidad, tienen una génesis y desarrollo sociohistóricos determinados.

En el tercer apartado pretendemos una operación semejante con el concepto de adolescencia y juventud. Aunque, desde un punto de vista genérico, sabemos que este tema ya se trata en otros ámbitos de este mismo curso, el hecho de centrarnos en la relación que ellos tienen con la salud, en general, y con los consumos de drogas, en particular, nos facilita desvelar la naturaleza político-cultural de dichos conceptos y, sobre todo, de su manejo como mecanismos de control social. Para ello, los relacionaremos con otro concepto clave en estos momentos, el de **riesgo**, para intentar resituar, más allá de las apariencias que impone un cierto sentido común dominante, dónde pueden estar los riesgos con los que tendrán que lidiar los/as adolescentes y jóvenes en sus trayectorias hacia eso que provisoriamente podemos llamar la vida adulta; trayectorias en las que, en algunos casos, su relación con las drogas puede ser una etapa importante, aunque no forzosa ni mayoritariamente parece que tenga que ser así.

El cuarto apartado se centra en una presentación de lo que llamamos **el biologismo** en el campo de las drogas que, al igual que en el campo más general de la biomedicina, parte de la consideración real de que estamos tratando un asunto esencialmente biológico. Es decir, más allá de posibles discursos en los que se pueda apelar a la cultura e incluso a la filosofía, las posiciones epistemológicas y las metodologías utilizadas son monolíticamente derivadas de esta creencia, produciendo unos resultados claramente sesgados, como era de esperar; pero que no aparecen como tales, sino como el resultado de un conjunto de operaciones basadas en el rigor y la neutralidad de la ciencia, que les dan una gran legitimidad

porque, por otro lado, muchas veces logran dar la sensación de seguridad que muchas personas buscan ante situaciones que pueden llegar a ser angustiantes.

El apartado número cinco está centrado en cuestiones relacionadas con las políticas de drogas, más en concreto, en la discusión de qué significa la prevención de ciertos problemas que se pueden presentar en los usos de drogas juveniles, cómo esta se relaciona con las políticas de reducción de riesgos y daños; y todo ello en el contexto de un fenómeno que, si no es nuevo, sí que por lo menos está adquiriendo unas dimensiones que no tenía hasta ahora: me refiero a la **normalización de las drogas**, es decir, la normalización de sus usos y consumos, de sus prácticas, pero también de los discursos relacionados con ellas.

Finalmente, completa el presente texto un glosario de los principales términos utilizados en el mismo, así como la bibliografía utilizada en el texto, indicativa de aquellos textos básicos referidos a jóvenes, adolescentes y drogas.

1. Las drogas, replanteamientos epistemológicos

1.1. Las drogas: conceptos básicos y observaciones metodológicas

A partir de los distintos registros históricos y transculturales, sabemos que todas las sociedades humanas han conocido y utilizado, desde sus inicios y hasta la actualidad, muy distintas sustancias para experimentar sensaciones placenteras, paliar el dolor, para alterar su estado de ánimo, estimularse, relajarse, para alternar con sus iguales y como una forma de relación social, para cambiar su registro perceptivo-sensorial, acceder a algunas formas de conocimiento distintas a las habituales, etc.; es decir, que han usado y consumido aquel tipo de sustancias que en nuestras sociedades contemporáneas hemos unificado bajo el concepto de **drogas**, y que definiremos como **sustancias químicas que, incorporadas al organismo humano en poca cantidad, tienen capacidad de modificar varias funciones de este (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionadas, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas**.

Teniendo en cuenta, pues, que el concepto de droga así definido incluye todas las sustancias de estas características, es decir, tanto las que hasta hace

poco se etiquetaban como «droga», por estar fiscalizadas, como aquellas que no porque disfrutaban de una regulación legal (tipo alcohol, tabaco, hipnosedantes, etc.), está fuera de toda duda que el uso de drogas es un elemento estructural de las sociedades humanas, una práctica universal en la que se interrelacionan de manera compleja sustancias, sujetos y contextos socioculturales, y que afecta a diversos aspectos de la vida cotidiana de la gente. Desde el punto de vista teórico-metodológico, este es un aspecto crucial de la cuestión, pues implica saber lidiar con los modelos complejos de análisis, y por ello nos detenemos un momento en él.

Ciertamente, podemos afirmar que tanto el descubrimiento como los usos y costumbres alrededor de las distintas sustancias, es decir, sus preparaciones, combinaciones, técnicas de uso, etc., pero también su categorización, su consideración social, la asociación de su consumo a ciertas identidades, etc. vienen condicionadas por el contexto cultural. Lo mismo ocurre en el caso de la construcción de los sujetos como tales. Sabemos que el concepto de persona que implica la construcción social de los sujetos propia de las sociedades occidentales que identifica persona con ser humano, que recorta y privilegia determinadas relaciones entre experiencia, identidad personal y el yo, en detrimento de otras, que identifica cuerpo, identidad individual y persona, no es el mismo que se da o se ha dado en otras sociedades; por ejemplo, entre los *kanak* de Nueva Caledonia, las relaciones interpersonales son el núcleo de la persona, que en realidad sería concebida, desde una óptica relacional y transaccional, como la intersección de múltiples relaciones (familiares, sociales, rituales...) que configuran la vida cotidiana de los individuos en aquellas sociedades (Viola, 1995).

Partiendo, pues, de las anteriores afirmaciones, podríamos afirmar que hay una determinación en última instancia del contexto sociocultural respecto a los otros dos elementos de la tríada. Pero ¿es esto realmente así? O, mejor dicho, con esta afirmación, ¿no opacamos aspectos dinámicos y específicos de los dos niveles considerados hasta aquí –sustancias y sujetos–, por más que esta especificidad sea también de tipo relacional? Contentarnos con este primer nivel de explicación nos podría llevar a una visión, en el fondo, estructural- funcionalista de la cuestión, a una foto fija de la situación, cuando, hasta el momento, la óptica que más rica se ha mostrado para analizar las complejidades de la vida social es la de tipo relacional y cibernético, que nos exige analizar dinámicas y procesos en los que situar los diferentes fenómenos que nos interesan y que permiten, en ese caso, situar la capacidad de agencia (*agency*) de los sujetos o las interacciones entre farmacología y sujeto en un contexto determinado, por ejemplo.

¿Quiere ello decir que lo que afirmamos más arriba respecto a la determinación en última instancia del contexto sociocultural es falso? No se trata de eso, pues los hechos discurren inexorablemente en un determinado contexto, o dicho de otra manera, el conjunto de los procesos que recortamos analíticamente constituyen un contexto, y es precisamente el conjunto del cuadro en presencia, en el que podemos contemplar a determinados sujetos consumiendo determinadas sustancias y/o hablando de ello, o no, en determinadas situaciones, es el que nos puede dar una visión más acabada y profunda de lo que ahí está ocurriendo. Es decir, en cada caso o **situación local** debemos saber valorar cómo se sitúan los elementos de la tríada unos respecto a otros, cuál tiene un mayor peso específico en aquel momento..., pero esto requiere todavía dos pasos más, podríamos decir que en direcciones opuestas, aunque interrelacionadas.

Por un lado, esta **situación local** que estamos analizando la debemos situar también en el marco de una perspectiva tanto histórica como macrosocial; y por el otro, debemos ponernos en la situación autoanalítica que permita entender e incorporar al análisis la manera como nos involucramos en la situación que estamos tratando, principalmente desde el punto de vista de nuestros sentimientos y emociones (Ellis, 2009).

> «Un fenómeno permanece inexplicable hasta que el campo de observación no es lo suficientemente amplio para incluir el contexto en el que el fenómeno se verifica. Si el observador no se da cuenta del desarrollo de relaciones entre un hecho y la matriz donde se verifica, entre un organismo y su ambiente, está delante de algo "misterioso" o bien es inducido a atribuir a su objeto de estudio ciertas propiedades que el objeto puede no tener [...]. El centro de interés ha pasado de la mónada aislada artificialmente a la "relación" entre las partes de un sistema más amplio.»
>
> Watzlawick y otros (1971,). *La comunicación humana* (págs. 14-15).

En definitiva, **partir de la intrínseca relación entre contextos, sujetos y sustancias ha permitido explicar muchas más cosas que otros abordajes** anteriores, basados en un positivismo formal de tipo monocausal, que caracterizaron las orientaciones hegemónicas a partir de las que la criminología, la psiquiatría o la farmacología trataron la cuestión. Sabemos muy bien que una cosa son los efectos farmacológicos de una sustancia en un experimento de laboratorio controlado, y otra es la que se da en la calle, pues los efectos farmacológicos vienen mediatizados por muy distintos factores que incluyen el estado físico del sujeto, la

situación psíquica, las experiencias de consumos previos, es decir, su biografía; las técnicas de consumo, las condiciones higiénicas, el momento en que lo hace, con quién lo hace, o sea, el *setting*; qué espera al hacer esto, es decir, los efectos esperados pero también, en un sentido más amplio, las expectativas culturales que incluyen seguir una norma o transgredirla, pues será muy distinto si la sustancia es considerada un sacramento, un remedio medicinal o un producto estigmatizado, consideraciones que varían de sociedad en sociedad y según épocas históricas. Así pues, partir de la interpenetración dinámica de los tres elementos (contexto-sujeto-sustancia) tendrá una serie de consecuencias para entender el consumo de drogas, entre las cuales está saber entender sus propios efectos. Y no me refiero solo a los efectos percibidos, sino a los más objetivos, pues es evidente que no todo fumador habitual de tabaco o bebedor de alcohol desarrolla, respectivamente, cáncer de pulmón o cirrosis hepática, aunque tienen muchas más probabilidades de hacerlo que quien no lo es. Pero hay una serie de aspectos, que van desde la genética hasta las condiciones de vida, materiales y simbólicas, que hacen que el consumo de una misma sustancia en condiciones distintas tenga efectos distintos.[1]

Una vez hechas estas observaciones, podemos avanzar un paso más para definir otro concepto básico que, a pesar de enraizar de manera profunda en nuestra constitución biológica, aparece como un fenómeno social a lo largo del siglo XX, no antes. Me refiero a la **dependencia a las drogas**.

1.2. Drogodependencias: discusión del concepto de adicción

Podemos definir la **drogodependencia** como un **conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (así como otras manifestaciones), pero cuyo síntoma principal serían las grandes dificultades que experimenta una persona para cambiar su situación, consistente en la organización del conjunto de su vida cotidiana alrededor del consumo compulsivo de determinadas drogas**.

1. Por cierto, actualmente las neurociencias y, sobre todo, la epigenética, nos están demostrando que la genética no es un «destino» tan fijo como pretendían las explicaciones derivadas de los modelos biológicos positivistas clásicos, tendiendo a confirmar que para la salud acaba siendo más importante el código postal (las condiciones sociales de vida) que el código genético.

La drogodependencia (que según épocas, escuelas teórico-disciplinares y países ha recibido también el nombre de **adicción**, **toxicomanía** o **farmacodependencia**, principalmente) formaría parte de un campo más amplio, el de las adicciones o dependencia a muchos más objetos o situaciones (incluyendo personas) que las drogas. De hecho, por su constitución biológica, por su programación genética abierta, la especie humana requiere de una dependencia del grupo social en el que nacen sus individuos para que estos se puedan desarrollar, lo que viene facilitado por un largo proceso de maduración (neotenia), mucho más que el de otros animales, en el que ellos pueden ir consolidando sus aprendizajes para llegar a ser adultos. Es decir, que un cierto nivel de dependencia, desde el punto de vista biológico, social y psicológico, es indispensable para existir como humanos; es más, no seríamos humanos sin esta interdependencia mutua que nos constituye como personas, por más que los procesos de individualización que han acompañado el desarrollo de la civilización occidental y las actuales técnicas de gobierno, basadas en el espectáculo, el marketing y la autoayuda, se empeñen en escondérnoslo con la figura del individuo-héroe que es capaz de conseguir todo lo que se propone.

Pero una cosa es esta característica constitutiva del ser humano, y otra distinta que el nivel de dependencia llegue a situaciones como la que hemos descrito en relación con las drogas, o como las que pueden darse en muchos otros campos (el trabajo, el sexo, el juego, el deporte, etc.), que acaben interfiriendo de manera negativa en las vidas de ciertas personas y sus entornos. Es entonces cuando definiríamos estas situaciones como patológicas, aplicándoles el concepto de dependencia o adicción.

Al mismo tiempo, es importante recordar que, por todas las informaciones que disponemos al respecto, son una pequeña minoría los consumidores de drogas que presentan problemas de drogodependencia. Aun teniendo en cuenta de que estamos manejando tipos ideales, y que en la realidad se da una gran escala de grises entre el blanco de un uso de drogas que obtiene los objetivos que se propone, integrado en su medio social y sin especiales problemas personales para quien lo realiza, y el negro de una situación de drogodependencia, una gran mayoría de consumidores de drogas están mucho más cerca del blanco que del negro.

En cambio, desde los planteamientos hegemónicos en las políticas de drogas, de orientación prohibicionista, se intentó asimilar adicción a cualquier uso de **la droga**, que era el concepto que englobaba el conjunto de las drogas ilegales que, como es bien sabido, son muy distintas entre ellas, creando así la negra figura del adicto o drogadicto. Como recordaba en otro texto (Romaní, 2011:94-95):

«... una de las cuestiones centrales que ha replanteado el trabajo etnográfico en drogas es el propio concepto de dependencia. Sus intentos de definición van ligados históricamente a las políticas de control y represión del consumo de determinadas drogas, precisamente aquellas de las que se intenta determinar que "producen dependencia", o sea, las drogas ilegales. Es bien conocido el fracaso de basar en criterios científicos la fiscalización de drogas que se inició a principios del siglo XX y que culminó con el Convenio Único de Estupefacientes de 1961, por la incompatibilidad entre las categorías científicas generales con los mismos límites de la regulación jurídica, que queda claramente ejemplificada en el caso del alcohol y el tabaco "versus" el cannabis y sus derivados (Escohotado, 1989). Creemos que es importante, para situar las cosas en su sitio, recordar el origen político de muchos de los usos del concepto, así como de su popularidad.

Podríamos dividir en tres grandes bloques las perspectivas desde las que se ha intentado definir la dependencia. En primer lugar, las definiciones más institucionales de dependencia, como las de la APA y la OMS, se basan en criterios farmacológicos, epidemiológicos y de diagnóstico psiquiátrico (DSM IIIR, DSM IV, ICD-10), los cuales han sido validados estadísticamente con su aplicación a distintas drogas (Kosten y otros, 1987; Morgenstern y otros, 1994). Por otro lado, desde enfoques psicoanalíticos, y en una posición intermedia entre la ortodoxia referida en el párrafo anterior y lo que nos muestra la etnografía (aunque dependiendo de qué corrientes consideremos dentro del psicoanálisis), podríamos decir que la dependencia es un elemento básico del ser humano, en sus tres niveles constitutivos (es decir, biológico, psicológico y social), por lo que no tiene que suponer siempre problemas personales ni sociales, más allá de los derivados de la propia existencia como humanos (Korman, 1995; Martí, 1996). La dependencia de drogas sería el síntoma de una situación patológica en la que se encontraría un individuo como resultado de diversos factores en los tres niveles mencionados, agravada por los propios efectos farmacológicos de las drogas, de donde se podrían deducir distintas tipologías de análisis [...].

Por último, repasando las distintas investigaciones etnográficas [...], constatamos que en un mismo contexto (no solo macrosocial sino también micro) hay individuos que no consumen ninguna droga y otros que las consumen casi todas; unos y otros pueden compartir las imágenes respecto a las drogas, el conocimiento de los efectos y de los riesgos y otros rasgos socioculturales. Encontraremos consumidores que permanecerán fieles a una sustancia a lo largo de su vida, mientras que otros solo experimentarán con ella; a algunos que las consumen de forma habitual, intermitentemente o con alguna regularidad, sin problemas para divertirse o sen-

tirse bien y otros que las consumen intensamente desde el primer día, sin control, sufriendo por ello en diversos grados. Hay consumidores "adictos" (dependientes) de una determinada droga, durante meses o años, hasta que llega un día en que dejan de consumirla o regulan su consumo, con más o menos dificultades, y con ayuda o sin ella; otros que establecen esta relación con la sustancia porque forma parte, por ejemplo, de una relación afectiva (el triángulo con el amado/a "adicto", que inicia al otro) y cuando el vínculo se rompe se abandona completamente el consumo, tal como suele ocurrir también cuando el consumo de una droga se da en el contexto de la relación terapéutica. Sabemos de otras personas, en fin, que desarrollan este tipo de relaciones que acabamos de ver con cualquier sustancia: todas, sucesiva o simultáneamente, se convierten en el "centro de gravedad" de su vida, todo gira alrededor de la sustancia y del consumo, aunque esto les suponga todo tipo de problemas (Díaz, 1998).»

A finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, existe ya una literatura de tipo etnográfico y antropológico que cuestiona el concepto de dependencia entendido como el efecto universal de unos principios activos farmacológicos sobre ciertas personalidades, sin más, y que propone considerarla desde un enfoque más complejo que, en realidad y con diversos matices, estaría cerca del que hemos expuesto de las interacciones entre contextos-sujetos-sustancias (Blankfied, 1987; Orford, 1990; Peele, 1990; Moore, 1993). Más recientemente, en un libro que recoge distintos trabajos etnográficos realizados en todo el mundo sobre esta cuestión, Raikhel y Garriot (2013) proponen el concepto de ***addiction trajectories*** para dar cuenta de cómo, a lo largo de las últimas décadas, se ha ido construyendo una concepción de la adicción que se puede detectar en la articulación de tres tipos de trayectorias o itinerarios: aquellos de tipo **epistémico**, fundados sobre categorías y conceptos de adicción que han ido cambiando a lo largo del tiempo y a través de distintos campos institucionales; aquellos de tipo **terapéutico**, donde se pueden analizar los distintos tratamientos correspondientes a diferentes marcos culturales y organizacionales; y aquellos procesos **basados en la experiencia de los consumidores** cuyas vidas han discurrido en los terrenos de la adicción, y el análisis de los cuales permite destacar sus subjetividades. La visión conjunta de estos tres ángulos de análisis permite tener un conocimiento denso de este cambiante fenómeno social, reubicándolo a un nivel muy distinto de las explicaciones causales biomédicas más simplistas (principio activo-efecto buscado-repetición-fijación de una dependencia), de tal manera que nos permite saber mejor

qué tenemos entre manos e identificar aquellos elementos que nos pueden ser más útiles en una posible intervención.

1.3. Aspectos históricos, políticos y socioculturales a través de los que se ha creado el campo de las drogas. Naturalización de los conceptos básicos

El caso de la dependencia o adicción, que acabamos de ver, es uno más entre los que conocemos, en el campo de los procesos de salud/enfermedad/atención/prevención en los que, por parte de la biomedicina, ha existido un proceso de naturalización de una serie de elementos históricos de tipo político, social y cultural. Desde la perspectiva de la ciencia pretendidamente neutral y aséptica del modelo positivista clásico, y a partir de unas metodologías universales (cuantitativas, descontextualizadoras de los datos utilizados, serializados en función de las exigencias de la propia metodología y no de los procesos analizados, etc.), aquello que es un producto histórico acaba apareciendo como un fenómeno de la naturaleza con la consecuencia inevitable de dejar fuera de escena –y, por lo tanto, de una posible intervención– aquel tipo de elementos citados más arriba.

Vamos a recuperar algunos de estos elementos en el caso de la definición histórica de los conceptos y las formas de gestión que han caracterizado el mundo de las drogas a lo largo del siglo XX e inicios del XXI, contemplando distintos antecedentes que han facilitado la aparición de las drogodependencias como un fenómeno social, así como los principales modelos que han orientado dichas formas de gestión.

1.3.1. Condiciones de posibilidad de las drogodependencias

Como fenómeno socialmente relevante, las drogodependencias aparecen de forma característica en las sociedades centrales de tipo urbano-industrial del mundo contemporáneo, y por influencia de las mismas, en sociedades subalternas. Generalmente, aunque no de manera necesaria, están asociadas a procesos de urbanización, ya que en estos contextos es donde se dan las condiciones que lo permiten. En efecto, las principales condiciones que han permitido la emergencia de las drogodependencias como fenómeno social las podemos analizar en procesos históricos que empiezan a darse en algunos países como Inglaterra a fi-

nales del siglo XVIII, así como en procesos contemporáneos donde se dan sus principales características de manera comprimida, podríamos decir, sobre todo en países subalternos dentro del conjunto del sistema mundial.

Desde el punto de vista socioeconómico, la expansión del mercado mundial, del capitalismo, y la Revolución Industrial son elementos decisivos de estos procesos. En Europa, el mercantilismo había generado ya un potencial económico que, inducido por diferentes necesidades sociales, se aplicará en una parte decisiva a la consecución de grandes transformaciones tecnológicas (los inventos y sus aplicaciones industriales); este hecho, junto con determinados cambios sociales y políticos, facilitará el crecimiento y la concentración de capitales y posibilitará el desarrollo y la consolidación del capitalismo como sistema económico-social dominante, sobre el cual se basan las grandes sociedades urbano-industriales contemporáneas. El hecho de que la circulación de las mercancías sea una de las bases de dicho sistema lleva a que casi todo se pueda convertir en mercancía y generar unos beneficios, cosa que ocurre también con la mayoría de las drogas, de forma coherente con esta lógica. La producción en serie propiciada por el sistema fabril la encontraremos también en este campo en el que, en el último tercio del siglo XIX, habrá un gran desarrollo de las industrias químicas y farmacéuticas que, por cierto, y de modo significativo, continúan siendo uno de los sectores económicos más dinámicos y saneados que existen.

Por otro lado, el incremento de los transportes y las comunicaciones contribuirá a la expansión del mercado y facilitará que haya drogas que, como tantas otras cosas, sean conocidas y utilizadas fuera del contexto en el que habían sido usadas hasta entonces. Esto tendrá una gran importancia tanto en la modificación como en la masificación de los usos de drogas, pues hay que tener en cuenta que a partir de este momento no solo se transporta el producto en cuestión, sino también noticias, conocimientos, estereotipos, etc. acerca del mismo, lo cual facilitará que su inserción en el mercado se haga acompañada de un conjunto de ideas, argumentaciones, etc. que justificarán o racionalizarán su difusión.

Estos procesos económicos y tecnológicos se dan, desde el punto de vista sociocultural, en los contextos de grandes migraciones y situaciones de desarraigo más o menos profundo, pues hay una significativa concentración de poblaciones que provienen de sitios distintos en espacios –nuevos o radicalmente transformados– como son las minas o las fábricas; de la formación de nuevos grupos y clases sociales, alrededor de una nueva organización del trabajo; de crisis de las pautas tradicionales de comportamiento, de las formas de sociabilidad y, más en concreto, de las formas de control social informal y formal predominantes hasta

el momento; de la aparición de nuevas condiciones de vida urbana, que suponen la remodelación de cosas tan básicas como las relaciones de género, parentesco y vecindad, el ritmo de la vida social, cambios culturales en la percepción del tiempo y el espacio, o la fragmentación de roles sociales que puede jugar un individuo. Desde el punto de vista individual, las tensiones provocadas por la explotación, la alienación o por ciertos estilos de vida urbanos, y la inseguridad que pueden provocar situaciones ante las cuales se dispone de pautas de comportamiento poco claras o incluso contradictorias, pueden encontrar una vía de salida en ciertos usos de drogas.

En algunos países europeos en los que acabará desarrollándose el Estado del Bienestar, funciones que eran ejercidas por la antigua comunidad y/o el grupo familiar fueron trasladándose en parte y de forma paulatina a distintas instituciones especializadas. Una de las consecuencias de este proceso es que no siempre es congruente la socialización que han recibido los individuos en el seno del grupo familiar, de vecinos o de amigos, con la que recibirán en el seno de distintas instituciones como por ejemplo la escuela, el trabajo o el sistema de salud; pues mientras estas últimas tienden a la retransmisión de los valores culturales más hegemónicos, las primeras suelen responder a una heterogeneidad sociocultural notable. Hay realidades sociales muy distintas, a las cuales suelen corresponder determinadas escalas de valores que, por lo menos en su totalidad, no acostumbran a coincidir con las hegemónicas, por más que estas últimas sean asumidas, de algún modo (cómo y hasta qué punto es otra cuestión), por una mayoría de grupos sociales.

1.3.2. El proceso de medicalización

Un aspecto especialmente interesante para entender cómo se ha llegado a la definición actual de las drogas es considerar la influencia que ha tenido en ella el proceso de medicalización. A lo largo del último siglo se desarrolla lo que Menéndez (1990) ha denominado el **modelo médico hegemónico**, bajo el cual muchos conflictos sociopersonales que no eran abordados por los médicos se han ido transformando en problemas médicos sobre los que se ha intervenido, sobre todo, desde una óptica biologista e individualista. Desde finales del siglo XIX, los descubrimientos en microbiología, que sitúan las causas inmediatas de las enfermedades en agentes microbianos –lo que permite atacarlos con fármacos más o menos específicos–, orientan a la corporación médica a dejar en un segundo plano la tradición higienista de la medicina culta occidental, para la cual las causas am-

bientales de la enfermedad como las condiciones de las aguas, los aires, las viviendas, la alimentación, etc. eran fundamentales, y ofrecer al Estado un sistema basado en una rápida eficacia técnica y, producto de esto mismo, simbólica. Este sistema, que permite obviar las raíces sociales, culturales y políticas de la enfermedad, así como reincorporar con relativa rapidez a los trabajadores enfermos al trabajo, asegura a la corporación médica un monopolio sobre el campo de la salud del que hasta entonces no habían gozado, pues estaba en competencia directa con otros tipos de «adivinos» y «prognósticos» como curanderos, sanadores, etc. La introducción de la receta es un elemento de poder que tiene cierta eficacia simbólica al identificar lo escrito con lo científico, es decir, con el Saber en mayúscula, y distanciarlo, a su vez, de lo oral, que se identifica con lo popular y, en definitiva, con la ignorancia. La eficacia se afianzará posteriormente, tanto a nivel simbólico como técnico, con el desarrollo del modelo hospitalario, una de cuyas características básicas es su organización alrededor del uso de diversas tecnologías, entre las que el medicamento tiene un papel central. Y todo ello articulado a unas ideologías científicas que caracterizarán a la **utopía moderna**, es decir, la creencia en que el progreso basado en la ciencia nos garantizará el control casi absoluto del mundo, tanto natural como social (Romaní y Comelles, 1991).

Si tenemos en cuenta todos estos elementos, sociopolíticos, tecnológicos e ideológicos, a los que nos acabamos de referir, podremos entender mejor que la lógica de fondo de que «ante cualquier problema, el consumo de un determinado producto te lo puede solucionar» forma parte de los aprendizajes que la población de nuestras sociedades, de manera sincrética con otras tradiciones culturales (como la del consumismo, asociada al desarrollo del mercado masivo) o contraculturales, puede utilizar como guía, refuerzo, inducción, etc. para unos usos de drogas, institucionalizados o no, instrumentalmente finalistas. El hecho de que en ocasiones no se consiga el objetivo perseguido, no es obstáculo para que ciertas personas no vayan instituyendo una conducta de reiteración de consumo de la sustancia que puede acabárseles convirtiendo en un problema, que situaríamos en el campo de la drogodependencia (Romaní, 2004).

1.3.3. La creación de un problema social

Pero al mismo tiempo que se producían estos procesos, había también unos factores más estrictamente ideológico-políticos que hay que mencionar. El dinámico desarrollo de las sociedades urbano-industriales capitalistas se ha basado

sobre la racionalidad tecnocrática, uno de cuyos aspectos sería la existencia de procesos racionales que permiten prever, planificar, etc. y a través de los cuales los especialistas y expertos de distinto tipo pueden intervenir sobre muchos aspectos de la realidad, incluso los que no son meramente instrumentales, para orientarlos en una u otra dirección (Max Weber, 1992). Esto ha implicado la definición de ciertas áreas de la realidad social, y no de otras, como problemas sociales, incluso independientemente de lo que se aprecie a través de indicadores tan consensuados de problematicidad como pueden ser, en estas sociedades, los índices de mortalidad o de morbilidad. Lo cual nos ilustra, de paso, sobre el carácter político de dichos problemas sociales, que se basan en la censura moral de ciertas categorías, es decir, en ciertas preferencias morales. Evidentemente, siempre hay una opción en resaltar o enmascarar conflictos, reales, potenciales o supuestos.

Así, **el problema de la droga**, en determinadas épocas (principalmente la década de los ochenta y noventa del pasado siglo) llegó a ser definido como uno de los primeros problemas mundiales, cuando, si nos atenemos a los índices de morbimortalidad, la comparación de sus efectos negativos con los de la pobreza infraestructural, la persistencia de las formas de explotación humana más brutales, las guerras, las violencias políticas o sexuales, el saqueo sistemático de amplias zonas naturales (¡población incluida!), la siniestralidad laboral o los accidentes de tráfico, por poner solo algunos ejemplos, situaría los problemas relacionados con las drogas mucho más abajo en una escala de gravedad de problemas. Otra cosa es que, en gran parte a causa del mismo **sistema de control** de las drogas existente, ciertos usos de algunas de ellas se han imbricado con algunos de los problemas citados. En definitiva, estamos ante un caso típico de creación de un problema social.

Una cuestión complementaria a la anterior es que los distintos problemas sociales así definidos atraen hacia su gestión a antiguos expertos en campos afines, que se reciclarán debidamente, o bien generarán la creación de los nuevos expertos correspondientes. Y un dato a retener es que, a partir de este momento, el devenir del problema social no se podrá entender sin tener en cuenta también (aunque no solamente) el devenir de dichos expertos, es decir, al campo profesional que se ha creado en torno al problema.

1.3.4. Los modelos de percepción y gestión de las drogas

Una vez vistos estos antecedentes, veamos ahora los principales modelos desde los que se ha construido el paradigma básico del **problema de la droga**, es

decir, el prohibicionismo, basado en la fiscalización de determinadas sustancias, que eran las que se denominaban como drogas, de las que se prohibía su cultivo, comercialización y consumo. La definición del concepto unificado y estigmatizante de droga, hegemónico hasta ahora, se origina alrededor de 1900 en Estados Unidos, con el inicio del control del opio en Filipinas, así como también durante los años de Gran Guerra en Europa. Las principales argumentaciones que justificarán dicho control serán las de la protección del débil (los «salvajes» de ultramar, los trabajadores metropolitanos, sobre todo mujeres y niños, etc.) a partir de criterios morales basados en el puritanismo, el clasismo y el etnocentrismo. La expansión del prohibicionismo, dadas las dificultades con que se encontraba, va a la par con las transformaciones discursivas más superficiales de sus argumentos principales, tal como puede observarse a través de los principales convenios y conferencias internacionales que van desde La Haya (1912) hasta Nueva York (1998). La transparencia (desde el punto de vista político-moral) de los pronunciamientos de los primeros «empresarios morales» de la «lucha contra la droga» fue paulatinamente transformada y envuelta en argumentaciones con lenguaje científico, referidas sobre todo a la salud, que lograron ampliar el consenso sobre la necesidad de aquella lucha.

El **modelo penal** es el que se construye a partir del momento histórico señalado en el punto anterior. Es decir, una vez decidido que la forma de abordar el comercio y consumo del opio en Filipinas sería a través de la prohibición, esto se concretó legalmente con la inclusión de las actividades referidas a su cultivo, distribución y consumo dentro del sistema penal norteamericano. El mismo camino siguieron otras drogas, como la cocaína, el alcohol (aunque en este caso la situación duró poco más de una década) o la marihuana, hasta finales de los años treinta; para volver a dinamizarse las ilegalizaciones de otras drogas a partir de los años sesenta, paralelamente al auge de los movimientos contraculturales y antiautoritarios del momento. Esta misma línea también fue adoptada, vía convenios internacionales y de forma progresiva, por la mayoría de estados contemporáneos (Escohotado, 1998).

Así pues, **la droga** (en exclusiva, todas las heterogéneas sustancias fiscalizadas que se incluyen dentro de las distintas listas a las que se refieren los convenios, ni más ni menos) y todo el entramado que la rodea pasa a ser considerada como un delito: cultivo, distribución, compra-venta, propaganda, consumo, etc. Los actores e instituciones sociales legitimados para intervenir serán entonces, de acuerdo con este enfoque jurídico y represivo de la cuestión, los policías, los jueces, las cárceles y los correspondientes burócratas de las agencias –nacionales e interna-

cionales– de control de drogas. La inclusión en el ámbito penal de muy distintas actividades (de tipo médico, lúdico, religioso, etc.) relacionadas con lo que a partir de esta situación se definirá como **droga** supone la estigmatización de muchas de estas actividades, así como la creación de una categoría, la del **drogadicto**, que será encarnada por un hombre urbano, joven, de aspecto tenebroso, vamos, un personaje digno de toda sospecha. Se trata de la creación de una imagen cultural que forma parte del proceso de criminalización de algunas drogas; imagen que, en distintas situaciones históricas concretas de, sobre todo, el último tercio del siglo XX, ha contribuido a una cierta ampliación del consenso en torno al poder político, que ha sido muy útil para ejercer el control «duro» de poblaciones afectadas por la imposición del neoliberalismo (Romaní y otros, 2003).

El sistema de control de las drogas ha quedado así establecido por toda una trama de instituciones, expertos y políticas oficiales que se han ido desarrollando en una relación simbiótica con las transformaciones culturales pertinentes, no solo en el ámbito de las drogas, sino también en valores básicos respecto a lo deseable o no, a la importancia de la salud, a los derechos individuales y sociales, etc. Algunos de los principales efectos perversos de este modelo, como son la dinamización de un potente mercado informal de drogas, con sus correspondientes redes de comerciantes ilegales y sus secuelas de corrupción, violencia, la arbitrariedad de sus distintas aplicaciones, etc., es decir, esto que conocemos con el nombre de **narcotráfico**, no deja de ser una parte intrínseca de este mismo modelo, cosa que conviene no olvidar cuando intentamos discernir ante qué tipo de mecanismo de control social nos encontramos. De hecho, en la actualidad conocemos ya muchas evaluaciones sobre dichos **efectos perversos**, que son tantos y de tal calibre en vidas humanas, derechos humanos, salud pública y cohesión social, que exigirían un desmantelamiento del mismo de arriba abajo, empezando por la legalización de todas las drogas de cara a poder gestionarlas con un control público que tendiera a minimizar sus aspectos más negativos y a permitir el disfrute de sus aspectos más positivos.[2]

2. Ver las primeras propuestas en este sentido, ambas del año 1989: González, C.; J. Funes, S.; González, I.; Mayol; Romaní, O. (1989). *Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*. Barcelona: Grup IGIA. Y Varios autores (1989). *Propuesta alternativa a la actual política criminal sobre drogas*. Málaga: Instituto de Criminología de la Universidad de Málaga. Así como un texto de síntesis de las principales evaluaciones a las que nos referimos en Miró, G. (2014). «Daño social y políticas del Estado: un análisis de las políticas de drogas como causantes de grave daño social». *Revista Crítica Penal y Poder* (núm. 7, págs. 149-178).

Modelo médico. El control sobre el uso de algunas sustancias a las que, desde la construcción del problema social de la droga, denominamos como tales, es anterior a la historia del prohibicionismo, aunque los protagonistas y el carácter del control son muy distintos. En toda la humanidad ha existido y continúa existiendo el uso de algunas drogas como uno de los elementos presentes en los procesos de autoatención[3], pero el desarrollo de los estados ha mostrado la tendencia a ejercer algún tipo de control sobre estas sustancias por parte de los expertos correspondientes (Ackerknecht, 1985). A los médicos de Roma, de Bizancio o de las ciudades-estado del Renacimiento italiano se les reconocía –aunque de forma muy relativa– esta capacidad de control, así como a los farmacéuticos de todos los territorios del reino de Aragón a partir del siglo XV, pero no será hasta finales del XIX cuando se empezará a conseguir, por parte de la corporación médica de la moderna **medicina bacteriana**, el monopolio del ámbito de la enfermedad.

La biomedicina, pues, empezará a tratar algunos de los problemas sanitarios relacionados con determinados usos de drogas, y mantendrá unas ambiguas y contradictorias relaciones con el modelo penal, normalmente de subordinación, hasta los años setenta. En este momento, y en parte debido a que el modelo penal no conseguía lo que decía pretender, sino que se podía constatar lo contrario (es decir, que las drogas no desaparecían de la faz de la tierra sino que incrementaban su presencia en ella de forma notable), recobra importancia el modelo médico, aunque muy influenciado todavía por el penal: se plantea que hay que considerar al drogadicto como un enfermo, pero sin cuestionar cómo se define la figura social del drogadicto. A esto se llegará más tarde, en gran medida a partir de la propia práctica de atención socio-sanitaria.

Esta asimilación del drogadicto a un enfermo implica considerar que, como cualquier enfermo en la biomedicina institucional, este debe ser sometido a un diagnóstico, a una terapia que muchas veces requiere la prescripción de determinados fármacos, además de otros aspectos, y a la convalecencia correspondiente; todo ello a través de una relación individual médico-paciente en la que quien tiene el saber y, por tanto, la capacidad de decisión, es siempre el primero. Lo cual supone, en muchas ocasiones, la institucionalización del «drogadicto» en los dispositivos que se consideren adecuados (del psiquiátrico a la comunidad terapéutica) y, posteriormente, la persistencia de su etiquetamiento como toxicómano o

3. La autoatención se refiere a aquellas formas de gestión que, en los procesos de salud/enfermedad/atención/prevención, piensan y realizan las personas en el contexto de sus grupos primarios de relación (parentesco, vecindad, amistad, etc.).

extoxicómano, con la ambigüedad del concepto que señala tanto una reinserción social más o menos conseguida como una cierta situación de cronicidad.

En la creación de este segundo modelo fue decisiva la figura de L. Lewin que, a caballo entre los siglos XIX y XX, desde su gabinete centroeuropeo de farmacólogo y antropólogo, elaborará –tanto a partir de su trabajo clínico con morfinómanas, principalmente, como de las informaciones sobre usos de drogas recogidas de viajeros de distintas partes del mundo– los principales conceptos que todavía hoy en día sirven para definir el fenómeno desde el punto de vista admitido como científico y aplicado a la clínica: dependencia, tolerancia, abstinencia, clasificaciones de las distintas drogas a partir de sus efectos farmacológicos en el sistema nervioso central... La influencia de su obra, facilitada por una cierta tradición intervencionista de la medicina europea, persistirá a través de la evolución de dichos conceptos que podemos constatar en manuales de referencia para la salud mental, como son los DSM –III, IV, IV–R. y V. (Comas, 1986; Greenwood, 1984).

Aunque estos dos modelos se presentan a veces como alternativos, sobre todo por parte de los sostenedores del segundo, en realidad sus formas de articulación en los distintos contextos sociales y culturales son las que definen las ideologías y las prácticas dominantes actualmente en el campo de las drogas, siendo las referencias básicas del paradigma prohibicionista, por lo que, en muchos casos, la articulación de los modelos penal y médico ha supuesto una doble estigmatización para ciertos usuarios y/o dependientes. Pero en estos últimos años, y en relación principalmente con los efectos perversos del modelo penal que acabamos de citar, se han presentado incompatibilidades entre este y el modelo médico que pueden significar un replanteamiento de la utilidad del primero de ellos. También desde los sectores sanitarios se buscan alternativas que acostumbran a centrarse, hoy por hoy, en el desarrollo de políticas de reducción de riesgos y daños, como veremos más adelante.

Ello viene a sumarse al cuestionamiento, no solo del enfoque que se daba a la intervención sobre drogas, sino al de la biomedicina en general, por parte de algunos sectores médicos, en general progresistas, y con cierta capacidad de influencia en un momento histórico determinado (OMS, Declaración de Alma-Ata 1978), que planteaban que aquella era un tipo de intervención que, para la gestión de problemas de salud pública, no era el más adecuado y resultaba caro y poco eficaz. En el caso de las drogas, además, se planteaba que, siguiendo la lógica del modelo biomédico, se tendría que medicalizar a toda la **sociedad intoxicada** pero que, incluso de esta manera, nada aseguraba el éxito desde el punto de vista estricto de la salud de la población. El problema se sitúa entonces en una

óptica en la que los componentes socioculturales adquieren un relieve determinante (Edwards y Arif, 1981).

Modelo sociocultural. De ese modo, nos encontramos con la emergencia de este tercer modelo, con una progresiva influencia, pero que se da también articulado a los dos anteriores. Este tenía sus bases en los estudios de los etnobotánicos de los años treinta y cuarenta (R. Heim, 1963; W. LaBarre, 1974; Wasson, 1993) principalmente sobre distintas drogas en sociedades primitivas, y en las monografías antropológicas que centradas sobre todo –aunque no exclusivamente– sobre alucinógenos y complejo chamánico, se desarrollaron ya hacia la década de los sesenta, al calor de la influencia de la contracultura (Lévi-Strauss, 1979; Harner, 1976; Furst, 1980). Hacia finales de la década posterior se empezó a consolidar el surgimiento de un **nuevo problema**, el de **la droga**, que estimuló una línea de investigaciones transculturales en este terreno que se vino a sumar a los estudios etnográficos y socioantropológicos sobre distintos **mundos de drogas** que, desde finales de los años cuarenta y en la estela de las orientaciones sociológicas derivadas de la Escuela de Chicago, se desarrollan no ya en el que se consideró, durante años, el terreno propio de los antropólogos, las sociedades primitivas, sino también en las de tipo urbano-industrial (Waldorf, 1980).

Estas aportaciones permiten cuestionar la perspectiva de **la droga como problema** como única forma de abordaje del tema, y desbloquear la perspectiva etnocéntrica en la que la habían encerrado los dos otros modelos. Del mismo modo que, a partir sobre todo de los trabajos de la década de los ochenta en antropología de la medicina, se llega a plantear que el sistema biomédico hay que analizarlo como otro sistema cultural presente en nuestras sociedades, al mismo nivel y con el mismo grado de legitimidad que lo hacemos con los sistemas médicos tradicionales y/o populares (Good, 2003), también la propia **construcción social de la droga** se convierte en objeto de estudio, que es tal como lo estamos planteando en este texto.

2. Juventud y drogas: ciencia y moral

2.1. La juventud, una clave de interpretación de las sociedades: jóvenes y adolescentes

Qué sea la juventud, contra lo que pueda parecer, es una cosa que no está muy clara. Son muchas las miradas existentes sobre ella, lo cual lo podemos conside-

rar como un elemento significativo del rol que esta ejerce en nuestras sociedades, pues a través de la consideración que tengamos sobre ella transmitiremos también nuestras posiciones sobre la vida, nuestras cosmovisiones y valoraciones sobre cómo es el mundo. Las posiciones morales acerca de la bondad o la maldad de la juventud y de los jóvenes nos sitúan de una determinada manera. Cuando la gente acostumbra a comparar la experiencia vital de su propia juventud con la de sus iguales o diferentes en edad para adjuntar valores positivos o negativos acerca de la juventud, ya sea la actual, la de antes o la de un probable futuro, en realidad están valorando el mundo en el que viven.

Por eso decíamos que eso de la juventud no está muy claro. Porque esas posiciones valorativas sobre ella no se dan solo en las conversaciones coloquiales que discurren en contextos informales, sino que cuando analizamos muchos textos supuestamente especializados sobre la juventud también nos encontramos con lo mismo. Y lo peor, en este caso, es que muchos de estos discursos pretenden enmascarar determinadas opciones morales, bien legítimas como tales, detrás de una jerga supuestamente científica, lo cual ya no nos parece tan legítimo. En el caso de la salud, y especialmente de las drogas, esto se ha dado con profusión.

Pero no adelantemos acontecimientos. Es lógico que desde los diferentes intereses por los cuales se quiera hablar de la juventud, ya sean los de los educadores, los técnicos, los políticos, los padres, los investigadores o los propios jóvenes, esta se defina de formas distintas. Así, desde la Administración o la acción pública (que también puede ser llevada a cabo por entidades privadas) hay cierta tendencia a barajar límites acerca de cuándo se empieza y se termina este periodo, y a desarrollar un largo e interminable discurso acerca de la preadolescencia, la pubertad, la adolescencia, la posadolescencia y la prolongación del tiempo de juventud. Desde este punto de vista, la juventud en las sociedades actuales tiende a prolongarse hasta los confines de los treinta y cinco años, con lo cual la cohorte de edades estadísticas sería cada vez más amplia, aunque finalmente se acaba distinguiendo entre jóvenes adolescentes y jóvenes adultos.

Estas precisiones no son una cuestión intrascendente, ni para los técnicos o políticos que tienen que trabajar con jóvenes, ya que los recursos y ofertas disponibles van a referirse a un colectivo definido por las edades; ni tampoco para el estadístico, que tiene que confeccionar una muestra representativa, y tendrá que justificar ciertos criterios si de lo que se trata es de desarrollar un discurso acerca de las necesidades de los jóvenes. La división entre adolescencia y juventud o la división por grupos de edad proviene precisamente de ahí, y obedece a la prepon-

derancia de la llamada representatividad en las técnicas de muestreo y encuestas a la Juventud (Casal y otros, 2004).

Pero ¿cómo abordamos el tema, qué entendemos por juventud desde las ciencias sociales? En un texto que elaboramos hace unos años planteábamos que:

> «la raíz de la confusión conceptual proviene de mezclar el concepto de juventud con la situación social de los jóvenes en la actualidad; entendemos que conviene distinguir "juventud" como tramo de un proceso biográfico y vital, de "jóvenes" como individuos que están en tal tramo del proceso biográfico y vital. Es decir, que una cosa es la condición de ser joven, o sea, la naturaleza de la juventud, y otra la situación social en la que los jóvenes desarrollan el proceso biográfico y vital en la diversidad: bien por constricciones biológicas, bien por constricciones familiares, bien por constricciones del período, bien por constricciones de las instituciones. Esta distinción –meramente conceptual– distingue entre lo específico de los/as jóvenes, básicamente el itinerario escolar-profesional y el itinerario familiar, y las condiciones en que estos desarrollan la juventud: con más o menos logro, en situación favorable o desfavorable, con inhibición o implicación de los agentes sociales, con posicionamientos institucionales claramente diversificados, etc. Normalmente hay una gran confusión derivada de mezclar indistintamente "la naturaleza social" de la juventud, como tramo o proceso de adquisición y enclasamiento, con la situación social, y diversa, con la que los/as jóvenes afrontan este proceso, es decir, su situación social en una zona y momento determinado. El elemento diversidad puede que sea un buen antídoto acerca de tentaciones generalistas de lo "juvenil": diversidad en los períodos históricos, diversidad entre los mismos jóvenes, diversidad en identidades y diversidad geopolítica. De ahí que las ciencias sociales pretendan articular la naturaleza de la juventud con la condición social de los jóvenes atendiendo a su diversidad social.»
>
> O. Romaní (coord.) (2010). *Jóvenes y riesgos, ¿Unas relaciones ineludibles?* (pág. 17).

Dada la dimensión interdisciplinar del concepto de juventud, sintetizábamos en tres las principales concepciones acerca de ella:

1) **El integracionalismo**, relacionado con las corrientes funcionalistas, basado en la hipótesis de la moratoria, según la cual los jóvenes están en una especie de compás de espera hasta que lleguen a la toma de responsabilidades de los adultos. Esto significaba una visión más bien negativa de la juventud, en la que se priorizaba la socialización como un tema clave de la misma, la cual podía abocar, a través de la meritocracia, a una adaptación a la sociedad de mercado o bien, si fallaba, a la marginalidad social de algunos jóvenes.

2) Después de la Segunda Guerra Mundial, la consolidación del Estado del Bienestar, relacionada con cambios socioculturales como la secularidad y el libre albedrío, fundamentaron el paradigma de la igualdad social, lo que llevó a las **tesis de la reproducción social**, donde se destacaban las perspectivas acerca de la tensión social y del conflicto, sea de clases sociales, sea de edades. La ruptura generacional, la juventud como una nueva clase social ascendente, su rol en la producción de nuevas formas de pensar y expresarse, configuraban una visión positiva de la juventud. Esta perspectiva se relacionaba tanto con el neomarxismo y el nuevo estructuralismo, como con el conflictualismo weberiano.
3) Pero las radicales transformaciones del Estado del Bienestar con la emergencia del capitalismo informacional y la globalización hizo entrar en crisis los paradigmas anteriores y empezó a destacarse el **biografismo**, surgido del constructivismo social, que desarrolla el análisis de los itinerarios y las trayectorias de los jóvenes a través de sus contextos de vida. Se trata de un paradigma a la vez muy crítico con el papel de las instituciones, y muy centrado en la toma de decisiones y en las constricciones derivadas de las desigualdades sociales (Walter y Stauber, 2002).

Actualmente, pues, los estudios sobre juventud contemporánea no se ciñen tanto a la hipótesis de la moratoria (sus defensores tienen que pasar del símil de la sala de espera al símil de la sala de estar), ni a la hipótesis de la confrontación generacional (sus defensores tienen que pasar del símil de la «nueva clase ascendente» al símil de la «nueva condición juvenil»), sino que se ciñen más a la perspectiva de los itinerarios sociales de jóvenes en transición profesional y familiar, al sentido e interpretación de formas de ajustes a los logros o a formas de marginalidad social, y al estudio de sus formas (organizativas, expresivas...) como metáforas (Feixa, 1993 y 2006; Casal y otros, 2006; Pérez Islas y otros, 2008).

Aunque en los párrafos anteriores hemos citado alguna vez la adolescencia, creo que debemos especificar también a qué nos referimos con este concepto surgido en el campo de la psicología evolutiva, una categoría que formaría parte de la juventud y que, como ella, es producto de unas sociedades determinadas. Ni la juventud ni la adolescencia son universales; si se ha podido afirmar que la juventud aparece con la máquina de vapor, también podemos decir que la adolescencia (y sus correspondientes sufijos pre- y post- que van apareciendo de forma progresiva) aparece con la sociedad de consumo. Se entiende por **adolescencia** la etapa de transición de la infancia a la condición de persona adulta, por lo que se relaciona con la pubertad, aunque se trata de dos categorías distintas:

mientras esa última se refiere al desarrollo físico de los humanos, la adolescencia implica otros aspectos, y no solo psicológicos, sino también sociales y culturales.

Tanto la adolescencia como la juventud son, pues, construcciones sociales de nuestras sociedades contemporáneas, y para entenderlas hay que partir de la diversidad que antes mencionábamos. En realidad, cuando generalizamos se debería hablar siempre en plural de adolescencias y juventudes, y cuando queremos acercar un poco más la lente para entender qué es eso de la adolescencia (y, más aún, cómo puede ser un/a adolescente en concreto), no debemos olvidar que esta existe en función de un contexto determinado; por lo tanto, las variables principales a considerar serían las del **origen social**, por un lado, y las que tienen que ver con la **reacción social**, por el otro. Es decir, cómo se sitúa en la red de interrelaciones con los iguales, que se convierten en los referentes más significativos en este periodo, y cómo en relación con las respuestas de las instituciones y demás esferas del mundo adulto.

2.2. Apuntes sobre los riesgos

En sentido estricto, el **riesgo** se suele definir como aquella acción o situación a partir de la cual existe la probabilidad de que se deriven ciertos perjuicios o daños que no se desean. Pero en realidad, muchas veces se hace un salto y se habla de riesgo para referirse directamente, bien sea a las consecuencias negativas de una determinada acción o situación, bien sea en la identificación del riesgo con el peligro o el daño. Es decir, aquí nos saltamos el nexo de la probabilidad, para postular una relación causa-efecto entre acción/situación y efecto negativo.

Como hemos visto ya en conceptos anteriores, esta confusión proviene del intento de **naturalizar** el tema obviando sus raíces históricas y políticas y otorgándole una pretendida **universalidad**, siguiendo el modelo positivista de las ciencias naturales. Pero en realidad, el concepto de riesgo nace en un contexto determinado, que es el de la salud pública, que se desarrolla sobre todo en los inicios del siglo XX, preocupada fundamentalmente por la prevención. El riesgo se convierte en el centro de esta **ciencia de la prevención** que nos habla de factores de riesgo, los estandariza para poder medir, establecer correlaciones entre ellos, etc., dando por descontada su validez universal.

Pero el impacto de este planteamiento en la vida social ha resultado ser limitado pues, básicamente, la prevención está enfocada, por un lado, a los **riesgos ambientales** y, por otro, a los riesgos ligados a los **estilos de vida**; en salud públi-

ca, estos suelen entenderse como conductas que caracterizan a una persona (como fumar, por ejemplo), suponiendo que una educación sanitaria permitirá cambiarlos y alcanzar un mejor nivel de salud. Pero resulta que, tanto en un caso como en el otro, si no nos referimos a las condiciones materiales e ideológicas de existencia de una sociedad en un momento histórico determinado, nos quedaremos con un discurso tal vez autolegitimador pero poco práctico. ¿Cómo podemos hablar de la salud ambiental sin plantearnos los problemas económicos y políticos de las grandes instalaciones industriales, como las nucleares? ¿Cómo podemos hablar «de estilos de vida saludables» sin referirnos a las desigualdades sociales, la pobreza o el consumismo?

Vemos pues cómo el par riesgos-salud nos remite al ámbito de las estructuras, dinámicas y relaciones sociales, y de los significados culturales. Veamos, entonces, sintéticamente, cuáles serían actualmente las tres corrientes principales sobre el riesgo en ciencias sociales (Romaní, 2010):

> «1) *La sociedad del riesgo* (Giddens, 1997; Beck, 1998). Sería la más conocida, y es la conceptualización con la que uno de dichos autores habría caracterizado las sociedades de la "modernidad avanzada". Muchos de los problemas que se plantean en ellas se han intentado solucionar a través de la tecnología, que ha sufrido un desarrollo espectacular, mediante el cual podríamos decir que se ha intentado controlar el mundo. Pero a medida que se producía este desarrollo, también se iban poniendo en evidencia los riesgos que conllevaba, lo cual fue extendiendo en toda la sociedad una cierta conciencia de la imprevisibilidad de sus consecuencias y configurando un tipo de organización social en que una de las distinciones claras entre los grupos sociales serían sus distintas posiciones respecto a los riesgos inherentes a dicho desarrollo tecnológico.
>
> 2) *Enfoque político-cultural* (Douglas y Wildawsky, 1982; Castel, 1984). Agrupamos en este epígrafe a autores que, aunque sea a partir de énfasis e intereses temáticos distintos, coinciden en la idea de que en todas las sociedades la construcción social del riesgo se hace a partir de criterios culturales, morales y políticos. En muchas de ellas, se reconoce explícitamente que hay que actuar de este modo para conjurar los riesgos que las amenazan. Pero en el contexto de la modernidad y en las sociedades contemporáneas, se pretende obviar esta realidad presentando la gestión del riesgo como resultado de distintos "discursos expertos" que se amparan en la legitimidad institucional de la que emanarían sus dictámenes "científicos y objetivos". Cuando analizamos a fondo las funciones y los roles sociales de dichas instituciones y expertos, los procedimientos, muchas veces estrechamente positivistas, en los que basan sus posiciones, qué significan estas posiciones en términos de relaciones de poder, cómo, de forma

directa o indirecta, contribuyen a alimentar (o combatir) ciertas visiones del mundo, y otros elementos estructurales que condicionan la construcción social del riesgo, vemos aparecer por todas las costuras aquellos criterios culturales, morales y políticos; lo que pasa es que, en este caso, su reconocimiento deslegitimaría sus discursos en relación con el "cientifismo democrático", como podríamos llamar a una de las ideologías hegemónicas de nuestras sociedades occidentales, y a la cual tanto han contribuido dichos expertos.

3) *Constructivismo social posfoucaultiano* (Lupton, 1993; Tulloch y Lupton, 2003; Duff, 2003). En este caso la "gestión del riesgo" se sitúa en el marco de la gubernamentalidad. Analizan el riesgo dentro del conjunto de técnicas de control social, cuando este control ya no se basa tanto en las instituciones de control coercitivo como en la gestión de la estimulación permanente de los deseos en el contexto del dominio ilimitado del mercado y de las ideologías que justifican su posición dominante. Estos autores, pues, conciben el riesgo como *agency*, y destacan la capacidad activa del riesgo en las sociedades de la modernidad neoliberal.»

O. Romaní (coord.) (2010). *Jóvenes y riesgos, ¿Unas relaciones ineludibles?* (págs. 23-24).

2.3. Adolescencias, riesgos, salud y drogas: ¿dónde están los riesgos?

Es evidente que existen unas relaciones entre los términos que constituyen el título de este apartado, pero me temo que muchas veces el carácter de esas relaciones no es precisamente el que se suele predicar en los discursos hegemónicos sobre el tema. Empezaremos con una observación que, muchas veces, de tan obvia, se suele olvidar:

«Ser adolescente es una condición de riesgo para los riesgos. El esquema podríamos decir que es muy simple. Gestionar un riesgo supone, en primer lugar, percibir previamente los efectos implicados en una conducta y este no es el caso adolescente, ya que se acerca por primera vez a muchos de esos comportamientos y suponen para él un descubrimiento. Después supone aplicar a la conducta arriesgada un bagaje experimental y argumental, que el adolescente está, en todo caso, en proceso de adquisición. Finalmente, el impacto de las conductas arriesgadas (normalmente conductas con singular efecto en el mundo psíquico) suele ser proporcional al grado de estabilidad y

> control emocional que el actor tenga. Tampoco parece que la adolescencia sea una etapa de estabilidades.»
>
> J. Funes (2009). «Adolescentes y drogas: el debate de los "riesgos"». En: Varios autores. *Problemas de drogas, aquí y ahora* (págs. 317-318).

Estas características que se plantean como inherentes a la adolescencia hacen que esta, y por extensión, la juventud, se presenten como una categoría que necesita protección por parte de la sociedad, que se suele vehicular a través de las instituciones educativas, de tiempo libre, etc. Pero ¿qué significa protección? Aquí es donde se producen confusiones, pues en lugar de partir del análisis de las situaciones concretas en las que se pueden encontrar las/os adolescentes y jóvenes, muchas veces se proyectan sobre ellos los miedos, proyectos y frustraciones de la sociedad adulta.

En un interesante texto sobre la salud de los jóvenes españoles, Domingo Comas aplica al análisis del tema la perspectiva de Bourdieu sobre el desarrollo de las funciones sociales del campo de la salud:

> «Se trata de seleccionar determinados temas, que se refieren a comportamientos pero que a la vez se asocian a problemas de salud (en algunas ocasiones graves, pero en otras más ficticios), para introducir un relato, un discurso social, que permita llamar la atención y disciplinar a la gente joven que adopta conductas y comportamientos rupturistas o innovadores.»
>
> Comas, D. (2008). «Estado de salud de la juventud». *Informe Juventud en España 2008* (pág. 21).

Se trataría de la manifestación específica de un fenómeno universal, como es el de prevenirse contra la transgresión de las normas (a veces real, muchas otras supuesta) por parte de la juventud, que en nuestras sociedades contemporáneas se expresaría a través de un tema cultural hegemónico como es el de la preservación de la salud, una exigencia tan importante que hace que cualquier desviación de la misma, por mínima que sea, se plantee como intolerable y «peligrosa para la juventud».

A partir del análisis de las publicaciones, investigaciones, folletos y demás materiales sobre la salud juvenil que este autor ha hecho, …

> «podemos ver cómo las drogas ilegales ocuparon el primer lugar en la década de los años ochenta, después apareció una etapa muy relacionada con las ITS, para reforzarse

a continuación el tema del alcohol (por la vía del "botellón") y en paralelo se consolidó, entre 1998 y 2006, el tema de "anorexia y bulimia". Desde hace años la cuestión de las "adicciones a las nuevas tecnologías" intenta ocupar este lugar central, pero no lo consigue quizá porque es una posible patología muy marginal y coyuntural.»

Comas, D. (2008). «Estado de salud de la juventud». *Informe Juventud en España 2008* (pág. 22).

Los datos disponibles nos revelan que, en efecto, en muchas ocasiones estos problemas existen, pero acostumbran a tener una presencia real muy minoritaria entre la juventud. A pesar de ello provocan una cierta angustia, principalmente por dos motivos: porque en la España de los años ochenta y noventa del pasado siglo era la primera vez en muchos años en que, efectivamente, la salud de una parte significativa de los jóvenes empeoró, con la difusión de los problemas de drogas y del sida; y porque se trata de una sociedad en la que los jóvenes, cada vez más escasos, son el bien más preciado de garantía de futuro, y hay que cuidarlos como oro en paño.

Tanto en el caso del estudio de Comas (2008) como en los de Romaní (2006) y Espluga (2010), estos dos centrados en Cataluña, se puede ver que, en general, la salud de los jóvenes es notoriamente buena, si nos atenemos a los indicadores demográficos y epidemiológicos básicos (baja mortalidad infantil, alta esperanza de vida, alta funcionalidad corporal, buena autopercepción de salud...). Pero hay unos factores sociales de tipo estructural que inciden negativamente en este cuadro, como son las desigualdades sociales (de clase, de género...) relacionados con los modelos culturales hegemónicos (sobre todo, ciertas expectativas culturales relacionadas con el consumismo) que, en ocasiones, exigen unos comportamientos poco compatibles con la conservación de una buena salud.

Es bien sabido que, por el hecho de vivir en uno u otro barrio, una persona tiene muchas probabilidades de que la calidad de su salud y su esperanza de vida sean muy distintas, cosa que también afecta a los jóvenes.[4] Por otro lado, el caso de las diferencias de género entre chicos y chicas es muy significativo al respecto:

«Muchas prácticas viriles extraen su aceptación del hecho de implicar riesgos para la salud: alcohol, tabaco, gamberrismo, descuido de las normas de seguridad en el trabajo y en las carreteras, deportes de riesgo, riñas, excesos sexuales o alimentarios cobran

4. Ver, por ejemplo, la serie de informes de la Agencia de Salut Pública de Barcelona: http://www.aspb.cat/quefem/informes-salut-barris.htm

> cada año una importante cuota de vidas masculinas y contribuyen a que sus expectativas de vida sean alrededor de ocho años menores que las de las mujeres, pese a disponer de mayores recursos económicos y mejor atención médica.»
>
> D. Juliano (2010). «Epílogo. El cuerpo del guerrero. El modelo perverso». En: M. L. Esteban y otros (eds.). *Antropología, género, salud y atención* (pág. 324).

Estas desigualdades estructurales quedan patentes en la tipología que sobre el estado de salud de la juventud en Cataluña hace Espluga (2010:145-146), que distingue cuatro grupos:

A) Son los más jóvenes, entre los que predominan los estudiantes, con padres de categorías socioeconómicas altas, y que cuando trabajan lo hacen en buenas condiciones (contratos indefinidos e ingresos elevados): tienen un buen estado de salud y no practican casi ningún comportamiento de riesgo. Suponen un poco más de la tercera parte de la población.
B) Jóvenes que trabajan, con niveles de estudios elevados, pero con ingresos relativamente bajos y una elevada proporción de temporalidad: tiene un buen estado de salud, pero realizan algunos consumos de riesgo de tabaco y alcohol. Son una cuarta parte de la población.
C) Jóvenes entre los que predominan las mujeres y la población de origen inmigrante: sufren problemas de salud física y, sobre todo, psicosocial/mental, pero sus comportamientos son bastante saludables. Su deterioro está causado por su contexto de precariedad laboral y vital. Suponen una cuarta parte de la población.
D) Con predominio de los hombres, es un grupo con altos porcentajes de personas en paro, pero los que trabajan tienen unos ingresos relativamente elevados: tienen considerables problemas de salud física y psicosocial/mental, y han sufrido más accidentes y enfermedades que los de los otros grupos. Suponen un 10 % de la población.

Aunque aquí no vamos a entrar a discutir el concepto de **comportamientos de riesgo**, sí quiero subrayar que me parece que **situación de riesgo** es más útil (aunque, sobre todo para las investigaciones de tipo cuantitativo, puede ser menos práctico), pues permite una mayor capacidad explicativa, ya que sitúa el comportamiento en cuestión en un contexto dado, del que se nutre y en el cual actúa.

De ese modo, lo que hemos visto hasta aquí, que incluye también consumos de drogas, nos permite afirmar que los riesgos no están tanto en los comporta-

mientos de los jóvenes como en las situaciones contextuales en los que dichos consumos deben realizarse. En un contexto que sea seguro para los adolescentes, sin grandes problemas materiales y relacionales, en el que se sientan queridos y acompañados pero vean que se les respeta su necesario distanciamiento de los adultos, y en el que no se les hayan imbuido ideas mágicas (sean positivas o negativas) sobre las drogas, sino que dispongan de una cierta información razonable y que responda a la realidad sobre ellas, y que las sustancias sean lo que se espera –y no «cajas negras» porque provienen de un mercado negro–, los consumos pueden ser una ocasión de experimentación, asociada con el placer y con la compañía con sus iguales, que pueden redundar positivamente en su itinerario hacia la vida adulta.

Claro que, incluso en esa situación ideal que acabo de describir, tenemos que tener en cuenta dos factores básicos: las mismas características de la adolescencia con las que empezábamos este apartado; y que las sustancias que llamamos drogas no son inocuas, sino que, como todo en la vida, requieren de un cierto aprendizaje para extraer de ellas aquello positivo que buscamos y minimizar sus efectos negativos.

Si nos referimos a un ejemplo concreto, podremos afinar un poco más la argumentación y para ello escogeremos el cannabis, por ser la droga más utilizada –junto con el alcohol y el tabaco– por los jóvenes, y seguramente por ser la ilegal de las tres, también la más demonizada por ciertas instituciones encargadas de las políticas de drogas. La insistencia en magnificar sus peligros, en lugar de ceñirse a los posibles riesgos reales que puede comportar su consumo –que es lo que interesa a las personas jóvenes, sobre todo si quieren consumir– ha llevado a lo que critican tanto estas mismas autoridades, a su banalización, primero por el atractivo de su prohibición digamos que «magnificada», y después por el desprestigio que supone para los discursos institucionales el comprobar la distancia existente entre dichos discursos y sus experiencias reales, que puede llevar a muchas personas a pensar entonces «que todo el monte es orégano».

Tres de las afirmaciones más repetidas de estos discursos son las de que el cannabis puede inducir psicosis, que causa fracaso escolar y que hay una baja percepción de su riesgo por parte de los jóvenes que facilita que lo consuman. Respecto a la primera, se apoya en la alta prevalencia del consumo de cannabis en sujetos con enfermedades como la esquizofrenia, pero hasta el presente la mayoría de estudios (incluido el de la Comisión Clínica del PNSD del año 2006) no han establecido una relación causa-efecto, sino que han acudido a la explicación de la vulnerabilidad genética de determinados individuos, así como complementaria-

mente, a la hipótesis de su uso como automedicación, precisamente en estos casos de mayor predisposición genética (PNSD, 2006). Saber transmitir esta información en sus propios términos a los jóvenes y adolescentes, seguramente, sería mucho más útil que el hecho de envolver datos descontextualizados en un discurso tremendista que acaba escondiendo o, cuando menos, dificultando el acceso a la información real.

Por lo que se refiere al fracaso escolar, existe también cierta confusión interesada. Está claro que habría que evitar el consumo de cannabis y otras drogas a edades precoces, y que un consumo más o menos sistemático se asocia a un menor rendimiento escolar en sus diversos aspectos. Pero una cosa es reconocer los efectos neurocognitivos del cannabis sobre la memoria o la capacidad de concentración, que son indiscutibles[5], y otra es establecer relaciones de causa-efecto entre el consumo de dicha sustancia y el fracaso escolar, lo cual no es más que una presunción ideológica. Los niveles históricos de fracaso escolar en España no han tenido ninguna relación con los de consumo de cannabis por la población escolar en los mismos periodos, y hay datos empíricos que demuestran que la misma proporción de fumadores adolescentes en contextos distintos se relacionan con niveles de fracaso escolar absolutamente dispares.

Un ejemplo sería el análisis cruzado, por un lado, de los datos (desagregados entonces por municipios) de la página de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid que se pudieron analizar en un seminario realizado hace unos años con profesorado de dicha Comunidad, en los que se podía destacar que el nivel de fracaso escolar en Rivas Vaciamadrid se situaba en el 6-7 %, mientras que en la ciudad colindante de Arganda del Rey era de un 40 %. Y, por el otro, los datos de la Agencia Anti-Droga de Madrid, que informaban que el consumo de cannabis alguna vez por los adolescentes, en la misma época, era en las dos ciudades en torno a un 25 %. No hay que saber mucha sociología para deducir que si el consumo no refleja grandes diferencias territoriales y el fracaso escolar sí, entonces ambos fenómenos dependen de otras variables.[6]

La variable determinante no es el cannabis, es el entorno social en el cual se consume, y cuanto más seguro es este, en el sentido de una intensa vida comuni-

5. Aunque habría que distinguir los efectos agudos de aquellos a medio-largo plazo de un consumo intensivo y reiterado de cannabis antes de los diecisiete años, aspecto sobre el que hay análisis divergentes. En todo caso, siempre será más productivo intentar ver qué hay detrás del hecho de que un adolescente de esa edad haga este tipo de consumo, que engañarse –y, de paso, dar a la sustancia un poder que no tiene– atribuyendo causas simples a un fenómeno complejo.

6. Comunicación personal de Domingo Comas, 15 de marzo de 2007.

taria, buenos servicios públicos, especialmente la educación, redes asociativas densas, cuidado de la cultura, facilidad de acceso a los deportes, presencia de valores no capitalistas, etc., menos fracaso escolar tenderá a existir. Así que afirmar que el cannabis es causa de fracaso escolar no solo es falso, sino que tiene unas consecuencias políticas: por un lado, culpando a los adolescentes y/o a sus padres, justificamos el feroz ataque al estado social que existe actualmente, pues parece que el fracaso escolar y otras enfermedades y traumas sean culpa de las drogas, y no de unas políticas dirigidas a desmantelar los servicios públicos y a propiciar unas condiciones de vida cada vez más difíciles, inestables y cargadas de incertidumbre para los procesos de inserción de los jóvenes en la vida adulta. Y por el otro, escondemos las posibilidades, diría que la necesidad, de la acción política y de unas formas de intervención local a través de las cuales sí se puede mejorar la vida de las personas y realizar una política preventiva comunitaria eficaz en relación con las drogas y la juventud.[7]

Por lo que se refiere a las relaciones entre percepción del riesgo y consumo de cannabis, la presentación del resultado de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas 2013-2014 (EDADES), centrada en el consumo de alcohol y drogas en España que realiza el PNSD, fue ejemplar. El consumo de drogas en los últimos doce meses por parte de la población general fue, para las cinco primeras (y poniendo entre paréntesis los resultados de la anterior encuesta, 2011)[8]:

- Alcohol: 78,3 (76,6)
- Tabaco: 40,7 (40,2)
- Hipnosedantes: 12,2 (11,4)
- Cannabis: 9,2 (9,6)
- Cocaína: 2,2 (2,3)

El espectacular aumento de los hipnosedantes estos últimos años, así como el persistente repunte del aumento del consumo de alcohol y tabaco, parecen no preocupar mucho al delegado del PNSD, por lo menos en comparación con «los peligros del cannabis». El que en este cuadro general este haya descendido (aun-

7. Hace unos diez años, época en que se recogieron estos datos, Rivas Vaciamadrid era un municipio en que el 95 % de sus habitantes vivían en cooperativas de CCOO y UGT, donde solo existía escuela pública, con una fuerte inversión municipal en educación, el desarrollo de pedagogías muy actualizadas y un fuerte compromiso parental en el consejo escolar, y que recibía las mejores evaluaciones, incluso mejores que escuelas privadas de gran prestigio del centro de Madrid. Desde 1979 ha sido gobernado por la izquierda y, desde los inicios de los noventa hasta la actualidad, más en concreto, por IU.

8. Fuente, PNSD: http://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/Documents/Encuesta%20sobre%20alcohol%20y%20drogas%202013-14.pdf

que es cierto que los que la han probado alguna vez en la vida ha subido tres puntos) no parece arredrarle en insistir en la «banalización de su consumo», que relaciona con la «baja percepción de riesgo» del mismo. Veamos el esclarecedor análisis de Bouso (2015) al respecto:

> «En una escala de riesgo percibido que va de 0 a 100, la población española sitúa el "Consumir cannabis una vez o menos al mes" un poco por encima del 60, muy por encima de "Consumir 5-6 cañas/copas el fin de semana" (algo más de 40) y algo por encima de "Consumir hipnosedantes una vez al mes o menos" (casi 60). Y bastante por debajo de "Consumir hipnosedantes una vez por semana o más" (casi 80). Cuando se pregunta acerca de "Consumir cannabis una vez por semana o más", la percepción del riesgo se dispara a más de 80, por encima de "Consumir hipnosedantes una vez por semana o más". Eso sí, se sitúa por debajo de "Fumar paquete tabaco diario", "Consumir 5-6 cañas/copas cada día", "Consumir cocaína una vez o menos al mes", "Consumir alucinógenos una vez o menos al mes", "Consumir éxtasis una vez o menos al mes" y "Consumir heroína una vez o menos al mes". Suponemos que, cuando el delegado del Plan hace alusión al "desconocimiento de sus riesgos", se debe estar refiriendo a este gráfico, lo cual no deja de ser asombroso dado que no hay nada que se desprenda del mismo que parezca apoyar tal afirmación. A no ser que lo que al delegado le gustaría fuera que la percepción del riesgo del consumo de cannabis se situara a la altura de la percepción de riesgo de drogas más peligrosas como el tabaco, el alcohol, la heroína o la cocaína. Si es así, entonces el Dr. Babín no parece querer que la población tenga un conocimiento preciso de los riesgos que comporta el consumir cannabis, sino que ese conocimiento sea exagerado. Las razones por las que un gestor quisiera que la población que le concierne tenga un desconocimiento exagerado (por lo alto o por lo bajo, eso da igual), de la realidad, son inescrutables y, en cualquier caso, no son extraíbles de la lectura de los datos.»
>
> J. C. Bouso (2015). «De drogas y datos: un análisis crítico de la nota de prensa del PNSD sobre la EDADES» ICEERS.

Seguramente esto se podría relacionar con una última cuestión que no querría olvidar, y es la forma como responde esta sociedad a las **quejas** de los adolescentes, que estos expresan a través de los malestares (que no enfermedades) mentales, cuyo aumento se ha podido detectar estos últimos años en nuestro país. Una de las pocas respuestas, por lo menos hasta hace poco, ha sido la de medicar dichos malestares, lo cual es un gasto inútil y contraproducente, que los propios adolescentes han vivido de manera muy problemática, pues no se responde a su demanda, ya que lo que ellos quieren es sobre todo que alguien les escuche (Mar-

tínez y Muñoz, 2010). Pero, además, se les continúa enseñando aquel modelo que ya vimos en el proceso de medicalización: que, ante un malestar o cualquier otro problema, una pastilla, una sustancia, te lo soluciona, cosa completamente contradictoria con los mensajes oficiales «contra la droga» o, en el mejor de los casos, de prudencia frente a las drogas, contradicción que los adolescentes captan muy bien... En este país, con muy poca fuerza para resistirse a las presiones de las multinacionales farmacéuticas, se han abonado mucho más las «soluciones» farmacológicas que las terapias psicosociales, de probada eficacia.

Creo que lo visto hasta aquí es suficiente para ilustrarnos acerca de que, cuando se habla de los riesgos de los jóvenes, la salud y las drogas, muchas veces se yerra el tiro. Desde los discursos hegemónicos, no sabemos si con la mejor de las intenciones o no, la cuestión es que se suelen atribuir a los propios jóvenes las responsabilidades finales de los riesgos que se corren al realizar ciertos consumos de drogas. Y, ciertamente, la capacidad de decisión siempre existe, pero en función de los contextos en los que opera. Pero resulta que los mismos focos de poder desde los que se emiten estos discursos son los que están propiciando unas políticas de destrucción de la cohesión social: fragilización de las políticas públicas en educación, sanidad y servicios sociales, empleo barato y de mala calidad, frenazo a la investigación, represión para aquellas expresiones juveniles que no se inserten en el mercado, etc., creando las condiciones de incertidumbre en las que se tiene que mover la juventud en nuestras sociedades contemporáneas, situada entre la marginalidad y la inserción en el mercado global como únicas alternativas. Si este contexto ya es bastante duro, en el caso de las drogas, además, se les empuja a la actitud del «todo o nada», entre las contradictorias presiones del consumo que les permite realizar su rol de consumidores a lo largo de las agotadoras noches de ocio, pues por algo son jóvenes, y las de no caer en la tentación de los consumos para llegar a ser ciudadanos con todas las de la ley (Sepúlveda, 2010).

3. De seguridades y estigmas. ¿Biopsicosocial? Investigación, poder, practicidad

Desde finales de los años noventa, se afirma desde el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA por sus siglas en inglés) que las adicciones son una enfermedad «del cerebro» o «del sistema nervioso central». En este apartado vamos a explorar qué se quiere decir con esto, qué efectos ha

tenido sobre la prevención y el tratamiento de las adicciones y las críticas que ha recibido este modelo. Empezaremos por situar el inicio científico y político de este modelo, por entender sus bases científicas y la influencia que ha tenido sobre el modelo biopsicosocial, siguiendo con una recopilación de las críticas más relevantes y cómo podemos integrar todo este conocimiento en una práctica colectiva.

3.1. Las adicciones como enfermedad cerebral

En el caso de las adicciones químicas (en contraposición a las llamadas comportamentales como la ludopatía, la adicción al sexo o a las nuevas tecnologías) se da la paradoja de que estas constituyen un fenómeno innegablemente biológico, a la vez que un fenómeno innegablemente social. Respecto a su naturaleza biológica, las sustancias deben interaccionar con el sistema nervioso central para ejercer su efecto psicoactivo. Esta dimensión viene dada, pues, por el hecho de incorporar al cuerpo elementos que modifican ciertos balances bioquímicos que en último término causan el efecto deseado. Sin embargo, el contacto con las sustancias se produce a través de rituales sociales que pueden incluso, en el caso de las sustancias legales como el tabaco y el alcohol, constituir un proceso de transición hacia la madurez. Es decir, sin un contexto social de consumo es bastante inverosímil que un ser humano llegue a tener contacto con una sustancia psicoactiva. Del mismo modo, las conductas adictivas parecen producir un efecto sobre el sistema nervioso central mientras que, del mismo modo que las anteriores, es bastante difícil imaginar que una persona llegue a tener problemas con el juego o con las nuevas tecnologías fuera del contexto social donde se han creado estos hábitos.

Para entender la declaración de las adicciones como enfermedad del sistema nervioso, hay que entender el contexto en el que esto se dio. La publicación que sentó cátedra en cuanto a considerar las adicciones una enfermedad cerebral fue escrita por Alan Leshner, director del NIDA entre los años 1994 y 2001. Leshner (1997) habló de las adicciones como «enfermedades cerebrales crónicas y recidivantes» por primera vez en un medio científico del alcance de la revista *Science*. Aunque este autor reconocía que el contacto con la sustancia es contextual, el argumento principal es que, como se había demostrado en modelos animales, llegado a un punto se producen cambios a distintos niveles (moleculares, celulares, estructurales y funcionales) que hacen que el cerebro

de una persona que padece un trastorno adictivo sea diferente en cuanto a expresión génica, actividad metabólica, disponibilidad de receptores de neurotransmisión, y en definitiva, a su capacidad de dar respuesta a señales ambientales (por ejemplo, perdiendo capacidad de atención sostenida, inhibición, o más generalmente, de autorregulación). Leshner contrapone esta visión a otras dos: la de que los adictos son víctimas de una situación social (visión que denomina «benéfica») y la de que los adictos son personas malas o débiles que no quieren llevar vidas morales en las que controlen sus deseos y gratificaciones. Hay que entender esta comparación de modelos de adicción y su tratamiento yendo un poco más atrás en el tiempo. Quizá la manera más sencilla es el modelo de Marlatt y colaboradores (1988), que clasifica los modelos de comprensión y tratamiento de las adicciones según la responsabilidad (o no) del consumidor en el inicio del consumo abusivo y en cuanto a la responsabilidad en su cese (tabla 1).

Tabla 1. Modelos de comprensión y tratamiento en adicciones propuestos por Marlatt y colaboradores

		Responsabilidad personal en el inicio	
		SÍ	**NO**
Responsabilidad personal en el cese	**SÍ**	Modelo moral	Modelo compensatorio
	NO	Modelo de la iluminación	Modelo médico

Fuente: Marlatt, G. A.; Baer, J. S.; Donovan, D. M.; Kivlahan, D. R. (1988). «Addictive Behaviors: Etiology and Treatment». *Annual Review of Psychology* (vol. 39, núm. 1, págs. 223-252).

Mientras que el modelo de enfermedad del cerebro propuesto por Leshner encajaría con el modelo médico en el que la persona no ha tenido responsabilidad, en lo que se refiere a que el consumo se convierta en abusivo (ya que según su modelo han sido ciertos mecanismos bioquímicos los que han facilitado ese proceso), ni en su cese (que será facilitado sobre todo por la intervención de profesionales apoyados por psicofármacos), lo que él denomina visión «benéfica» encajaría en el modelo compensatorio en el que el individuo no tiene responsabilidad para el inicio (por ser un conjunto de situaciones de desventaja social que llevan al consumo, en interacción con factores biológicos que lo acrecientan), pero sí para el cese, por lo que se intenta ayudar desde intervenciones basadas en

la motivación y el cambio de hábitos. La visión de que las personas que consumen en exceso son malas o débiles encajaría en el modelo moral en el que la persona ha tenido responsabilidad en el inicio y debe tenerla en el cese. Este modelo tuvo su auge en el siglo XIX, en el que se pensaba que castigando a las personas que consumían sustancias dejarían de hacerlo. Por último, para el modelo de la iluminación, el consumidor ha tenido una responsabilidad en el inicio y debe ser «iluminado» sobre la verdadera naturaleza de su adicción para ser capaz de cesar. Para esta última visión, el cambio solo es posible a través de la renuncia del control personal a través de la aceptación de poderes superiores y/o colectivos, normalmente a través de la integración en grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos. Aunque Leshner no menciona explícitamente una crítica a este modelo, sí menciona que muchos de los terapeutas de estos grupos de autoayuda, en muchas ocasiones personas que han superado problemas de adicción, creen que lo que les ha ayudado a ellos ayudará a cualquier persona, ignorando «las últimas evidencias sobre tratamiento».

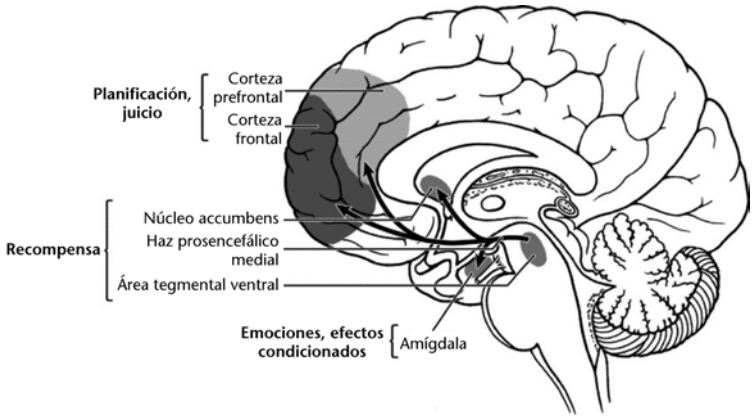
Como podemos ver, el artículo seminal de Leshner se enmarca en una lucha de paradigmas teóricos al más puro estilo kuhniano. Efectivamente, en los albores del siglo XXI, el NIDA iniciaba una gigantesca estrategia en la que se han producido inversiones de millones de dólares con el objetivo de realizar estudios de neuroimagen con humanos. El objetivo ha sido demostrar que lo planteado por Leshner no solo encaja con modelos animales, sino también con la realidad de las personas con problemas de adicción, e identificar dianas cerebrales para aplicar fármacos que pudiesen ayudar a las personas a superar los síntomas físicos al estilo de los exitosos programas de mantenimiento de opiáceos. La persona que ha llevado a cabo en buena medida tal empresa es Nora Volkow, curiosamente, biznieta del revolucionario soviético León Trotski (creció en la casa donde se produjo su asesinato). Volkow ha publicado cientos de artículos científicos, sobre todo comparando a través de técnicas de neuroimagen el cerebro de personas con adicciones específicas con el de controles sanos, encontrando evidencias de las diferencias estructurales ya mencionadas más arriba.

3.2. El modelo neurobiológico de las adicciones

Creemos que es importante hacer un pequeño repaso de las bases neurobiológicas sobre las que se asienta la tesis central del modelo de enfermedad cerebral de las adicciones (MECA). Según hallazgos en campos como la neurobiología y la

genética/epigenética, se entiende que a través del consumo de sustancias, o la realización de conductas adictivas se modifican ciertos circuitos cerebrales. El más importante para los procesos de adicción es el sistema de recompensa, sobre todo la vía mesolímbica (circuito dopaminérgico implicado en respuestas frente a estímulos de gratificación emocional y motivación), que se extiende desde el área tegmental ventral (ATV, implicada en la percepción de recompensas y estímulos novedosos) al núcleo accumbens (NA, implicado en el placer, el miedo y la agresividad), con proyecciones a áreas tales como la amígdala (parte del sistema límbico, donde se procesan las emociones como el miedo o la ansiedad, y los efectos condicionados) y la corteza orbitofrontal (córtex frontal y prefrontal, encargados de la planificación, ver figura 1).

Figura 1. Sistema de recompensa humano

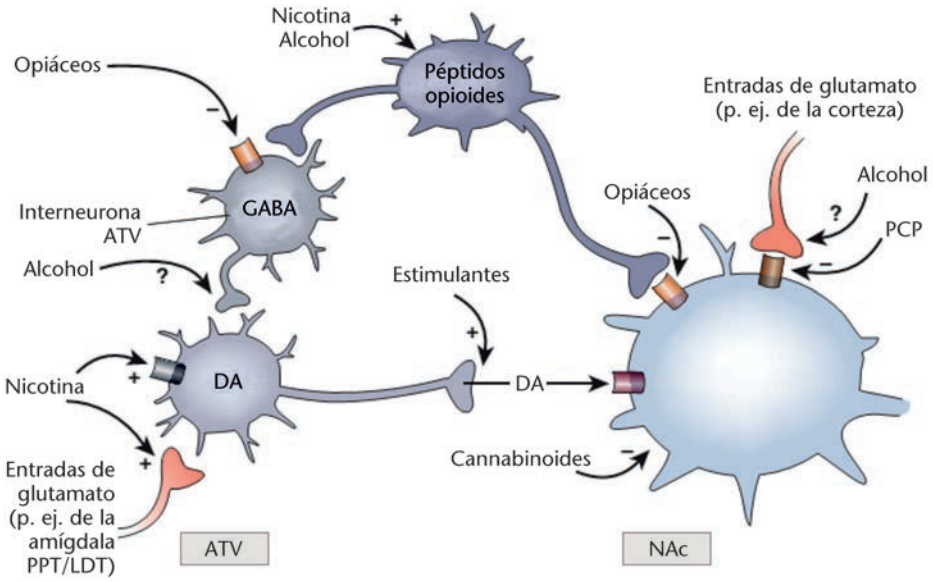


Fuente: Adaptado de Tomkins y Sellers (2001). «Addiction and the brain: the role of neurotransmitters in the cause and treatment of drug dependence». *CMAJ* (vol. 164, núm. 6).

En uno de los artículos más destacados de la neurobiología de las adicciones, Nestler (2005) describe cómo, independientemente de las diversas vías de entrada de las diferentes sustancias, todas ellas producen algún tipo de efecto en el ATV y el NA. Mientras que los estimulantes sencillamente aumentan la transmisión de dopamina (y en definitiva, de gratificación emocional), los opiáceos lo hacen de manera inversa, inhibiendo unas neuronas que transmiten GABA (un neurotransmisor cuya función es inhibitoria, es decir, reduce la excitabilidad neuronal y con ello la transmisión de otros neurotransmisores) en el ATV, esto a su vez desinhibe neuronas dopaminérgicas que liberan dopamina dirigida al NA. Además, los opioides tienen una acción directa sobre los propios receptores

opioides que actúan directamente sobre el NA (figura 2). Aunque el efecto de otras sustancias está menos claro, parece claro que la nicotina también tiene un efecto directo sobre las neuronas dopaminérgicas a través de receptores nicotínicos situados en esas mismas neuronas. En el caso de las adicciones comportamentales como la ludopatía, parece que las personas con estos problemas tienen menos actividad en toda la vía mesolímbica y realizarían estas conductas como una manera de aumentar esta actividad y, por tanto, la sensación subjetiva de gratificación (Grant y otros, 2010).

Figura 2. Esquema simplificado de la acción aguda de las drogas en el núcleo accumbens y el área tegmental ventral



Fuente: Adaptado de Nestler (2005). «Is there a common molecular pathway for addiction?». *Nature neuroscience* (vol. 8, núm. 11).

Como vemos, según este modelo, las sustancias o los comportamientos son adictivos porque influyen directamente sobre el sistema cerebral del placer, produciendo con ello un inmediato refuerzo que, una vez se condiciona, crea un círculo vicioso en el que una persona se sentirá bien si se ha consumido la sustancia o realizado el comportamiento, y mal si no ha sido así, ya sea por los síntomas que causa la abstinencia de algunas sustancias o simplemente por la sensación de impulso de consumo o realización.

3.2.1. El origen de las evidencias del modelo neurobiológico de las adicciones

Una cosa muy importante para situar este modelo y sus aplicaciones es entender de dónde provienen las evidencias que han llevado a estos descubrimientos.

En el ámbito neurobiológico (es decir, en la estructura y funciones de los circuitos) se estudian sobre todo animales a los que se somete a situaciones donde pueden elegir entre obtener drogas o sustancias inocuas (comida o agua azucarada, por ejemplo) en el contexto de diferentes pruebas y diseños (puede que simplemente accionen una manivela o tengan que elegir entre diferentes salas). Posteriormente, estos animales son sacrificados y se comprueba el número y estado de los receptores que se considera han interaccionado con este consumo. Otra línea de investigación utiliza estimulación eléctrica en el circuito de recompensa produciendo un efecto inhibidor del consumo de sustancias en los animales. Por otro lado, y más recientemente, se realizan estudios de neuroimagen comparando la cantidad y funcionalidad de receptores en el cerebro de personas con una característica concreta, como tener una adicción, con controles que no presentan esta característica. Así se sabe que las diferencias en la densidad de los receptores donde se acoplan los neurotransmisores pueden estar relacionadas con ciertas características o trastornos. Por ejemplo, el exceso o defecto de receptores dopaminérgicos (y por lo tanto, exceso o defecto de recaptación de estos neurotransmisores, permitiendo que estén más o menos tiempo en los espacios intersinápticos, es decir, sueltos entre las neuronas) en las vías dopaminérgicas se ha relacionado con diferentes enfermedades mentales (alta densidad de receptores D1 con la esquizofrenia) y rasgos de personalidad (baja densidad de receptores D2 con la impulsividad).

Desde el punto de vista genético, se sabe que las variantes de ciertos genes producen una mayor o menor densidad de los mencionados receptores en los circuitos desde el nacimiento. Tras los recientes avances en epigenética (ciencia que se encarga del estudio de la expresión de los genes, es decir, si estos llegan a influir en la síntesis de proteínas que acaban convirtiéndose en receptores, enzimas y otros elementos), también se sabe que estas densidades se pueden ir modificando a lo largo de la vida debido a situaciones que producen estrés o refuerzos intensos, o el propio consumo de sustancias. Estos factores facilitarían o inhibirían la expresión de diferentes genes sobre la base de reacciones químicas que modifican la flexibilidad de la estructura del ADN. El conocimiento genético se ha producido clásicamente a través de estudios con gemelos genéticamente idén-

ticos a través de los cuales es posible realizar estudios donde se separa de manera estadística la influencia relativa del ambiente y de la genética, hallando tasas de heredabilidad entre el 40 % y el 60 % para el alcohol, el tabaco o el cannabis (aunque, como veremos después, estos porcentajes no llegan a ser explicados por los estudios moleculares que buscan cuáles son las razones concretas de esta heredabilidad). Otro campo tradicional ha sido la cría de animales en los que se sabía que había variaciones genéticas determinadas. Por ejemplo, se comparaba la respuesta al consumo de sustancias o conductas en una cepa criada de manera endogámica en la que se sabe que hay más presencia de un gen que da pie a mayor densidad de, por ejemplo, receptores dopaminérgicos, con la cepa en la que se sabe que hay menos. Recientes técnicas de modificación genética permiten directamente «producir» animales en los que sabemos que la variante que predetermina más o menos receptores está presente (sin necesidad de desarrollar cepas endogámicas y sabiendo que todos los sujetos tienen la variación genética deseada), para después comparar animales en cuanto a su comportamiento frente a la administración de diferentes drogas. También se pueden realizar estudios con muestras humanas básicamente con dos estrategias: estudios de asociación del genoma completo (en los que se compara todo el genoma de personas con y sin determinadas características de manera similar a la neuroimagen) y estudios de genes candidatos (en los que se centra el estudio en uno o varios genes, con lo que se pueden comparar, por ejemplo, varias generaciones en familias con problemas adictivos). Los estudios epigenéticos, cuando se hacen en animales, implican examinar el nivel de expresión de los genes en las áreas donde esos genes tienen un efecto. Por ejemplo, habría que sacrificar a un animal, y en su ATV examinar el nivel de expresión génica de los receptores que se espera se hayan expresado en mayor o menor medida. En humanos este proceso es mucho más complicado por evidentes razones éticas. Mientras que para hacer un estudio genético es suficiente con una pequeña cantidad de sangre o incluso saliva, para hacer uno epigenético, al no poder desarrollar técnicas invasivas en el cerebro, se realizan técnicas muy indirectas (por ejemplo, la modificación de ciertos receptores opioides en el cerebro deja un rastro en un tipo de glóbulos blancos que se pueden analizar a través de un análisis de sangre), produciendo parámetros menos precisos.

En el campo de las adicciones, la combinación de estas metodologías ha llevado a descubrimientos relacionados sobre todo con la neurotransmisión. La ya mentada dopamina quizá es la que cuenta con más evidencia, sobre todo en lo que se refiere a factores que pueden afectar de manera global la predisposición a

las adicciones como la impulsividad o la capacidad de autorregulación, y al consumo de psicoestimulantes. De todos modos, el rol de otros neurotransmisores como la noradrenalina, la serotonina, la acetilcolina y el glutamato, si bien parece más secundario, también ha recibido apoyo empírico. Por otro lado, el metabolismo de las sustancias ha recibido también atención. Uno de los hallazgos más conocidos es la diferencia entre variantes de los genes que regulan la producción de enzimas deshidrogenasas, encargadas de los primeros pasos en la descomposición del alcohol. La lógica es que las personas con mayor densidad de estas enzimas son más tolerantes al alcohol al poderlo descomponer antes, y por tanto son más vulnerables a desarrollar un problema al tender a beber más.

3.2.2. Las influencias en el modelo biopsicosocial

Aunque el modelo biopsicosocial siempre se ha entendido como una superación menos reduccionista del modelo biomédico, creemos que en el campo de las adicciones, la inclusión del conocimiento neurobiológico y genético se ha hecho de manera muy compartimentada, sobre todo desde la llegada del modelo de enfermedad cerebral. Mientras que se cuenta con mucha evidencia derivada de estudios casi exclusivamente biológicos, psicológicos o sociales, la investigación integrada es muy minoritaria. Esto se refleja en el entendimiento de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales como parámetros a medir en una suerte de concurso, ya que los análisis suelen ser puramente estadísticos partiendo de datos de diferentes estudios, y no fruto de la cooperación interdisciplinar.

Por otro lado, aparte de los mencionados análisis estadísticos secundarios, la mayor parte del conocimiento integrado proviene de la opinión de expertos con posiciones muy claras en el debate sobre la pertinencia de la cristalización del modelo neurobiológico de las adicciones en el MECA. El modelo que Kreek y colaboradores (2005) publicaron en la prestigiosa revista *Nature Neuroscience* es un buen ejemplo de ello. Estos autores admiten un mayor protagonismo de variables psicosociales en factores que pueden llevar al inicio y el uso intermitente de sustancias o realización de conductas adictivas, como la impulsividad o la toma de riesgos. Los factores que influirían en el establecimiento de la adicción y las recaídas, como las comorbilidades psiquiátricas y la respuesta atípica al estrés (sentirse sobrepasado por situaciones que se supone deberían ser fáciles de manejar), tendrían un componente genético mayor.

En el campo de las adicciones es realmente difícil encontrar publicaciones donde se integren variables de naturaleza genética o neurobiológica con psicosociales. Para la realización de este apartado hemos encontrado solo dos (después de no pocos esfuerzos de búsqueda). Brody y colaboradores (2009) demostraron que la relación de la presencia de una de las variaciones de la 5-HTTLPR (la región polimórfica ligada al transportador de serotonina) con el abuso de sustancias está fuertemente moderado por un estilo de crianza que provee un apoyo involucrado, es decir, se encontraron con un aumento más intenso entre los niños que no estaban recibiendo un apoyo de este tipo. Mingione y colaboradores (2012) comprobaron que la adversidad en la infancia está más relacionada con el riesgo de consumo de cigarrillos que una variante del gen 5-HTTLPR en adultos dependientes del alcohol. Sin embargo, los estudios donde se analiza la 5-HTTLPR comparando sujetos con y sin adicciones, sin contar con mediadores psicosociales, se cuentan por cientos.

A pesar de que estos resultados envían un mensaje claro de cómo, a pesar de las inversiones millonarias, la importancia relativa de los factores neurobiológicos es baja en comparación con los psicosociales, cabría preguntarse hasta qué punto tiene sentido intentar mesurar el peso de los diferentes factores en cada uno de los pasos del proceso de adicción o incluso de ponerlos a competir, ya que la diversidad en la historia de cada individuo es tan compleja que los estadísticos de tendencia central (como la media) o de varianza explicada, normalmente utilizados en este tipo de empresas, producen perfiles de muy poca utilidad práctica.

Como hemos visto, en la última década diversos autores del campo de la neurociencia de las adicciones han desarrollado modelos en los que intentan integrar su conocimiento con el de disciplinas psicosociales, a la vez que los equipos multidisciplinares proliferan en todo el mundo. Sin embargo, el debate en la comprensión teórica de los trastornos adictivos está bastante polarizado. Este debate va acompañado de luchas de poder entre sectores profesionales tanto por la consecución de financiación para investigación (con un liderazgo claro de proyectos exclusivamente neurobiológicos, siendo casi el 50 % del presupuesto del NIDA, la institución dedicada a la investigación y tratamiento de las adicciones con mayor presupuesto del planeta por encima del todo el resto unidas), como por el dominio de la gestión de los servicios (donde existe una cierta polarización entre servicios biomédicos, dirigidos casi exclusivamente por médicos, y servicios psicosociales en los que la gestión es ejercida por distintas disciplinas), y la planificación de políticas públicas.

3.3. Las críticas al modelo de enfermedad cerebral de las adicciones

Ya en la década de los setenta el científico canadiense Bruce K. Alexander y su equipo (Alexander y otros, 1978) diseñaron el «Rat Park», un experimento en el que intentaron demostrar que las drogas no producen adicción en los animales de experimentación por sí mismas, sino que es el contexto de consumo (sobre todo el aislamiento y el estrés) el factor que explica estos comportamientos. Estos investigadores compararon la reacción a la dispensación de heroína de ratas que vivían en un ambiente espacioso y con diversas actividades disponibles, con la reacción en ratas que vivían enjauladas. Los resultados mostraban que las ratas que vivían en libertad tenían menos posibilidades de consumir y desarrollar una adicción, confirmando la hipótesis de Alexander. Los resultados de este estudio no fueron replicados inmediatamente y recibieron muchas críticas. Estas críticas se vertían sobre todo desde lugares de mayor poder académico y en revistas de mayor impacto (con dos publicados en *Nature* y *Science*). Sin embargo, recientemente, estudios con diseños más sofisticados han confirmado la mayor vulnerabilidad a las adicciones de ratas en entornos empobrecidos (Bezard y otros, 2003; Xu y otros, 2007).

Satel y Lilienfeld (2014) nos recuerdan que la mitad de los soldados estadounidenses destinados en Vietnam habían probado el opio y que de estos un cuarto había desarrollado una adicción. Sin embargo, apenas el 5 % de los que retornaban con una adicción a la heroína recaían en los diez primeros meses (cifra que ascendía solo al 12 % en tres años). Estudios cualitativos demostraban que el precio, la sordidez del contexto y el miedo a ser arrestados disuadían a estos veteranos de volver a consumir. Satel y Lilienfeld argumentan que se ha confundido la neurobiología con el destino: si bien las disrupciones neurobiológicas derivadas de una adicción pueden limitar la voluntad de una persona, no la destruyen. Como demuestra el ejemplo de los veteranos de Vietnam, a pesar de cumplir criterios de adicción, un cambio de entorno y la interacción con su percepción subjetiva facilitaban una proporción de recuperación impensable en otro grupo de consumidores de opioides.

Hall y colaboradores (2015) explican que la comprensión de la dimensión neurobiológica de las adicciones no es algo que dé un apoyo indiscutible al MECA. En primer lugar, la afirmación de que las adicciones son enfermedades cerebrales crónicas y recidivantes choca de bruces con el cese sin tratamiento del

uso abusivo de sustancias en muchas personas. Esta afirmación podría ser cierta para consumidores crónicos, limitando el modelo de enfermedad cerebral a una fracción muy reducida de personas. Por otro lado, la evidencia es muchas veces correlacional, pero rara vez se pueden establecer relaciones causales. Desde la ya mentada influencia del contexto incluso en modelos animales, a la poca capacidad predictiva de las variaciones genéticas o las densidades de receptores, los correlatos biológicos están aún muy lejos de constituir marcadores biológicos válidos para tomar decisiones clínicas, ya sean a nivel de diagnóstico o tratamiento. Es decir, una cosa es que haya una mayor proporción de personas con una variación genética o que la densidad de un receptor sea mayor en grupos de personas con problemas de adicción que en la población general (lo cual no demuestra que sea un fenómeno «cerebral», ya que similares diferencias se dan en características psicosociales como la etnia, el género, la clase social…), y otra que esos parámetros cumplan con las exigencias que se necesitan para poder establecer una prueba diagnóstica en términos de sensibilidad (capacidad para detectar casos positivos) y especificidad (capacidad para descartar casos negativos). Simplificando, imaginemos que después de hacer una prueba genética para conocer el riesgo de padecer adicciones en el futuro se comunicase un resultado positivo pero que con un 30-40 % de posibilidades de que se haya clasificado incorrectamente (frente a los parámetros por debajo del 0,5 % que se manejan actualmente en VIH, por ejemplo), ¿podríamos decir que es una prueba diagnóstica fiable?

Los tratamientos derivados de la investigación hecha bajo el paraguas del modelo de enfermedad cerebral han recibido también críticas. Por ejemplo, el incipiente campo de la estimulación cerebral profunda (ECP) podría ayudar a algunos pacientes con problemas graves. Por otro lado, el modelo de enfermedad cerebral siempre ha reivindicado el ahorro de gastos que supone su conceptualización. Sin embargo, el implante de un mecanismo de ECP costaría unos 50.000 dólares con un coste de mantenimiento de 10.000 dólares al año. En cuanto a los tratamientos farmacológicos existe mucho debate. Mientras que Hall y colaboradores (2015) afirman que apenas se han producido mejoras en las últimas dos décadas y que fármacos de conocido éxito como los de mantenimiento para la adicción a los opioides o a la nicotina precedieron la aparición del modelo de enfermedad cerebral, en una respuesta los directores del NIDA y del Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo (Volkow y Koob, 2015) argumentan que los nuevos fármacos (naloxona y acamprosato para el alcoholismo, buprenorfina-naloxona para la adicción a los opiáceos, y vareniclina para la adicción al tabaco) tienen «tamaños del efecto similares a los de la medicación antidepresiva».

Esta respuesta de Volkow y Koob añade algunos argumentos a la defensa de los avances hechos por el MECA. En primer lugar, estos autores aducen que los estudios de neuroimagen han localizado en lugares específicos cambios neurobiológicos inducidos por el uso de sustancias. Por otro lado, aseguran que los resultados de la ECP son prometedores. Por último, replican que la creación de la Ley de paridad en salud mental y equidad en adicción, promovida por Paul Wellstone y Pete Domenici, que requiere a los seguros cubrir los tratamientos en Estados Unidos no habría sido posible si el MECA no hubiese sido una visión influyente.

Una lectura de los mencionados artículos a favor (Volkow y Koob, 2015) y en contra (Hall y otros, 2015) del MECA reflejan un auténtico diálogo de besugos. Como hemos visto más arriba, Hall y su grupo critican la poca aplicabilidad de la estimulación cerebral profunda y las pocas novedades farmacológicas que se han producido, a lo que Volkow y Koob responden que la ECP es muy prometedora y hay muchas novedades farmacológicas en camino. Otro ejemplo es la crítica de la clasificación de las personas según su nivel de vulnerabilidad en lugar de invertir más fondos en políticas públicas, a lo que se responde que a pesar de la reducción en el uso de tabaco del 50 % tras ciertas campañas de prevención, estas no han tenido efecto en un 20 % de la población que «probablemente sean más susceptibles». Por último, mientras que se critica la inutilidad para reducir el estigma del MECA, sus defensores repiten incesantemente que la implantación de este modelo como explicación en distintas campañas ha reducido el estigma asociado. Volkow y Koob no ofrecen citas que justifiquen esto, y bajo nuestro conocimiento no existen estudios rigurosos con los que se pueda justificar o desmentir esto en el campo de las adicciones, a pesar de existir recientes revisiones sistemáticas (Livingston y otros, 2012), mientras que en el campo de la salud mental general hay evidencia de lo contrario (Harré, 2001).

Por último, a pesar de que muchas de estas críticas han sido originadas desde sectores profesionales cercanos al modelo compensatorio (más presente en, aunque no exclusivo de, la psicología y el trabajo social), llama la atención de que, aparte de la crítica a cómo se usa el conocimiento, existe una ausencia de crítica a la manera de generar este conocimiento. Desde otros sectores, sobre todo la antropología y la sociología médica, se han producido críticas a la epistemología positivista imperante tanto en el modelo médico/de enfermedad cerebral como en muchos de sus críticos, y en los modelos compensatorios (sobre todo basados en las teorías del aprendizaje todavía imperantes en la psicología aplicada) de comprensión y abordaje de las adicciones. La obsesión por demostrar la eficacia

y efectividad de los tratamientos ha llevado a un foco casi exclusivo en los ensayos clínicos aleatorizados como fuente de evidencia, a pesar de sus modestos resultados y su baja aplicabilidad, por razones como la dificultad de generalización de resultados por la alta heterogeneidad de poblaciones consumidoras.

El ejemplo hiperbólico de esta posición epistemológica fue sin duda el proyecto MATCH, en el que se comparaban tres tipos de tratamientos para personas con alcoholismo. Los usuarios podían ser asignados a cada uno de los tratamientos al azar o destinándoles al tratamiento que se suponía mejor respecto a sus características (es decir, un total de seis condiciones posibles), de ahí el acrónimo MATCH, de 'emparejar' en inglés. Este proyecto costó 27 millones de dólares, incluyó a más de mil quinientos usuarios y no llegó a proporcionar resultados concluyentes sobre las diferencias entre los tratamientos o entre la asignación aleatoria o según características concretas de los usuarios.

3.4. Conclusiones

A pesar de la utilidad del modelo de Marlatt y colaboradores (1988) y desgraciadamente de su vigencia, los autores de este texto creemos que ni la responsabilidad del inicio del consumo ni de su cese pueda dicotomizarse entre voluntario o involuntario, ya que existen partes de ambos procesos donde se puede tener mayor o menor control, y en ello existen innegables diferencias individuales condicionadas por factores tanto genéticos como ambientales. Creemos que un modelo decididamente integrador y no compartimentado, debería sustituir a los cuatro modelos clásicos, no solo en ámbitos académicos sino en la divulgación destinada al público general.

Si bien, como veíamos arriba, el modelo de la iluminación asume que el usuario de servicios para el tratamiento de las adicciones debe dejar su voluntad en manos de entidades externas, parece que el modelo biomédico hace algo parecido, aunque en este caso sea un dogma de apariencia científica. El problema del MECA no es el estar apoyado en mentiras, sino extraer conclusiones quizá exageradas para apoyar un enfoque que desprecia los factores no cerebrales que tienen un papel relevante y comprobado. Los autores de este texto no estamos en contra de la investigación en neurobiología, pero sí de que esta recaude más fondos que todo el resto de tipos de investigación en adicciones, y que sean con frecuencia los profesionales que actúan bajo un prisma biomédico los que acumulen la ma-

yoría del poder de gestión en las instituciones encargadas de la investigación, prevención y tratamiento de las adicciones.

4. Normalización y prevención

4.1. Prevención y reducción de riesgos y daños: algunas precisiones

En esta última parte del texto vamos a hablar, sobre todo, de políticas de drogas. Hemos hecho referencia ya a algunas políticas dominantes que resultan ser un peligro o, cuando menos, una fuente de dificultades para la promoción de la salud mental colectiva entre adolescentes y jóvenes; partiendo de esta constatación, ahora vamos a centrarnos más en algunas propuestas para superar esta situación, propuestas que las nuevas condiciones en que se desarrolla el consumo mayoritario de drogas entre los jóvenes pueden favorecer.

En casi todas las lenguas y en sociedades muy distintas existe algo parecido a la frase «más vale prevenir que curar». Esta sabiduría popular de que, efectivamente, es mejor abordar las cosas antes de que se compliquen y sea más difícil su tratamiento, parece que es universal.

En las sociedades euroamericanas occidentales, la prevención se forja sobre todo en el campo de la salud pública a partir de la segunda mitad del siglo pasado. Sus objetivos básicos consisten en mejorar las resistencias de las personas ante condiciones amenazantes para su salud, disminuir la virulencia del agente patógeno y modificar el contexto ambiental, creando barreras entre los factores de riesgo y la población. Esto se enmarca en un discurso sanitarista de la salud pública, basado en modelos positivistas de la ciencia, desde los que se supone que podemos hacer operaciones como estandarizar factores de riesgo y similares.

Pero en realidad, para trabajar estos objetivos podemos actuar de dos maneras. La primera es basarnos en lo que sería la sabiduría de las instituciones (en la que se enmarcaría el discurso que acabamos de citar), y la segunda es apelando a las opiniones y saberes de las poblaciones con las que trabajamos. En un libro colectivo que fue como una especie de manifiesto de GRUP IGIA, al proponer la legalización de las drogas para poder trabajar con ellas sin el estigma y los problemas directamente relacionados con su criminalización, planteábamos dos modelos de acción: el modelo prescriptivo y el modelo participativo

(Varios autores, 1989), cosa que recogía posteriormente de la siguiente manera (Romaní, 2008):

> «El primero es aquel en que el profesional, legitimado por un saber que le confiere cierto poder social, indica lo que hay que hacer; aunque, en este caso, la población sabe por experiencia que, lo que ayer era malo, hoy puede ser sano y conveniente, y viceversa. Es decir, hay una serie de cambios a los que los especialistas están sometidos desde la lógica de las instituciones científicas, que no acostumbra a ser la misma, ni de las necesidades de la intervención, ni de la vida cotidiana de la gente. En definitiva, desde este modelo la población tiene que asumir lo que le dice el especialista. En el modelo participativo, en cambio, se propone incorporar el conjunto de necesidades de la población e identificar con la comunidad los problemas y criterios de abordaje. El eje del trabajo de este modelo es la educación integral a través de los canales de socialización habituales, desarrollando lo que se ha venido a denominar metodologías dialógicas (Martínez-Hernáez, 2008, págs. 175-189). En el campo de las drogas, los métodos de comunicación utilizados dentro de uno u otro de los dos modelos mencionados son bastante distintos: tenemos por una parte el nivel de las consignas de las campañas publicitarias y los consejos emitidos por los entendidos; y por otra parte la discusión grupal que, en muy distintos contextos, va permitiendo la definición de los problemas. El modelo prescriptivo tiende a hacer campañas globales del tipo "drogas no" en los grandes medios de comunicación de masas, mientras que el modelo participativo se plantea objetivos a partir de problemas más concretos detectados en sectores específicos de la población.

Así pues, en el campo de las drogodependencias, el modelo participativo redefine la **prevención** como **el conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir, de forma razonable, la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas**. No se trata aquí del planteamiento dicotómico del tipo bueno-malo, blanco-negro, drogas no-drogas sí, propiciado por el "prohibicionismo". Lo que se plantea en este caso es un enfoque más realista y profesional, centrado en la posibilidad de solucionar algunos aspectos o de contrarrestar los efectos más dañinos derivados de ciertos consumos de drogas. Esto lleva a plantear la diversificación de criterios y considerar las políticas de reducción del daño.

Desde un punto de vista técnico, superada ya aquella división en distintos niveles de prevención, tradicionalmente categorizados como primaria (cuando todavía no hay consumos), secundaria (cuando hay un cierto consumo que aún se puede contener) y terciaria (cuando realmente hay gente con problemas de drogas), actualmente hay un cierto consenso en desarrollar un marco conceptual más complejo en el que se señalan

cuatro elementos básicos: el control, la influencia, el diseño ambiental y el desarrollo de las competencias. Más allá de que este enfoque se puede aplicar a muchos otros ámbitos que no son el de las drogas, una característica de estos elementos es que se pueden aplicar en distintos momentos de los procesos en los que se encuentra la población en relación con el consumo de drogas, lo que implicaría una cierta capacidad de control en algunos de sus aspectos significativos (Grup Igia, 2000, págs. 241-326).»

O. Romaní (2008). «Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño». *Salud Colectiva* (vol. 4, núm. 3, págs. 303-304).

Y aquí hay que subrayar algo importante: plantear el control en relación con la capacidad de influencia y al desarrollo de competencias requiere que existan mecanismos informales de control, que van muy ligados a la cultura del grupo. Requiere, también, la capacidad de estos grupos de asumir un cierto nivel de autocontrol, pero al mismo tiempo implica alguna normatividad del grupo sobre el individuo y su relación con los consumos (de drogas, y de otras cosas). Para que funcione, este tipo de prevención debe tener su punto de partida en la cultura y el conocimiento de los grupos con los que se trabaja o, como se dice desde la antropología, en los mundos locales de significados. Se trata de trabajar con la microcultura del grupo desde un modelo participativo, lo que implica ver las posibles vías de prevención sobre la base de sus intereses.

Aplicando este planteamiento a adolescentes y jóvenes, hay que partir de cuatro puntos que nos parecen elementales para abordar la prevención de drogas entre ellos:

1) **El reconocimiento de que la gente joven se ve atraída por las drogas y va a experimentar con ellas pese a la prohibición**. Esto es un dato de la realidad soslayado por las políticas hasta ahora dominantes en materia de prevención del consumo de drogas. Los adultos consumen drogas más ligadas a la cultura hegemónica, pero en los jóvenes hay quizás una mayor diversidad: desde un tipo de consumo asociado precisamente a la contraidentificación con los adultos, en el que su prohibición es un elemento de atracción, hasta aquellos que se identifican con la moda juvenil, en el sentido más amplio del término.
2) **Hacer circular y discutir la información veraz tanto sobre los efectos deseados como no deseados de las sustancias**. Efectivamente un joven puede ir a buscar en la sustancia determinadas efectos, pero en el camino se encuentra con otros que no esperaba. Por ejemplo, puede recurrir al éxtasis para bailar toda la noche, pero luego padecer accesos de sudor y

náuseas no previstos. Así pues, estos temas deben tratarse de forma clara y directa.

3) **Fomentar el conocimiento de los distintos aspectos relacionados con las drogas, tanto en el individuo como en su entorno**. Sabemos que la información por sí sola no lleva a ninguna parte porque, en realidad, no existe, siempre va teñida de una cierta carga emocional, a la vez que de unas u otras orientaciones de valores, que es mucho mejor explicitar si queremos tener una cierta credibilidad. No me refiero, pues, a la supuesta «información sobre drogas», clara o sutilmente moralizante a la que nos tienen acostumbrados muchas campañas antidroga que, a la postre, resultan inútiles. Me refiero a aquellos datos más contrastados empíricamente provenientes de distintos ámbitos, desde el laboratorio y la clínica, hasta los de tipo comunitario, doméstico, callejero, etc. de todos los cuales obtendremos conocimiento de los distintos aspectos, tanto positivos como negativos, de los usos de drogas. Una información de calidad, en este sentido, no acostumbra a ser suficiente –por aquello de la carga emocional citada y que también habrá que saber gestionar–, pero sí es absolutamente necesaria.
4) **Aplicar las medidas técnicas, teniendo en cuenta que solo funcionan cuando realmente se ubican en el mundo de los grupos correspondientes**, y que son necesarias en efectos como el pánico, las náuseas, la sobredosis y, en definitiva, en distintos momentos de los consumos de drogas. Una vez más cabe señalar que la prevención en el campo de las drogas, y especialmente entre los jóvenes, será mucho más útil si se centra en la capacidad de lograr que la gente maneje los consumos –incluyendo aquí el hacerlos o no– evitando aquellos aspectos más problemáticos y enfatizando los más positivos, que no si se pretenden utópicas abstenciones totales como norma general.

Esto nos lleva a las políticas de **reducción de riesgos y daños**, que se iniciaron en zonas de Inglaterra y Holanda en la época de la expansión del sida (primeros años ochenta) y que fueron implementando, sobre todo, las administraciones locales y regionales, siendo pronto reconocidas por las autoridades sanitarias europeas:

> «**Las políticas** de acción para resolver los problemas que resultan del consumo de drogas **deberían revisar su objetivo final –abandono del consumo– y considerar objetivos intermedios –disminución de la mortalidad, limitación del riesgo de infección**

por VIH u otros agentes infecciosos, reducción de la marginalidad, etc. – como aspectos esenciales que hay que atender.»

Declaración del Consejo de Ministros de la Salud de la Unión Europea, 16/5/1989, citada en Nieva *et al*. (1955, pág. 26).

Ello significa considerar a los usuarios como interlocutores reconocidos por las instituciones, a partir del conocimiento directo de sus necesidades[9], ofrecer alternativas de salud a los consumidores que no pueden o no quieren dejar de consumir, pensar en medidas técnicas (intercambio de jeringuillas, provisión de cazoletas, consejos para un uso más sano, etc.) independientemente de su posible repercusión penal... En fin, un conjunto de acciones que choca muchas veces con las leyes prohibicionistas pero ante las que ha habido tolerancia por su gran eficacia en el abatimiento del VIH-sida y otras infecciones, sobre todo en contraste con el gran fiasco propiciado por el prohibicionismo (adulteración, incitación al consumo por la implicación de los consumidores en el mercado negro, mitificación adolescente de «la droga prohibida», falta de medidas higiénicas, no tratamiento por miedo y otras dificultades de acceder a las instituciones de salud, estigmatización, marginalidad, etc.).

Si las políticas de reducción del daño habían nacido en un momento muy dramático, la evaluación de la eficacia del modelo (Varios autores, 2010), junto con el proceso de normalización de los usos de drogas, crearon las condiciones para aplicarlo a la reducción de riesgos, sobre todo en el ámbito de la juventud, es decir, a la creación de lo que podríamos llamar unas **condiciones preventivas**» basadas en los modelos participativos que acabamos de ver. En este caso, …

«lo interesante de este tipo de programas es que sus resultados pueden ser útiles tanto para poblaciones consumidoras como no consumidoras. Aunque hay un equívoco previo a aclarar: muchas veces, desde el desconocimiento de lo que significa realmente la reducción de daños y riesgos, se piensa que este tipo de programas son solo para consumidores, cosa que piensa también una parte de los jóvenes que, como no se identifican como consumidores, creen que lo que allí se les plantea no va con ellos. Sea como fuere, lo cierto es que los efectos de un programa de reducción de daños serán distintos según si la persona que se involucra en él es o no consumidora y, en este segundo caso, según las pautas de consumo que tenga. Así se desprende de un estudio de evaluación de las políticas y programas de salud pública en reducción de daños reali-

9. De hecho, gran parte de las primeras intervenciones de reducción de daños, como el intercambio de jeringuillas, fueron iniciativa de asociaciones de usuarios de Amsterdam, en los años ochenta.

zados en Cataluña, donde leemos que los efectos más relevantes sobre la población consumidora consultada son que:

- produce una reflexión sobre la gestión del consumo
- despierta la conciencia de salud
- produce una moderación en la intensidad y frecuencia del consumo
- da herramientas y recursos para defender pautas de consumo responsable
- Mientras que lo que se manifiesta en la población no consumidora es que:
- "provee de recursos argumentales para defender y consolidar la decisión de no consumir " (Faura R. *et al*., 2007:14).

Ni qué decir que este último punto es importante para el tema que estamos discutiendo, ya que pone de relieve la capacidad que tienen las informaciones vehiculizadas a través de programas de reducción del daño para ampliar y consolidar las posibilidades de prevención primaria en personas no consumidoras, tal como ya mostraron en un estudio evaluativo anterior Benschop, Raves y Korf (2002).»

O. Romaní (2008). «Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño». *Salud Colectiva* (vol. 4, núm. 3, págs. 308).

El modelo general de reducción de daños y riesgos ha sido desarrollado de maneras distintas, y hay quien pretende reducirlo a un mero conjunto de medidas técnicas que cada cual sería responsable de aplicarse, una vez adquiridas en el mercado, en una visión muy coherente con los mecanismos de la gubernamentalidad posmoderna.[10] Pero en el campo de las drogas, como en el de la salud en general, sabemos que hablar de medidas eficaces es hablar también de medidas justas, pues o la eficacia es para toda la población o no es tal (Navarro y otros, 2003; Farmer, 2004), lo que supone tener en cuenta, además de todos los elementos técnicos, los condicionamientos estructurales y las relaciones de poder, las dimensiones políticas que atraviesa toda sociedad, tanto en el momento del diagnóstico de la situación como en el de programar intervenciones.

Así pues, las posibilidades de las citadas políticas en estos momentos las calibraba de la manera que sigue:

10. Siguiendo la ideología del *new public management*, que reza que la privatización de los servicios sociales y sanitarios permite su mayor eficiencia, al estar regidos por el mercado; cosa nunca comprobada empíricamente, por cierto.

> «De hecho, esta línea de fomentar y sistematizar la participación de los propios afectados por problemas de drogas y la de sus redes sociales primarias en programas de reducción de daños, de buscar fórmulas de colaboración más horizontal entre los técnicos y las poblaciones afectadas, de luchar por conseguir mayores recursos, de intentar clarificar de cara a la población general qué es lo que se está haciendo en reducción de daños, de buscar alianzas con otros sectores sociales para conseguir una cierta ampliación de la capacidad de decisión de "los de abajo", etc., etc., es lo que se está intentando tirar hacia adelante desde hace varios años por parte de distintos grupos de ciudadanos y ciudadanas, básicamente (aunque no solamente) profesionales de drogas, usuarios y familiares, a través no solo de la actividad del día a día en los distintos dispositivos de reducción de daños, sino también a través de investigación aplicada, formación, publicaciones, movilizaciones, distintas iniciativas políticas, reuniones y congresos a distintos niveles, pues no quieren ser solamente "las fuerzas opositoras transformadas en proveedores de servicio", en acertada expresión de Rose (2007, pág. 138) cuando se refiere a la externalización de servicios sociales, sino algo más.»
>
> O. Romaní (2013). «Reducción de daños y control social, ¿de qué estamos hablando?» (pág. 11).

Diría, pues, que la tensión entre las ofertas del discurso neoliberal para «un buen gobierno de las drogas» que se ofrece en el mercado, y las líneas de trabajo con ya bastantes años de profundidad que llevan en sus espaldas los citados grupos de profesionales y consumidores a partir de sus experiencias personales, profesionales y políticas, en el sentido de intentar incorporar la reducción de daños al campo de la salud pública, es la que marca la arena de lo que se puede hacer en estos momentos en las políticas de reducción de daños.

4.2. La normalización de los usos de drogas: potencialidades

¿Qué entendemos por normalización de los usos de drogas? La podemos considerar:

1) desde un punto de vista descriptivo, cuando constatamos que el uso de drogas, incluidas las ilegales, ya no significa mayoritariamente situarse en la marginalidad o la contracultura, sino más bien responder a unas ciertas exigencias del consumo como forma de integración social;[11] y

11. Aunque también pudimos analizar que, incluso en el mundo dominado por el prohibicionismo, siempre hubo sectores que hicieron consumos normalizados de drogas, incluyendo a consumidores de heroína.

2) desde el punto de vista valorativo, cuando afirmamos la necesidad de la normalización de los usos de drogas para que se pueda llegar a un tipo de regulación de los mismos que no sea tan dañina como el prohibicionismo dominante estas últimas décadas.

En el caso español, podríamos ejemplificar dicha normalización analizando los usos y significados de las tres principales drogas consumidas, sobre todo por los menores de treinta y cinco años, como son el alcohol, el tabaco y el cannabis. Son las sustancias más consumidas por los estudiantes de catorce a dieciocho años, según los últimos datos disponibles de la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en la Enseñanza Secundaria (ESTUDES, 2014). Tomando en cuenta los consumos de dichas sustancias en el último año, vemos que un 81,9 % habían tomado bebidas alcohólicas, un 35,3 % tabaco, y un 26,6 % cannabis (seguidos, en una posición intermedia, por un 11,6 % que habían tomado hipnosedantes y, a gran distancia, un 2,5 % que habían tomado cocaína y otras sustancias ilegales, hasta llegar al 0,7 % de consumos de heroína).[12]

Considerando la evolución de los consumos en las dos últimas décadas, esta encuesta nos indica que tanto los consumos de alcohol como de tabaco sufren un repunte dentro de la tendencia descendente de estos años, mientras que el cannabis se estabiliza, dentro del descenso significativo que persiste en la última década. Vale la pena constatar también otros aspectos, como que el consumo de hipnosedantes, que tuvo un salto notable en el año 2008[13], va ascendiendo de forma persistente hasta hoy en día; que el *binge drinking*[14] se produce entre los adultos jóvenes (20-29 años) tanto hombres como mujeres; o que estas ya igualan y a veces sobrepasan a los hombres en ciertos consumos de drogas legales, mientras que los hombres continúan siendo mayoritarios en los de las ilegales.

Estos son los datos cuantitativos, que nos hablan de mayorías, o de amplias minorías, de consumidores de las tres sustancias principales, pero que nos remiten a tener en cuenta lo que significan de aceptación de dichos consumos en sus contextos cotidianos de vida, de accesibilidad a las sustancias, de mecanismos informales de control grupal... Cosa que acaba afectando no solo a estas tres sus-

12. Esto se corresponde hasta cierto punto con las drogas consumidas por la población de 15-64 años, según la encuesta a la población general del mismo PNSD (EDADES, 2013-2014), en que las dos primeras drogas continúan siendo el alcohol (78,3 %) y el tabaco (40,7 %), pero seguidos en este caso por los hipnosedantes (12,2 %) y en cuarto lugar el cannabis (9,2 %), según hemos visto en la pág. 109.

13. Recuérdese, el año siguiente después del *shock* producido por los grandes poderes financieros, al que piadosamente se suele llamar «crisis»...

14. O sea, los «atracones de alcohol».

tancias, sino a todas las demás, que forman parte de un mercado en el que se va a buscar normalidad, sociabilidad, integración en las modas juveniles, en fin, un conjunto de aspectos materiales y simbólicos que marcan unas maneras de «estar en el mundo», y con las que se identifican tanto consumidores como no consumidores que comparten ambientes.

En definitiva, siguiendo a Martínez Oró (2015):

> «reservaremos el concepto de normalización para el proceso sociocultural e histórico (macrosocial) que ha desembocado en el actual escenario. Y, por otra parte, entenderemos la normalidad (microsocial) como la posición de integración social donde se sitúan los consumidores [...] La normalización representa el marcador de cambio respecto a los consumos compulsivos de heroína. Los elementos que posibilitaron la normalización fueron: la disminución de la alarma, la difusión de los consumos, la mayor accesibilidad a las sustancias, la desvinculación de la marginalidad, y lo más importante, unas consecuencias menos problemáticas.»
>
> D. P. Martínez Oró (2015). *Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas* (págs. 183-184).

Todo ello no equivale a afirmar que no haya consumidores problemáticos. Pero parece claro que las condiciones de normalidad en medio de las cuales los jóvenes han aprendido, entre otras cosas, a consumir drogas, permiten gestionarlas mejor, saber más qué es lo que se quiere conseguir con ellas, conocer un poco mejor sus riesgos y sus beneficios. Además, el hecho de que haya una generación de padres (o, incluso, de abuelos) que ya han conocido directamente las drogas ilegales permite (cosa que no significa que sea siempre así) una comunicación más tranquila con ellos, de la que se pueden seguir consejos más sensatos y herramientas más útiles para la prevención de los efectos indeseados de las drogas que del discurso tremendista de la prohibición (Gamella y Jiménez, 2003; Pallarés y Martínez Oró, 2010). Al plantear un diálogo sobre riesgos reales y no sobre fantasmas, desde la proximidad, y no como un discurso «contra» ellos, ajeno a ellos y a sus preocupaciones (con este tufo de doble moral que los adolescentes saben detectar tan bien), tiene muchas más posibilidades de ser integrado por ellos y ellas, si no inmediatamente, si a medio plazo, como ocurre con tantas otras cosas de su vida.

> «La difusión de los consumos entre jóvenes normalizados comportó que los consumos dejasen de pertenecer exclusivamente a las subculturas juveniles y se desvincularan de

> la marginalidad. La desvinculación dificulta la aparición de problemas, especialmente con la justicia, porque se deja de mantener contacto con las actividades informales. La gran mayoría de consumidores para drogarse ya no tienen que acudir a determinados barrios, [...] la normalización ha conseguido alejar a los jóvenes de los *bajos fondos* […] destacamos tres elementos socioculturales para explicar por qué las prevalencias descienden y los jóvenes sienten menos atracción por las drogas. El primero: la menor utilización de los consumos como práctica para transgredir. El segundo: la pérdida del valor simbólico de los consumos como ritual de paso. El tercero: las drogas han dejado de pertenecer exclusivamente a la condición juvenil.»
>
> D. P. Martínez Oró (2015). *Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas* (págs. 185-187).

Estos elementos que acabamos de ver posibilitan, además, la emergencia de un discurso que les permite evaluar de una forma bastante precisa los mayores o menores riesgos relacionados con el placer que se quiere conseguir, según el tipo de consumo que se realice, y ejercer un cierto control sobre los consumos, propios y ajenos, pues supone una forma de posicionarse y posicionar a los demás. Este discurso se puede entender como una práctica de control del grupo, que a través de la categorización de las diversas posiciones, sintetizadas por Martínez Oró (2015) desde los consumos esporádicos a los autodestructivos, pasando por los intensivos, los descontrolados y los problemáticos, indica las actitudes y comportamientos a tomar respecto a cada uno de ellos.

Considerando una vez más el cannabis como ejemplo significativo, es interesante constatar que la normalización y, más en concreto, los discursos con ella relacionados, coinciden en el tiempo con un descenso de las prevalencias de consumo. No pretendo caer en los mismos simplismos que antes he criticado de establecer unas relaciones de causa-efecto en fenómenos que son complejos, pero lo que sí es evidente es que no se han cumplido los malos presagios con que las autoridades del prohibicionismo nos amenazaban al decir que «un descenso de la percepción del riesgo» respecto al cannabis era un predictor del aumento de su consumo. Según los propios datos del Plan Nacional sobre Drogas, desde los inicios de siglo hay un notable descenso de la **percepción del riesgo** en relación con los consumos esporádicos de cannabis (yo diría, en realidad, una percepción mucho más ajustada a la realidad y a su experiencia), y que coincide, no precisamente con un aumento, sino con un claro descenso de dichos consumos.

El discurso oficial sobre las drogas se basa sobre todo en una metodología estadística, epidemiológica y experimental, que ignora por su propia lógica el rol de la experiencia de los propios jóvenes. Esto les lleva a ignorar a todos aquellos que solo han consumido cannabis (u otras drogas) alguna vez; estos, y las circunstancias en que ello ha acontecido, desaparecen del discurso oficial de «droga no», ya que entra en contradicción con él, poniendo en evidencia que uno no queda enganchado necesariamente la primera vez. El no tomar esto en consideración entra en contradicción con su discurso de la importancia de la prevención, al no aprovechar para la misma la experiencia de estos jóvenes, que serían un ejemplo de que las drogas se pueden probar algunas veces y no pasar de ahí, en lugar de poner a la gente joven siempre ante la disyuntiva, mucho más dura y menos adaptativa a las distintas realidades, del «todo o nada» ya mencionado (Sepúlveda, 2010).

Para terminar, pues, creo que una razón fundamental para subrayar la urgencia que representa la normalización para plantearnos unas políticas de drogas más justas y eficaces se basa en la necesidad de intervenir para poder paliar algunos problemas que sufren ciertos adolescentes que, entre otras cosas, tienen consumos intensivos de cannabis que no hacen más que dificultarles otros aspectos de su vida. Esto requeriría un trabajo centrado en los adolescentes y su mundo, en lugar de continuar con la «fetichización de la sustancia», sea el cannabis u otra. Ya no vale tratar de lucirse en la **lucha contra la droga**, y así obviar el conjunto de problemas que realmente están en la base de los actuales malestares de la adolescencia, sino que deberíamos intentar centrarnos en ellos si es que queremos, efectivamente, trabajar para una mejor salud mental colectiva y una mayor cohesión social a partir del síntoma drogas. Lo que pasa es que esto es más complicado, porque todo proceso educativo integral requiere cuestionar algunas de las bases de nuestra propia sociedad, y a pesar de las apuestas de parte de la sociedad civil, pocas instituciones con real capacidad de decisión parecen dispuestas a ponerle el cascabel al gato.

Glosario

drogas *f pl* Sustancias químicas que, incorporadas al organismo humano en poca cantidad, tienen capacidad de modificar varias funciones de este (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas.

drogodependencia *f* Conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (así como otras manifestaciones), pero cuyo síntoma principal sería las grandes dificultades que experimenta una persona para cambiar su situación, consistente en la organización del conjunto de su vida cotidiana alrededor del consumo compulsivo de determinadas drogas.

juventud *f* Tramo del proceso biográfico que actualmente se suele situar entre los 15-35 años, distinguiendo la adolescencia (15-18, aproximadamente) de la juventud adulta (18-35 años). Es una categoría que hay que distinguir de «jóvenes», personas que están en este tramo de su vida pero que lo pueden vivir en situaciones sociales muy diversas. Los principales estudios de juventud se focalizan en las transiciones profesionales y familiares, y se basan en el construccionismo biográfico.

modelo sociocultural de análisis *m* Al partir de la intrínseca relación entre contextos, sujetos y sustancias, ha permitido explicar muchas más cosas que otros abordajes anteriores, basados en un positivismo formal de tipo monocausal.

normalización de las drogas *f* Puede ser: a) descriptiva: constatación de que el uso de drogas, incluidas las ilegales, ya no significa mayoritariamente situarse en la marginalidad o la contracultura, sino responder a unas ciertas exigencias del consumo como forma de integración social; b) valorativa: afirmar la necesidad de la normalización de los usos de drogas, y la ocasión que esta nos brinda para poder llegar a un tipo de regulación de los consumos que no sea tan dañina como la provocada por la criminalización de algunas drogas, que acaba afectando a los usos de todas ellas.

prevención *f* Conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir, de forma razonable, la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas.

reducción de riesgos y daños *f* Políticas cuyo objetivo final no es tanto conseguir el abandono del consumo como centrarse en objetivos intermedios, tales como la limitación del riesgo de infección por VIH u otros agentes infecciosos, la disminución de la mortalidad, la reducción de la marginalidad, etc. Hay distintas corrientes entre ellas, destacando la que se propone trabajar no solo sobre los consumos más problemáticos, sino también sobre los riesgos y daños provocados por ciertas leyes sobre drogas.

riesgo *m* Situación, comportamiento o acción a partir de la cual existe la probabilidad de que se deriven ciertos perjuicios o daños, o no. No se puede confundir con peligro cierto o con daño, pues entonces postulamos una relación causa-efecto entre situación/comportamiento y efecto negativo, que nos niega la posibilidad de trabajar este espacio característico del riesgo, que es la probabilidad, para intentar orientarla en sentido positivo.

Bibliografía

Ackerknecht, E. H. (1985). *Medicina y antropología social*. Madrid: Akal.

Alexander, B. K.; Coambs, R. B.; Hadaway, P. F. (1978). «The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats». *Psychopharmacology* (vol. 58, núm. 2, págs. 175-179).

Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.

Benschop, A.; Raves, M.; Korf, D. J. (2002). P*ill testing, Ecstasy and Prevention. A scientific evaluation in three European cities*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Bezard, E.; Dovero, S.; Belin, D.; Duconger, S.; Jackson-Lewis, V.; Przedborski, S.; Piazza, P. V. y otros (2003). «Enriched environment confers resistance to 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridine and cocaine: involvement of dopamine transporter and trophic factors». *The Journal of neuroscience* (vol. 23, núm. 35, págs. 10999-1007).

Blankfield, A. (1997). «The Concept of Dependence». *The International Journal of the Addictions* (vol. 11, núm. 22, págs. 1069-1081).

Bouso, J. C. (2015). «De drogas y datos: un análisis crítico de la nota de prensa del PNSD sobre la EDADES» ICEERS. [Fecha de consulta: 27 de octubre de 2015]. http://news.iceers.org/es/2015/03/de-drogas-y-datos-un-analisis-critico-de-la-nota-de-prensa-del-pnsd-sobre-la-edades/

Brody, G. H.; Beach, S. R. H.; Philibert, R. A.; Chen, Y.-F.; Lei, M.; Murry, V. M.; Brown, A. C. y otros (2009). «Parenting moderates a genetic vulnerability factor in longitudinal increases in youths' substance use». *Journal of consulting and clinical psychology* (vol. 77, núm. 1, págs. 1-11).

Casal, J.; Merino, M.; García, M.; Quesada, M. (2004). *Enquesta als joves de Catalunya 2002*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Casal, J. y otros (2006). «Aportaciones teóricas y metodológicas a la sociología de la juventud». *Papers, Revista de Sociologia* (núm. 79, págs. 21- 48).

Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Comas, D. (1986). «Uso de drogas: del paradigma lewiniano al nuevo rol de las expectativas simbólicas». *JANO* (núm. 713, págs. 65-81).

Comas, D. (2008). «Estado de salud de la juventud». *Informe Juventud en España 2008* (cap. 3). Madrid: INJUVE.

Díaz, A. (1998). *Hoja, pasta, polvo y roca. La naturaleza de los derivados de la coca*. Barcelona: Edicions Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona.

Douglas M, Wildavsky A. (1982). *Risk and Culture*. Berkeley: University of California Press.

Duff, C. (2003). «The importance of culture and context: rethinking risk and risk management in young drug using populations». *Health, Risk & Society* (vol. 3, núm. 5, págs. 285-299).

Edwards, G.; Arif, A. (comps.) (1981). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Ginebra: OMS.

Ellis, C. (2009). *Revision: Autoethnographic Reflections on Life and Work*. California: Left Coast Press.

Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial.

Espluga, J. L. (coord.) (2010). *Salut i joves*. Barcelona: Secretaria de Joventut, Generalitat de Catalunya («Estudis», 29).

ESTUDES (2014). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3218

Farmer, P. (2004). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. University of California Press (Amartya Sen, Foreword).

Faura R.; García, N.; Caussa, A.; Sampietro, H.; Balasch, M.; Sánchez, V. (2007). *Oci nocturn i substàncies psicoactives. Avaluació de les polítiques i intervencions de salut pública amb adolescents i joves en espais d'oci nocturn a Catalunya*. Barcelona: Spora Sinergies.

Feixa, C. (1993). *La joventut com a metàfora. Sobre les cultures juvenils*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Funes, J. (2009). «Adolescentes y drogas: el debate de los "riesgos"». En: Varios autores. *Problemas de drogas, aquí y ahora* (págs. 307-332). Madrid: FAD.

Furst, P. (1980). *Alucinógenos y cultura*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gamella, J.; Jiménez (2003). *El consumo prolongado de cannabis: pautas, tendencias y consecuencias*. Madrid: FAD.

Giddens, A. (1997). «Vivir en una sociedad postradicional». En: U. Beck; A. Giddens; S. Lash. *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno* (págs. 75-136). Madrid: Alianza Editorial.

González, C.; J. Funes, S.; González, I.; Mayol; Romaní, O. (1989). *Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*. Barcelona: Grup IGIA.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona: Bellaterra.

Grant, J. E.; Potenza, M. N.; Weinstein, A.; Gorelick, D. A. (2010). «Introduction to Behavioral Addictions». *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* (vol. 36, núm. 5, págs. 233-241).

Greenwood, D. J. (1984). «Medicina intervencionista versus medicina naturalista: historia antropológica de una pugna ideológica». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* (núm. 3, págs. 57-81).

Grup Igia (2000). *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Barcelona / Madrid: Institut Municipal de Salut Publica / FAD.

Hall, W.; Carter, A.; Forlini, C. (2015). «The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?». *The Lancet Psychiatry* (vol. 2, núm. 1, págs. 105-110).

Harner, M. (1976). *Alucinógenos y chamanismo*. Madrid: Guadarrama.

Harré, J. R. N. (2001). «The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of "mental patients"». *Journal of Mental Health* (vol. 10, núm. 2, págs. 223-235).

Heim, R. (1963). *Les champignons toxiques et hallucinogènes*. París: N. Boubée.

Juliano, D. (2010). «Epílogo. El cuerpo del guerrero. El modelo perverso». En: M. L. Esteban y otros (eds.). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.

Korman, V. (1995). «Enfoque teórico de las drogadicciones». En: V. Korman; M. Díaz (eds.). *Y antes de la droga ¿qué? Una introducción a la teoría psicoanalítica de la estructuración del sujeto* (págs. 15-183). Barcelona: Grup Igia.

Kosten, T. R.; Rousanville, B. J.; Babor, T. F.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. (1987). «Substance-Use Disorders in DSM-III-R. Evidence for the Dependence Syndrome Across Different Psychoactive Substances». *British Journal of Psychiatry* (núm. 151, págs. 834-843).

Kreek, M. J.; Nielsen, D.; Butelman, E. R.; LaForge, K. S. (2005). «Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction». *Nature neuroscience* (vol. 8, núm. 11, págs. 1450-1457).

La Barre, W. (1974). *The Peyote Cult*. Hamdem: The Shoestring Press.

Leshner, A. I. (1997). «Addiction Is a Brain Disease, and It Matters». *Science* (vol. 278, núm. 5335, págs. 45-47).

Lévi-Strauss, C. (1979). «Los hongos en la cultura». *Antropología Estructural. Mito, sociedad, humanidades* (págs. 212-224). Madrid: Siglo XXI.

Livingston, J. D.; Milne, T.; Fang, M. L.; Amari, E. (2012). «The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review». *Addiction* (vol. 107, núm. 1, págs. 39-50).

Lupton, D. (1993). «Risk as a Moral Danger: the Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health». *International Journal of Health Services* (vol. 23, núm. 3, págs. 425-435).

Marlatt, G. A.; Baer, J. S.; Donovan, D. M.; Kivlahan, D. R. (1988). «Addictive Behaviors: Etiology and Treatment». *Annual Review of Psychology* (vol. 39, núm. 1, págs. 223-252).

Martí, O. (1996). «Pensar la dependencia y no la droga». En: X. Arana; R. del Olmo (eds.). *Normas y culturas en la construcción de la Cuestión Droga* (págs. 15-52). Barcelona: Hacer.

Martínez-Hernáez, A. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Martínez, A.; Muñoz, A. (2010). «Olvidar y conversar. Recursos profanos de los adolescentes barceloneses ante el malestar emocional». En: O. Romaní (coord.). *Jóvenes y riesgos: ¿Unas relaciones ineludibles?* (págs. 109-122).

Martínez Oró, D. P. (2015). *Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas*. Barcelona: Bellaterra.

Menéndez, E. L. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Conaculta y Alianza Editorial Mexicana.

Mingione, C. J.; Heffner, J. L.; Blom, T. J.; Anthenelli, R. M. (2012). «Childhood adversity, serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype, and risk for cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol dependent adults». *Drug and Alcohol Dependence* (vol. 123, núms. 1-3, págs. 201-206). Elsevier Ireland Ltd.

Miró, G. (2014). «Daño social y políticas del Estado: un análisis de las políticas de drogas como causantes de grave daño social». *Revista Crítica Penal y Poder* (núm. 7, págs. 149-178).

Moore, D. (1993). «Deconstructing "Dependence". Ethnographic Critique of an Influential Concept». *Contemporary Drug Problems* (vol. 3, núm. 19, págs. 459-490).

Morgenstern, J.; Langenbucher, J; Labouvie, E. W. (1994). «The Generalizability of the Dependence Syndrome Across Substances: An Examination of Some Properties of The Proposed DSM-IV Dependence Criteria». *Addiction* (núm. 89, págs. 1105-1113).

Navarro, V.; Borrell, C.; Benach, J.; Muntaner, C.; Quiroga, A.; Rodríguez-Sanz, M.; Verges, N.; Guma, J.; Pasarín, M. I. (2003). «The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998». *International Journal Health Services* (vol. 3, núm. 33, págs. 419-494).

Nestler, E. J. (2005). «Is there a common molecular pathway for addiction?». *Nature neuroscience* (vol. 8, núm. 11, págs. 1445-1449).

Nieva, P.; Baulenas, G.; Borràs, T. (1995). *Centros de encuentro y acogida*. Madrid: PNSD.

Orford, J. (1990). «Looking for a Synthese in Studying the Nature of Dependence: Facing up to Complexity». En: J. G. Edwards; M. H. Lader (eds.). *The Nature of Drug Dependence*. Oxford: Oxford University Press.

Pallarés, J.; Martínez Oró, D. P. (2010). *¿La experiencia es un grado? El papel de los padres consumidores en la prevención del consumo de drogas*. Barcelona: Fundació Igenus.

Peele, S. (1990). «Addiction as a Cultural Concept». *Annals of the New York Academy of Sciences* (núm. 602, págs. 205-220).

Pérez Islas, J. A.; Valdez, M.; Suárez, M. H. (coords.) (2008). *Teorías sobre la juventud. Las miradas de los clásicos*. México: Porrúa / UNAM-CIIJ.

PNSD (2006). *Cannabis. Informes de la Comisión Clínica*. Madrid: PNSD.

Raikhel; Garriot (eds.) (2013). *Addiction Trajectories*. Durham / Londres: Duke University Press.

Romaní, O. (2004/1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Editorial Ariel.

Romaní, O. (2006). *La salut dels joves a Catalunya. Un estudi exploratori*. Barcelona: OCJ («Col. e-quaderns», 2).

Romaní, O. (2008). «Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño». *Salud Colectiva* (vol. 4, núm. 3, págs. 301-318).

Romaní, O. (coord.) (2010). *Jóvenes y riesgos, ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona: Bellaterra.

Romaní, O. (2011). «La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias». En: J. A. Haro (coord.). *El planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances* (págs. 89-113). Buenos Aires: Editorial Lugar-El Colegio de Sonora.

Romaní, O. (2013). «Reducción de daños y control social, ¿de qué estamos hablando?». En: D. P. Martínez Oró; J. Pallarés Gómez (eds.). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (págs. 103-116).

Romaní, O.; Comelles, J. M. (1991). «Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendence». *Psychotropes* (vol. 3, núm. 6, págs. 39-59).

Romaní, O.; Terrile, S.; Zino, J. (2003). «Drogas y gestión del conflicto social en el cambio de siglo: ¿nuevos sujetos, nuevos espacios de riesgo?». En: C. Da Agra; J. L. Domínguez; J. A. García Amado; P. Hebberecht; A. Recasens (eds.). *La seguridad en la sociedad del riesgo. Un debate abierto* (págs. 227-243). Barcelona: Atelier («Políticas de Seguridad», 2).

Rosenbaum M. (2002). *Seguridad primero: un enfoque realista sobre adolescentes, drogas y educación acerca de drogas*. San Francisco: Drug Policy Alliance.

Satel, S.; Lilienfeld, S. O. (2014). «Addiction and the Brain-Disease Fallacy». *Frontiers in Psychiatry* (vol. 4). doi:10.3389/fpsyt.2013.00141.

Sepúlveda, M. (2010). «La ley del todo o nada: el aguante como ideología». En: O. Romaní (coord.). *Jóvenes y riesgos, ¿Unas relaciones ineludibles?* (págs. 132-143).

Stein, H. F. (1990). *American Medicine as Culture*. San Francisco: Westview Press.

Tomkins, D. M.; Sellers, E. M. (2001). «Addiction and the brain: the role of neurotransmitters in the cause and treatment of drug dependence». *CMAJ* (vol. 164, núm. 6, págs. 817-821).

Tulloch J.; Lupton D. (2003). *Risk and everyday life*. Londres: Sage.

Varios autores (1989). *Propuesta alternativa a la actual política criminal sobre drogas*. Málaga: Instituto de Criminología de la Universidad de Málaga.

Varios autores (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisboa: EMCDDA.

Viola, A. (1995). «Fenomenologia de la persona: introducció històrica a l'obra de Maurice Leenhardt». En: M. Leenhardt. *La persona a les societats primitives*. Barcelona: Icària.

Volkow, N. D.; Koob, G. (2015). «Brain disease model of addiction: why is it so controversial?». *The Lancet Psychiatry* (vol. 2, núm. 8, págs. 677-679).

Waldorf, D. (1980). «A Brief History of Illicit-Drugs Etnographies». En: Varios autores. *Ethnography: A Research Tool for Policymakers in the Drug and Alcohol Fields*. Rockville, Maryland: NIDA.

Walter, A.; Stauber, B. (eds.) (2002). *Misleading Trajectories. Integration Policies for Young Adults in Europe*. Opladen, Leske & Budrich.

Wasson, R. G. (1993/1980). *El hongo maravilloso: Teonanácatl. Micolatría en Mesoamérica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Watzlawick y otros (1971). *La comunicación humana*. Barcelona: Kairós.

Weber, M. (1992). *La ciencia como profesión. La política como profesión*. Madrid: Espasa Calpe.

Xu, Z.; Hou, B.; Gao, Y.; He, F.; Zhang, C. (2007). «Effects of enriched environment on morphine-induced reward in mice». *Experimental Neurology* (vol. 204, núm. 2, págs. 714-719).

Anexos

Los enlaces que siguen permiten ver algunos ejemplos de cómo se pueden trabajar las drogas con jóvenes y adolescentes:

«Las andanzas de Tío Elvis»

Uno de los primeros ejemplos, en el ámbito español, de acercamiento a los jóvenes consumidores de heroína desde la perspectiva de reducción del daño en los años ochenta:

http://hemerotecadrogues.cat/las-andanzas-de-tio-elvis/

Artículo asociado: Romaní, O. (1992). «Marginación y drogodependencia. Reflexiones en torno a un caso de investigación-intervención». En: F. Álvarez-Uría (ed.). *Marginación e Inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales* (págs. 259-281). Textos Universitarios, Ediciones Endymion: http://antropologia.urv.es/DAFITS-URV/images/marginacionydrogodependencia.pdf

El actual desarrollo de la reducción de riesgos

Energy Control (Barcelona): http://energycontrol.org/

Espolea (México): http://www.espolea.org/

Seguridad primero. Un enfoque realista sobre adolescentes, drogas y educación acerca de drogas

Rosenbaum, M. (2002). *Seguridad primero. Un enfoque realista sobre adolescentes, drogas y educación acerca de drogas*: http://www.drugpolicy.org/docUploads/seguridadprimero.pdf

Capítulo IV

Los malestares de los adolescentes

Ángel Martínez-Hernáez

Es un lugar común en las sociedades modernas atribuir a la adolescencia una condición especial de vulnerabilidad al padecimiento de problemas de salud mental. Curiosamente, esta atribución se contradice con las evidencias epidemiológicas sobre la buena salud física en esta etapa vital. Como es sabido, los adolescentes son el grupo de edad menos afectado por enfermedades de tipo orgánico, e incluso esta etapa de la vida ha sido entendida como un factor que ecualiza o amortigua el impacto de las desigualdades sociales en la salud física.[1] Sin embargo, la asociación de la adolescencia con la inestabilidad psicológica es un rasgo recurrente para la mirada adulta, que destaca los riesgos de una etapa en la que los sujetos no parecen estar plenamente subjetivados y, quizá por ello, más expuestos a comportamientos peligrosos y elecciones equivocadas, como el consumo de sustancias psicoactivas o la accidentalidad, entre otras situaciones potenciales, tanto reales como imaginadas, que generan alarma social. Ahora bien, ¿son realmente los adolescentes tan vulnerables como los imaginamos?

La respuesta a esta pregunta no es sencilla, y más si queremos evitar el uso de determinados clichés y analizar este período vital de forma rigurosa. En principio, podemos decir que la adolescencia es una etapa caracterizada por la maleabilidad subjetiva, precisamente porque los individuos se encuentran en un momento de construcción de su identidad. Probablemente por ello son tan frecuentes las lógicas de identificación social; es decir, la incorporación de com-

1. Sobre este debate ver West, P. (1997). «Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth?». *Soc Sci Med* (núm. 44); Williams, J. y otros (1997). «Socioeconomic status and adolescent injuries». *Soc Sci Med* (núm. 44); Spencer, N. J. (2006). «Social equalization in youth: evidence from a cross-sectional British survey». *Eur J Public Health* (vol. 4, núm. 16); Pensola, T. H.; Valkonen, T. (2000). «Mortality differences by parental social class from childhood to adulthood». *J Epidemiol Community Health* (núm. 54); Mullan, E. y otros (2000). «Socioeconomic inequalities in adolescent health». En: Currie y otros (eds.). *Health and health behaviour among young people*. WHO: Copenhague; y Vuille, J. C.; Schenkel, M. (2001). «Social equalization in health of youth». *Eur J. Public Health* (núm. 11), entre muchos otros.

portamientos que resaltan adscripciones a grupos sociales, a movimientos, modas y tendencias, ya sean musicales, subculturales o ideológicas. Este gregarismo, que opera principalmente en las relaciones horizontales o entre iguales, conforma todo un mundo de valores, lealtades y significados compartidos que conforman estilos de vida y determinan aquello «que importa»[2] («ser alguien») para la percepción de los sujetos, incluyendo las propias ideas de vulnerabilidad y de riesgo, o sus ausencias. **Para el adolescente, el papel de su grupo de iguales es al adulto imaginado como la relación con los adultos es al niño ya vivido. Ambos tipos de vínculos conforman la arena social para entender sus emociones y también sus malestares. El adolescente de nuestros mundos contemporáneos es un sujeto en continuo conflicto de lealtades entre los progenitores y sus iguales, en continua relegitimación de sí mismo**.

En otro orden de cosas, los procesos de transformación de las sociedades de capitalismo avanzado han generado nuevas incertidumbres y potenciado viejas inseguridades que tienen un impacto en la vida de los ciudadanos de la modernidad, especialmente en los grupos más vulnerables. Los adolescentes, por su posición vital intermedia entre un pasado por concluir y un futuro por proyectar, son un colectivo especialmente sensible a estos procesos. Quizá por ello, un cuerpo considerable de literatura apunta que se han incrementado los malestares de este grupo de edad (Birchwood y Singh, 2013). Por **malestares** nos referimos a una serie diversa de fenómenos entre los que se encuentran los estados de ánimo negativo y los síntomas depresivos, los cuales, si bien no adquieren siempre un estatus psicopatológico (clínico), conforman un problema asistencial y social de gran magnitud.

Diversos estudios asocian la depresión en la adolescencia con el consumo presente o futuro de sustancias psicoactivas, el diagnóstico de trastorno mental severo en la vida adulta y el suicidio. También algunas investigaciones subrayan la importancia de los factores sociales y los estilos de vida en la etiología y pronóstico de este tipo de trastornos, como la discriminación social, el maltrato parental y el *bullying*. Por otro lado, la incidencia y prevalencia de la depresión parece ir en aumento entre los adolescentes (Birchwood y Singh, 2013), así como la autopercepción de malestar entre los jóvenes y los llamados **estados de ánimo negativos**. Se calcula que la prevalencia de vida entre los trece y los dieciocho años es de 14,3 % para los trastornos del estado de ánimo y de 31,9 % para los

2. Lo que importa o lo que «está en juego» (*at stake*) en un mundo moral local, tal como nos indica Kleinman (1995).

trastornos de ansiedad (Merikangas y otros, 2010). Esta estimación tiene en cuenta exclusivamente los casos de trastorno franco, a los que debemos adicionar los malestares subclínicos (Balázs y otros, 2013).

Si bien los datos sobre la depresión en la adolescencia destacan por su dimensión y su crecimiento en los últimos años, también es necesario subrayar que esta tendencia sigue la misma lógica entre la población adulta. Según el informe anual de 2001 que la OMS dedicó a la salud mental, los trastornos de tipo depresivo constituyen la cuarta enfermedad en términos de prevalencia mundial para la población general y una de las primeras causas de discapacidad y mortalidad causada por suicidio (WHO, 2001, 2004). La previsión de futuro resulta aún menos optimista, ya que se calcula que en el año 2020 la depresión será la segunda enfermedad más prevalente en el mundo, únicamente por detrás de la cardiopatía isquémica. Esta previsión, como es obvio, incorpora a los actuales adolescentes y jóvenes que serán los adultos del futuro.

Los datos aportados por la OMS son significativos, principalmente por su alcance global y por la autoridad de este organismo, pero no son nuevos. Desde finales de la década de los ochenta ha ido creciendo entre los profesionales sanitarios, las agencias nacionales e internacionales dedicadas a la salud mental y los medios de comunicación de masas la idea de que estamos ante una «era de la depresión». Las estimaciones epidemiológicas realizadas en Europa para la población general apuntan en esta misma dirección e informan de una tasa de **depresión mayor** del 14 % a lo largo de la vida y de un 4,2 % al año. Si añadimos los casos de ansiedad (13,6 % a lo largo de la vida y 6 % al año), las distimias y los estados depresivos subclínicos, los datos alcanzan porcentajes de extraordinaria magnitud.

Aquí consideramos que existen algunas claves interpretativas para entender este fenómeno de aumento de los estados depresivos y ansiosos, tanto en el terreno de las **políticas contemporáneas en salud mental** como en las **condiciones sociales** más amplias que influyen en la incidencia de estos malestares.

En el primer caso, observamos un interés creciente en diagnosticar estados de aflicción que antes no eran percibidos como merecedores de asistencia en los dispositivos profesionales, al menos no con la misma amplitud y extensión que hoy en día, ni indagados en la población general de la forma sistemática en la que son analizados actualmente mediante los protocolos epidemiológicos y de atención. De hecho, la popularización de la asistencia en salud mental en las redes especializadas y en la atención primaria ha permitido la inclusión de sectores de población que antes no frecuentaban estos servicios por estos motivos o que,

simplemente, no verbalizaban este tipo de demanda. A ello ha ayudado la progresiva delegación de la resolución de las aflicciones en los sistemas expertos por parte de los diferentes grupos sociales, pero también la presión de la industria farmacéutica y sus intereses por potenciar el mercado de las nuevas moléculas de antidepresivos, así como el solapamiento de la fenomenología depresiva con estados habituales de la adversidad humana y del ciclo de la vida.

Otra interpretación sobre el aumento de la incidencia y prevalencia de la depresión es que los procesos de transformación social conocidos como globalización han generado nuevos riesgos de exclusión entre los grupos más vulnerables. La eclosión de las nuevas tecnologías en las esferas pública y doméstica, las modificaciones en la estructura familiar, la desterritorialización de los grupos humanos con sus efectos diferenciados a lo largo de las diferentes generaciones o la cultura del consumo son –por poner solo algunos ejemplos– factores de cambio social que pueden generar tanto un considerable potencial creativo como nuevas situaciones de malestar, sufrimiento y exclusión.

En esta contemporaneidad que algunos autores han definido como de vida líquida (Bauman 2006), los adolescentes, por su posición intersticial entre un pasado por concluir y un futuro por desarrollar, adquirirían un estatus ambivalente entre la adaptabilidad y la vulnerabilidad a las transformaciones sociales. De alguna forma, podemos pensar que este colectivo expresaría las condiciones de un horizonte abierto semejante *a* o mimético *con* las condiciones de la modernidad y sus potencialidades, como son las fluidez, la adaptabilidad a los cambios sociales y también la mayor flexibilidad en la modificación de conductas, hábitos y estilos de vida.

Con todo, las posibilidades adaptativas y el uso del capital social para afrontar las adversidades derivadas de la modernidad fluida se ven disminuidos en el caso de determinados grupos sociales. **Las incertidumbres propias de nuestro tiempo generan tanto oportunidades como riesgos de exclusión**; sobre todo, en este último caso, cuando estamos hablando de los jóvenes de clases sociales más desfavorecidas, de minorías étnicas excluidas y de género femenino que perciben un mayor **riesgo de desafiliación** o dificultad estructural para reproducir sus existencias y asegurar su protección (Castel, 1995).

En este texto nos proponemos entender los malestares de los adolescentes y jóvenes como fenómenos con vida social. No se trata de negar la importancia de las dimensiones psicofisiológicas, neuroquímicas, hormonales, psicológicas y psicodinámicas de las aflicciones, sino de mostrar que estas son coproducciones donde se integran y condensan también factores sociales como el género, el nivel

de renta, la estructura de las familias, la comunicación con los progenitores, la red social de los adolescentes, sus vínculos con el sistema biomédico y los dispositivos psicoeducativos, así como sus formas profanas de autoatención y autocuidado y sus procesos de búsqueda de bienestar, entre otros muchos aspectos. Pensamos que el conocimiento del mundo social de los estados de ánimo y las aflicciones constituye una dimensión olvidada en este campo y que, adicionalmente, resulta de gran importancia para repensar las políticas e intervenciones en salud mental. Con este propósito, aquí haremos uso de nuestros propios datos, recabados en el marco del proyecto de investigación «Los malestares de los adolescentes». Si bien estos datos se limitan al ámbito geográfico de los adolescentes catalanes, pensamos que pueden ser útiles para alumbrar, en un sentido más amplio, algunas cuestiones centrales de los estados de ánimo y las aflicciones de los adolescentes en las sociedades contemporáneas.

1. El proyecto «Los malestares de los adolescentes»

El proyecto «Los malestares de los adolescentes» se inició a finales del año 2009 con un planteamiento profundamente 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. Nuestro objetivo fue indagar sobre los malestares de tipo depresivo y/o ansioso de los adolescentes y jóvenes catalanes y la relación de estas aflicciones con sus estilos de vida y con los modelos profanos de afrontar la adversidad.

La opción de utilizar un término como **malestares** y no otros posibles como «síntomas depresivos», «sintomatología», «depresión clínica y subclínica» o «trastornos mentales», devino de nuestra tentativa de evitar el uso de categorías biomédicas y psicopatológicas que dificultasen una apertura al horizonte de sentido y a los mundos vitales de los sujetos de estudio. Como es sabido, un elemento diferencial de las ciencias de tipo clínico y de las ciencias sociales deviene del carácter normativo de las primeras frente al perfil más metanormativo de las segundas. Un autor clásico de las ciencias sociales, Max Weber, lo explicó con lucidez cuando apuntó sobre el «sentido» que interesaba a las ciencias sociales: «En modo alguno se trata de un sentido objetivamente justo o de un sentido verda-

dero metafísicamente fundado»[3], sino más bien del «sentido subjetivo de los sujetos de la acción» que puede darse en un caso históricamente dado y que puede adquirir estructuración de tipo ideal entre los sujetos sociales.[4] En este contexto, hablar de malestares o aflicciones constituyó un esfuerzo para soslayar categorías que pudiesen determinar los sentidos nativos por la imposición de códigos previos para interpretar los mundos vitales de los jóvenes.

El punto de partida fue pensar que, si bien las categorías diagnósticas tienen su relevancia en un contexto clínico, en el marco de una investigación cualitativa se pueden convertir en un obstáculo para la comprensión de las narrativas y los comportamientos, ya que enfatizan la condición de verdad y certeza de los discursos propios de los sistemas expertos frente a los códigos culturales de los grupos sociales usualmente denominados legos o profanos. Dicho de otro modo, los términos diagnósticos pueden imponer significación a la vez que dificultar la comprensión de ese «sentido de la acción social» al que apelaba Weber. Con todo, somos conscientes de que el sentido de la acción social es un sentido racionalizado por el intérprete/investigador y a la vez un sentido rescatado de la acción investigada. En otras palabras: es un sentido compuesto tanto por lo que podemos llamar **conceptos profesionales** como por nociones locales que conforman un saber, el cual, lejos de poder ser comprendido (en su sentido de *Verstehen*) desde categorías de verdad apriorísticas, únicamente puede ser entendido y decodificado a partir de una cierta posición de «no-saber» por parte del investigador.

La posición epistemológica y metodológica denominada del «no-saber» característica de esa búsqueda del «sentido de la acción social» tiene un efecto en la

3. Weber, M. (1987). *Economía y sociedad* (pág. 6). México: FCE.

4. Como señalaba Weber, el quehacer de disciplinas como la ética, la jurisprudencia, la lógica, la estética, pero también podríamos añadir aquí la medicina, la psiquiatría y la psicología clínica, no puede escapar a la dimensión normativa y prescriptiva. La vinculación a un «deber ser», que se refleja en dicotomías como lo justo y lo injusto, lo bello y lo grotesco o lo normal y lo patológico, convierte a estos saberes en dependientes de una prescripción, porque su objetivo no es tanto descubrir el conjunto de normas que regulan el juego social o explorar los sentidos y los significados, como crear, recrear, modificar y transmitir las normas y los sentidos de ese mismo juego. Esto no significa que en estas tradiciones de conocimiento no existan discrepancias en torno a cuáles han de ser esos principios normativos y cómo incorporar nuevos cánones, sino que aquello que resulta significativo en todos estos casos es la existencia de un rol instrumental en la recreación y/o transformación de la realidad. Frente a esta posición prescriptiva, nosotros entendemos que en ciencias sociales uno de los objetivos fundamentales es capturar un sentido que, según Weber, no es otro que el punto de vista nativo. Aquí no se trata de la necesidad de dictaminar la normatividad de la acción, sino de comprenderla, y esta condición que podemos llamar **metanormativa** tiene consecuencias evidentes en la forma de aproximarse a otros mundos de experiencia.

praxis de la investigación, en la valoración de los saberes profanos y también en la estructuración de los productos que serán el resultado de las indagaciones de este tipo. La conocida profusión en la escritura antropológica de categorías *emic* o propias de eso que Geertz (1983), parafraseando a Kohub, ha llamado *experience-near* (experiencia cercana), es una prueba y a la vez un reflejo de una inflexión de la antropología, en particular, y de parte de las ciencias sociales por extensión: aquel tipo de oscilación teórica y también epistémica entre un mundo del que se quiere saber (el nativo) y un mundo supuestamente conocido (el profesional).

«Los malestares de los adolescentes» es una investigación que intentó rescatar las narrativas, sentidos y mundos vitales de un grupo de actores, pero ofreciendo una comprensión más allá de la simple recuperación de voces y testimonios, pues asumimos que el producto de las indagaciones siempre será resultado de una relación dialógica e intersubjetiva entre diferentes horizontes de sentido (expertos/legos, profesionales/profanos, investigadores/ investigados) (Martínez-Hernáez, 2010).

Con todo, nuestro proyecto no se puede definir como un estudio etnográfico en sentido estricto. Si tenemos en cuenta las tres famosas vías del trabajo de campo antropológico[5] apuntadas por Malinowski: el análisis observacional que pue-

5. En Los *Argonautas del Pacífico Occidental*, Malinowski plantea tres vías que considera fundamentales para un completo trabajo etnográfico. En primer lugar, lo que él denomina «el método de documentación estadística a partir de datos concretos» y que incluye aspectos tan diversos como el censo de cada comunidad, la información geográfica y documental aportada por planos y mapas, etc. Más que una técnica concreta, Malinowski parece subrayar la necesidad de una documentación minuciosa y generalizada sobre un grupo social específico a partir de técnicas que, desde su perspectiva, no requieren de un conocimiento del punto de vista nativo, pues son «cristalizaciones» de la vida social. En segundo término, Malinowski apunta que deben observarse de forma minuciosa los comportamientos y «los imponderables de la vida real» y registrarse en un diario etnográfico. Si la primera vía la define como el **armazón de la sociedad**, ahora lo que está en juego son los procesos de la vida cotidiana. En este caso, parece evidente que de lo que se trata es de aplicar la técnica de la observación participante con un énfasis en los comportamientos y el «fluir de la vida de la aldea». En último lugar, y después de haber obtenido una información tanto del esqueleto de la «constitución tribal» como de los datos de la vida cotidiana y su comportamiento ordinario, la «vía» a seguir será el registro de un *corpus incriptionum* que refleje frases típicas de la mentalidad nativa. Lo que interesa aquí no son pensamientos, voluntades o sentimientos individuales, sino formas estereotipadas que guardan recurrencia en la vida social indígena. Hasta cierto punto, podemos entender que las tres vías del trabajo de campo se corresponden con la aplicación de estadísticas y otras técnicas descriptivas macro en primer lugar, con la observación participante en segunda instancia y con la entrevista etnográfica en todas sus variedades en tercer y último término. Condiciones materiales y estructurales sobre la organización social, comportamientos y discursos serán, respectivamente, los objetos predominantes en cada una de estas tres técnicas.

de incluir métodos estadísticos, la vivencia junto a los actores sociales que son objeto de investigación y la recuperación de las percepciones de los informantes, podemos decir que en esta investigación se cumplen las vías primera y tercera, pero no la segunda, ya que no se realizó una experiencia de observación-participante. En este sentido, es más adecuado definirlo como un estudio mixto cualitativo/cuantitativo, ya que junto con las técnicas de análisis estadístico incorporó metodologías cualitativas fundamentalmente basadas en las entrevistas abiertas, los grupos focales, las entrevistas grupales y también la reflexividad de los propios investigadores.

El proyecto se ubicaba en un contexto conformado por análisis previos realizados por diferentes miembros del equipo de investigación con el predominio de una u otra metodología. Concretamente, los antecedentes más destacados fueron dos:

1) El panel de familias e infancia (en adelante PFI), un estudio sociológico longitudinal en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria (ESO) realizado desde el Institut d'Infància i Món Urbà (en adelante CIIMU) entre los años 2006 y 2010 (Martínez-Hernáez y otros, 2012a, 2012b).
2) Un estudio cualitativo previo sobre los modelos explicativos (*explanatory models*)[6] y las estrategias profanas de afrontamiento de la adversidad realizado durante los años 2007 y 2008 con un grupo de estudiantes de secundaria barceloneses (Martínez-Hernáez y Muñoz, 2010a, 2010b).

Estos precedentes fueron relevantes para definir los objetivos del proyecto «Los malestares de los adolescentes». En el primer caso, el PFI, por conformar la base de datos y la muestra general para desarrollar determinados análisis estadísticos y, también, para seleccionar a los informantes de la investigación cualitativa. En el segundo caso, por su utilidad para perfilar preguntas e interrogantes sobre las percepciones y vivencias adolescentes del malestar.

6. Los modelos explicativos o *explanatory models* (EMS) son un concepto acuñado por Kleinman (1980, 1988). En sus palabras: «Los modelos explicativos (EM) son las 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 EM de los pacientes y los EM de los profesionales es el componente fundamental de la atención en salud. El estudio de los EM de los profesionales nos remite a cómo ellos entienden y tratan la enfermedad. El estudio de los EM 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 EM de profesionales y pacientes nos permite un análisis de los problemas que aparecen en la comunicación clínica.» Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture* (pág. 105).

Los objetivos principales del proyecto fueron estos tres:

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.
2) El análisis cualitativo, en una submuestra del PFI, de las estrategias profanas de afrontar las aflicciones, 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.
3) La creación de un modelo de buenas prácticas para 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 final o fase 3.

Los diferentes apartados de este texto utilizan algunos de los resultados del proyecto de investigación citado.

2. Anatomía social de los estados de ánimo

Según los datos que nos ofrece el PFI, la mayor parte de los adolescentes catalanes muestran un estado anímico positivo, en el sentido de sentirse nunca o pocas veces tristes, aburridos, nerviosos o solos, entre otros estados emocionales (ver tablas 2 y 3). Ahora bien, esta tendencia no significa que no existan jóvenes con malestar emocional de tipo crónico cuyo conocimiento pueda resultar útil para detectar grupos sociales vulnerables que puedan estar asociados, en el presente o en el futuro, a un mayor riesgo de marginación y exclusión.

2.1. Sentirse con mucha energía

Las y los adolescentes catalanes se sienten habitualmente con mucha energía para afrontar su cotidianidad. Sin embargo, un pequeño segmento expresa sentirse nunca o casi nunca con mucha energía. Este grupo no muestra diferencias de género que sean de consideración, pero sí de renta. De hecho, aparece una tendencia a sentirse con más energía cuanto mayor es la renta disponible en la unidad familiar. Este dato puede ser interpretado a la luz de que las posibilidades

de consumo y de obtención de bienes y servicios facilitan la vida cotidiana y el proyecto vital de las familias y de los adolescentes y, a la vez, la visión de sí mismos como capaces de hacer frente a las incertidumbres. Contrariamente, esta autopercepción se vería afectada en las familias con menos recursos. En este caso, parece plausible la hipótesis explicativa de la desafiliación social (Castel, 1985) actuando sobre el estado anímico de los adolescentes. Al vivir dificultades estructurales para asegurar su protección, los adolescentes de familias con rentas menores interiorizarían unas expectativas sociales menos optimistas. Esta lectura es congruente con el hecho de que los hijos/as de padre desempleado muestran también una autopercepción de menor energía que los de los que tienen un empleo. Lo mismo acontece con los adolescentes que tienen padres con menos estudios.

Tabla 2. Frecuencia de estados de ánimo según género (porcentajes).

	Chicas			Chicos			Total		
	Nunca o casi nunca	Alguna vez	A menudo	Nunca o casi nunca	Alguna vez	A menudo	Nunca o casi nunca	Alguna vez	A menudo
Sentirse con mucha energía	3,9	32,5	63,6	4,2	27,9	67,9	4,0	30,5	65,5
Sentirse triste	17,1	69,8	13,1	39,9	54,6	5,5	27,0	63,2	9,8
Sentirse nervioso	11,5	60,8	27,8	16,7	64,3	18,9	13,8	62,3	23,9
Sentirse feliz	2,2	22,1	75,7	2,5	26,2	71,4	2,3	23,9	73,8
Sentirse aburrido	18,8	63,6	17,6	16,6	64,5	18,9	17,9	64,0	18,1
Sentirse solo	57,6	35,7	6,7	64,1	30,7	5,1	60,4	33,6	6,0
Sentirse cansado	8,0	63,0	29,0	11,6	64,3	24,1	9,6	63,6	26,9
Sentirse entusiasmado	4,3	48,8	46,9	5,3	53,2	41,4	4,7	50,7	44,5
Sentirse demasiado ocupado	16,8	51,8	31,5	21,0	56,5	22,5	18,6	53,8	27,6
Sentirse presionado por los padres	57,9	32,0	10,1	52,1	37,8	10,1	55,4	34,5	10,1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del *Panel de Famílies i Infància* 2006 y 2008. Publicado previamente en Martínez-Hernáez, A. y otros (2012c). *Anatomia social de les emocions: adolescència, estats d'ànim i salut mental*. IV Informe CIIMU.

Tabla 3. Perfiles sociales de los estados de ánimo de los adolescentes

	Energía	Triste	Nervioso	Feliz	Aburrido	Solo	Cansado	Entusiasmado	Ocupado	Presionado
Género										
Mujer		+	+				+		+	
Hombre		-	-				-		-	
Renta										
Renta alta	+	-		-	-	-		+	+	+[(a)]
Renta baja	-	+			+	+		-	-	+[(a)]
Desempleo										
Padre	-	-		-		+			+	+
Madre						+			+	+
Nivel bajo de estudios										
Padre	-	+	+				+	-	-	
Madre			+					-	-	-
Inmigración										
Padre		+	-	-	+	+		-		+
Madre	-	+	-		+	+		-		+
Red social de iguales										
Más amigos	+	-		+	-	-				-
Menos amigos	-	+	+	-	+	+			+	+
Proclividad al riesgo de amigos	-	+		-	+		+			+
Pareja sentimental										
Tiene o ha tenido	+		+	+		-				-
No tiene	-			-		+				+

(a) En comparación con las rentas medias.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del *Panel de Famílies i Infància* 2006 y 2008. Publicado previamente en Martínez-Hernáez, A. y otros (2012c). *Anatomia social de les emocions: adolescència, estats d'ànim i salut mental*. IV Informe CIIMU.

Los factores sociales que actúan en la disminución del sentimiento de falta de energía son también cuestiones a destacar. Cuantos más amigos componen la red social de los adolescentes, más frecuentemente se sienten con energía para hacer frente a las adversidades y la vida cotidiana, y viceversa. La carencia de salud es un factor que actúa en la disminución de la red social, pero también una abundante literatura nos indica que la existencia de redes con pocos vínculos genera más vulnerabilidad y riesgo relativo de mortalidad, morbilidad y problemas de salud mental para todas las edades. Esto es especialmente relevante en el caso de los estados depresivos que a menudo se asocian con la sensación subjetiva de falta de energía y donde la carencia de red y, consecuentemente, de apoyo social y afectivo son claves para el pronóstico de los estados anímicos y psicopatológicos. En congruencia con este último dato, observamos que los chicos y chicas que tienen una relación afectiva también se sienten con más energía. De forma clara, incluso se establece una tendencia en la cual los que tienen una autopercepción de sentirse con más energía son los que tienen pareja actualmente, seguido de los que la tuvieron en el pasado y finalizando con los que nunca la han tenido. La pareja es una parte de la red especialmente relevante por el plus cualitativo que implica en términos de transmisión de afecto y apoyo. Lo mismo podemos decir de las relaciones con los progenitores: los y las adolescentes que tienen una buena comunicación con los padres sufren menos sensaciones de carencia crónica de energía.

Ahora bien, el número de amigos por sí mismo nos ofrece solo una información limitada de la estructura de las redes sociales involucradas en la sensación de falta de energía y de los procesos que pueden actuar como atenuantes o amplificadores. Por ejemplo, los chicos y chicas que se encuentran en grupos de iguales con proclividad al riesgo también muestran más falta de energía, evidenciando que determinadas redes pueden generar situaciones de presión social y un efecto en el estado anímico y en su autopercepción. Otros factores que inciden en la percepción de una menor energía son la presencia de obesidad y sobrepeso. Inversamente, factores como la práctica de deportes tienen, en términos generales, un efecto positivo, reduciendo la sensación de falta de energía entre los adolescentes.

2.2. Sentirse triste

A mayor seguimiento por parte del progenitor de la vida cotidiana del adolescente se produce una menor tristeza crónica, pero esta situación se invierte cuan-

do estamos hablando de un seguimiento elevado, donde aumentan los casos de los que se sienten frecuentemente tristes. La tristeza es uno de los sentimientos más omnipresentes y probablemente más oscilantes entre los adolescentes. Sentirse triste no significa necesariamente que estemos ante un estado depresivo de tipo clínico, puesto que se trata de una sensación habitual en el decurso de la vida. No obstante, la existencia de un estado continuado de tristeza puede ser un indicador importante de malestar y también de psicopatología. Los datos nos indican aquí que el 9,8 % de los adolescentes catalanes se sienten a menudo tristes con una diferencia muy importante en términos de género: solo el 5,5 % de los chicos tienen esta autopercepción, mientras que entre las chicas es del 13,1 %.

El nivel de renta es un factor que afecta también a este sentimiento. A menor renta, mayor frecuencia de sensación crónica de tristeza. También cuando la madre trabaja y/o cuando estamos hablando de familias monoparentales, entre las cuales el sentimiento frecuente de tristeza de los adolescentes es del 14,2 % frente al 9,1 % de las biparentales o del 9,4 % de las familias reconstituidas. El sentimiento de tristeza puede relacionarse con la ausencia de uno de los progenitores en la unidad doméstica, pero también con otros factores, como la menor red social. De nuevo resulta difícil destacar el papel de la red en este caso. Por un lado, es probable que los adolescentes con mayor tristeza crónica tengan menor energía para mantener o ampliar su red de amistades, aunque también el mayor aislamiento y la falta de sociabilidad podrían estar detrás de esta sensación, debido a la importancia en esta etapa vital del grupo de iguales para fortalecer la autoestima y generar una imagen optimista de uno mismo. Esta última afirmación es congruente con el hecho de que los adolescentes que tienen uno de los progenitores o los dos de origen inmigrante también se sienten más tristes con frecuencia. Evidentemente, el efecto de estos factores nos está informando de la posible falta de aceptación social, el desconocimiento del entorno o, incluso, de la dificultad para establecer vínculos con los chicos y chicas autóctonos. En este sentido, los adolescentes con problemas de obesidad o sobrepeso también muestran una tristeza más crónica, previsiblemente por sus efectos en la autoestima y por las dificultades de presentar una imagen atractiva de uno mismo. Otros factores que parecen estar relacionados con el sentimiento frecuente de tristeza son el bajo nivel de estudios de los progenitores y la mayor proclividad al riesgo de los amigos.

En cuanto a los factores que parecen reducir el sentimiento de tristeza, algunos que llaman la atención son el seguimiento que el padre hace de los amigos del adolescente y la práctica deportiva. El factor de seguimiento por parte del

padre de las actividades escolares de su hijo/a muestra un efecto ambiguo, pero comprensible y no difícil de argumentar. En general, a mayor seguimiento por parte del progenitor menor tristeza crónica, pero esta situación se invierte cuando estamos hablando de un seguimiento alto, donde aumentan los casos de los que se sienten frecuentemente tristes. Probablemente, la relación de hiperprotección e hipertutela se convierte en un obstáculo para el adolescente que quiere construirse como sujeto autónomo. La carencia de autonomía dificulta el desarrollo de la propia imagen de sí mismo (*self*) como individuo con capacidad de decisión y, por lo tanto, no es extraño que esto pueda afectar a su estado de ánimo. Adicionalmente, este dato nos señala el posible efecto de los modelos autoritarios de familia en la emocionalidad adolescente.

2.3. Sentirse nervioso

El 23,9 % de los adolescentes catalanes se siente a menudo nerviosos. Este dato no tendría que sorprender si pensamos que se trata de una edad de cambios fisiológicos importantes que confluyen en un periodo de transición a la vida adulta. Las diferencias según género son considerables: mientras que el 18,9 % de los chicos se siente así, entre las chicas llega al 27,8 %. Curiosamente, no se observan variaciones significativas por renta ni porque los progenitores (sea padre o madre) estén en el paro. No obstante, los hijos de familias monoparentales amplifican el sentimiento de estar a menudo nerviosos, así como también lo hacen otros factores como, por ejemplo, los niveles de estudios bajos, ya sea del padre o de la madre, y que estos sean autóctonos, principalmente en el caso del padre. Este último dato puede hacernos pensar en diferentes hipótesis socioculturales. Una de ellas es la posible diferencia en el estado de nerviosismo entre autóctonos y foráneos con la existencia de modelos culturales de expresión del malestar. Todos los grupos culturales se caracterizan por tener expresiones del malestar específicos que acentúan determinados aspectos de los estados anímicos y emocionales (Kleinman, 1988; Martínez-Hernáez, 2006). Así, en este caso podríamos encontrarnos ante una expresión de malestar característica de los autóctonos que amplificase la alusión a los «nervios» para expresar un estado de malestar.

Los chicos y chicas con menor red social se sienten también más nerviosos y, curiosamente, también aquellos que han tenido o tienen pareja. La proclividad al riesgo del grupo de iguales nos dibuja una tendencia en el aumento de este estado

de ánimo. El nerviosismo aparece aquí ya no solo como un hecho psicofisiológico, sino también como una sensación con «vida social», donde la falta de red toma cuerpo en forma de un malestar que es incorporado o corporalizado. Una de las interpretaciones posibles de este hecho es el conflicto de lealtades que en las conductas transgresoras se conforma entre los progenitores y el grupo de iguales, entre la adecuación a la norma y la posibilidad de transgresión. Probablemente por eso, el seguimiento que hace el padre de la escuela y de los amigos se revela como un factor atenuante de esta sensación; a pesar de que un seguimiento alto y de tipo autoritario pueda resultar contraproducente, tal como pasa con el sentimiento de tristeza, por la tensión existente entre la protección y la autonomía.

2.4. Sentirse feliz

La gran mayoría de los adolescentes catalanes se sienten felices, pero un 2,3 % informa que nunca o casi nunca se siente así. Este sentimiento no muestra diferencias de género, ni de estructura familiar, ni de origen inmigrante de la familia, aunque sí en cuanto al nivel de renta. Los chicos y chicas de rentas más bajas se encuentran más frecuentemente vinculados con este sentimiento de carencia de felicidad que los de rentas medianas y altas, dibujando una tendencia muy clara que oscila entre el 3,5 % y el 1,3 % respectivamente. La materialización de la desafiliación en forma de carencia de felicidad aparece de nuevo como una posibilidad más frecuente entre las clases más desfavorecidas. También entre los chicos y chicas con problemas de sobrepeso y obesidad, que corporalizan o incorporan más frecuentemente esta carencia.

Aunque no esté clara la relación entre la satisfacción de necesidades básicas y la felicidad, podemos deducir que el sentimiento de infelicidad se vincula no solo con carencias materiales «básicas», sino también con insatisfacciones personales y dificultades de acceso a bienes y servicios. Congruente con esta hipótesis es el hecho de que la situación de desocupación del padre afecta negativamente a las variaciones de este sentimiento entre los adolescentes, aunque paradójicamente no cuando la madre se encuentra desocupada. Probablemente, detrás de este dato se esconden también factores sociales conocidos, como el difícil ensamblaje del padre desempleado en una unidad familiar de tipo tradicional con roles conyugales segregados. Esta situación, entendida como disonancia en un modelo patriarcal, expresaría sus efectos en el estado anímico de la descendencia. Redundante con la posible fuerza de estos modelos patriarcales se encuentra el he-

cho de que el menor nivel de estudios de la madre tampoco parece afectar a la infelicidad de los adolescentes, pero sí cuando estamos hablando del padre.

El papel destacado del padre se percibe también en otras variables familiares. Por ejemplo, que la madre sea de origen extranjero no parece tener efecto, pero sí en el caso del padre. El seguimiento que hace el padre de los amigos y de la escuela de su hijo/a también muestra esta tendencia. Esto nos hace pensar en diferentes hipótesis explicativas. Por un lado, podemos aludir a la importancia de la función paterna en la emocionalidad de los hijos/as. Otra hipótesis adicional y complementaria se vincula con la posibilidad de que los y las adolescentes acentúen la carencia afectiva principalmente con el vínculo progenitor que, tradicionalmente, ha sido más distante en el acompañamiento de la vida cotidiana de la descendencia: el padre.

Cuantos más amigos tienen los chicos y chicas en su red social menos se sienten («nunca o casi nunca») infelices. De nuevo el territorio de los iguales emerge como un factor de gran trascendencia para el estado anímico de los adolescentes que genera, a la vez, conflictos de lealtades, pues aquellos que tienen una red con proclividad al riesgo son también los que frecuentemente se sienten menos felices. No obstante, quienes practican deporte –y no olvidemos que el deporte es un espacio destacado en la conformación de lazos sociales– se sienten más felices. También la carencia de felicidad afecta principalmente a quienes no tienen y no han tenido nunca pareja, después a los que la han tenido y ya no la tienen, y finalmente a los que la tienen actualmente.

2.5. Sentirse aburrido

Es frecuente escuchar entre los niños y adolescentes la queja de estar aburriéndose. Estar aburrido implica falta de motivación para desarrollar actividades creativas, pero también un estado de cansancio, tedio y malestar. Los adolescentes no escapan a esta tónica, pero sorprende que el 18,1 % tenga este sentimiento a menudo en su cotidianidad. Se trata de un estado de ánimo que afecta prácticamente igual a chicos y chicas, y a hijos de cualquier estructura familiar, pero desigualmente en términos del nivel de renta de las familias: a menor renta, más aburridos se sienten. También resulta un estado más frecuente entre aquellos que tienen su padre en situación de desempleo, que tienen progenitores (tanto el padre como la madre) con un nivel de estudios bajo o que sus ascendientes (su padre o madre o ambos) son de origen extranjero.

La red social de los adolescentes parece actuar como atenuante del sentimiento de aburrimiento, aunque con un efecto curioso, pues entre los que informan que tienen más de veinte amigos aumenta de nuevo la frecuencia de este estado de ánimo. En la medida en que se trata de datos informados por los propios adolescentes, es probable que se produzca en este punto una cierta distorsión que podemos denominar de **red fantaseada** y que analizaremos en el apartado siguiente dedicado a sentirse solo. En congruencia con la tendencia general ya matizada de cuantos más amigos menos aburrimiento, los que tienen pareja también tienen menos aburrimiento crónico, así como aquellos que expresan tener una buena comunicación con su padre sobre las tareas escolares, sus amistades y cualquier otra temática. Ahora bien, la red social no actúa de la misma forma cuando existe una alta proclividad en el riesgo entre el grupo de iguales. El mayor aburrimiento entre los transgresores puede derivarse de causas diversas tanto unidireccionales como bidireccionales; entre ellas, que la sensación de aburrimiento aboque a la transgresión o que, incluso, que esta última potencie esta sensación. Sea como fuere, de nuevo, la red expresa aquí su doble faceta de potenciadora de bienestares o malestares.

Otros aspectos a destacar son el hecho de que las y los adolescentes con obesidad y sobrepeso tienen una mayor frecuencia de aburrimiento crónico y que la práctica deportiva se convierte en una actividad que reduce esta sensación. Ambos casos expresan, de hecho, dos caras de la moneda (aburrimiento/actividad física) y se vinculan indirectamente con otros factores como la sociabilidad relacionada con la práctica deportiva.

2.6. Sentirse solo

El 6 % de los adolescentes catalanes se siente a menudo solo, sin mostrar diferencias de género apreciables ni vinculadas al nivel de estudios del padre o la madre. Eso sí, a menos renta disponible de las familias más considerable es el sentimiento de soledad de sus hijos/as. También, curiosamente, cuando el padre o la madre están desempleados aumenta el porcentaje de sentimiento crónico de soledad, especialmente cuando el desempleado es el padre. El efecto del desempleo de los progenitores en la sensación de soledad de sus hijos/as puede parecer inicialmente paradójico, pues en principio tendría que estar vinculado con la existencia de mayor tiempo disponible para la comunicación familiar que evitaría, o al menos mitigaría, esta sensación entre los adolescentes. Ahora bien, tam-

bién sabemos que la disponibilidad de tiempo no siempre se asocia con buena calidad de la comunicación y más en contextos de frustración o angustia parental por la obtención de un puesto de trabajo.

La relación entre la estructura de las familias y el sentimiento de soledad nos ofrece un panorama previsible. El 10 % de las chicas y chicos de familias monoparentales se sienten a menudo solos, frente al 5,2 % de las biparentales y el 6,7 % de las reconstituidas. También el hecho de que el padre o madre sean de origen extranjero parece afectar a la frecuencia del sentimiento de soledad. En estos últimos casos, tenemos que tener en cuenta los posibles factores que pueden acompañar a los procesos migratorios y que oscilan entre la ausencia de red derivada de vivir en un país diferente al de origen y el fenómeno de la exclusión social.

El papel de la red de amigos resulta de nuevo enigmático, pues mientras que en líneas generales, a mayor número de amigos se da una menor frecuencia de soledad, cuando los adolescentes informan de que tienen más de veinte amigos vuelve a aumentar el porcentaje de los que se sienten a menudo solos. Esta situación puede tener diferentes interpretaciones. En principio, el sentimiento de soledad implica una autopercepción y por eso no necesita coincidir completamente con la red de amistad real. También es posible que la popularización de la palabra «amigo/amiga» en las redes sociales virtuales haya vaciado de un sentido afectivo fuerte a este término y que, por lo tanto, genere un efecto de dilución terminológica entre compañeros y amigos. No obstante, resulta también plausible pensar en términos explicativos en el fenómeno, que hemos citado anteriormente, de la **red fantaseada** o imaginada como elemento de distorsión. Es posible que algunos de los que afirman tener más de veinte amigos sean en el fondo los que tienen menor red y por eso amplifican el número estimado de relaciones de amistad. Exceptuando esta situación extrema que acabamos de mencionar, la tendencia entre más relaciones de amistad percibidas y menos soledad resulta bastante evidente y, a la vez, es congruente con otros factores, como el hecho de tener o haber tenido pareja. Aquellos/as que nunca han tenido pareja se sienten más solos, igual que aquellos cuyos padres no realizan un seguimiento de sus actividades.

2.7. Sentirse cansado

En una etapa vital de cambios psicofisiológicos, hormonales y de construcción de la propia identidad, no resulta extraño ni tampoco anómalo la presencia

de la sensación de cansancio. De hecho, prácticamente el 27 % de los adolescentes se siente a menudo cansado con una mayor frecuencia de esta sensación entre las chicas. Este hecho puede vincularse al diferente desarrollo psicofisiológico de hombres y mujeres, pero también al hecho conocido de que las chicas tienen una mayor presión dentro de la unidad familiar para realizar tareas domésticas que se añaden al trabajo escolar habitual y que amplifican la sensación de cansancio.

La sensación de cansancio no muestra diferencias de renta estimables, ni vinculadas al tamaño de la red social, a tener o no pareja, al nivel de estudios de los progenitores, en el origen de los padres, o a que la madre se encuentre sin empleo. Sí, en cambio, resulta más frecuente cuando el padre está desempleado, probablemente porque en estos casos tiene más tiempo para interaccionar con sus hijos e hijas, aunque ya hemos dicho que la disponibilidad de tiempo no es garantía de buena calidad en la comunicación familiar y, por lo tanto, puede tener efectos diversos en los estados de ánimo de los adolescentes. Por otro lado, el seguimiento alto por parte de los progenitores de las actividades de sus hijos/as se asocia a una mayor frecuencia de cansancio crónico. En otras palabras, es el seguimiento más estricto por parte de los progenitores y asociado con el modelo de familia autoritaria el que produce un mayor cansancio crónico de aquellos/as que tienen una posición subalterna: los adolescentes.

Cuando el grupo de amigos muestra una alta proclividad al riesgo también aumenta el sentimiento crónico de cansancio. La práctica deportiva muestra un efecto esperado. En principio, cuanto más deporte menos sensación de cansancio. Ahora bien, entre aquellos que practican esta actividad de forma diaria, se incrementa de nuevo la autopercepción de sentirse cansado.

2.8. Sentirse entusiasmado

La adolescencia es una etapa caracterizada por un entusiasmo vital intenso, y así aparece en el caso de la mayoría de los participantes del PFI. No obstante, un 4,7 % de los chicos y chicas se siente nunca o casi nunca entusiasmado, sin mostrar diferencias de género apreciables ni vinculadas con el tipo de estructura familiar o al tamaño de su red social. El nivel de renta de las familias, en cambio, sí que parece actuar en la frecuencia de este sentimiento, principalmente cuando comparamos el estrato más desfavorecido (7 %) con el medio (3,5 %) y alto (3,3 %). El hecho de que se duplique prácticamente el porcentaje en las familias con rentas bajas hace pensar en la importancia de las limitaciones económicas en este estado

de ánimo mediante una serie de factores como la carencia de expectativas de ascenso social, las dificultades cotidianas asociadas a la baja renta o el obstáculo al consumo de bienes y servicios. De hecho, los menos «entusiastas» son los hijos/as de progenitores con bajo nivel educativo, origen extranjero (ya sea del padre, de la madre o de los dos), y por lo tanto con una mayor situación de vulnerabilidad. No obstante, es conocido que el capital de las familias se revela como un atenuante de los riesgos de exclusión, y también en este caso de carencia de entusiasmo ante las cosas por parte de los adolescentes. Probablemente por ello, el seguimiento que hace el padre de las actividades escolares de sus hijos/as y de su red de amistades parece disminuir la frecuencia de los que se sienten sin entusiasmo.

2.9. Sentirse demasiado ocupado

La carga de tareas y actividades diversas que realizan los adolescentes es proverbial en nuestro contexto social. Debido a ello el 27,6 % se siente a menudo demasiado ocupado, con una mayor tendencia a esta autopercepción entre las mujeres en comparación con los hombres. Aquí también, el nivel de renta muestra su impronta, pero en sentido contrario al resto de los estados de ánimo: a más renta, mas sentimiento de estar a menudo demasiado ocupado. También el alto nivel educativo de los progenitores apunta en la misma dirección, tanto del padre como de la madre, así como el seguimiento que hacen los padres de las actividades de sus hijos e hijas.

Curiosamente, los hijos de padres o madres desocupados muestran una frecuencia ligeramente más alta a sentirse ocupados, probablemente por el impacto de la mayor disponibilidad de tiempo en el hogar. Del mismo modo, destaca el hecho de que tener o no tener pareja no redunda en el sentimiento de estar a menudo ocupado, pero sí la red de amigos: cuanto menos amigos más a menudo los adolescentes se sienten ocupados, previsiblemente debido a que la menor disponibilidad de tiempo limita la construcción y mantenimiento de los vínculos de amistad.

2.10. Sentirse presionado por los padres

El 10,1 % de los adolescentes catalanes se siente a menudo presionado por sus padres sin diferencias de género significativas. Los de renta media son los que menos presionados se sienten, en comparación con los de rentas altas y bajas.

Probablemente, en el primer caso por la presión por el mantenimiento intergeneracional de su estatus y en el segundo por la presión para escalar posiciones dentro la estructura social. Congruente con esta última afirmación es el hecho de que los adolescentes que tienen el padre o la madre en situación de desempleo se sienten también más presionados, del mismo modo que los hijos/as de familias de origen inmigrante. El nivel de estudios muestra una curiosa situación en la cual, cuanto más formación por parte de la madre más presionados se sienten los hijos/as, pero no en cuanto a los estudios del padre. Esto puede estar vinculado al mayor seguimiento que hace la madre de las actividades cotidianas de los hijos.

Los chicos y chicas que no tienen pareja son también los que menos presionados se sienten y también los que tienen más amigos, aunque la tendencia a sentirse así repunta cuando estamos hablando de una red de amistad de más de veinte amigos. Las razones de este fenómeno pueden ser diversas, y el resultado ambiguo. En principio, el tamaño de la red de amistades puede actuar generando más o menos presión por parte de los padres en la medida que genere o no un conflicto de expectativas entre el ámbito de los progenitores y del grupo de iguales. Así, los adolescentes más orientados a construir vínculos fuera del hogar y sus conductas asociadas (llamadas de teléfono, horas al ordenador, chateando, etc.) serían también aquellos más presionados por sus padres para el desarrollo de sus tareas asignadas. También aquellos que tienen un grupo de amigos con mayor proclividad al riesgo se sienten más presionados, pues consecuentemente sus conductas demandan una mayor atención por parte de los progenitores. En cambio, los adolescentes que mantienen una red mediana se pueden sentir menos presionados por los efectos protectores del grupo de iguales o por la menor insistencia de las madres y padres a controlar sus tareas. Finalmente, aquellos adolescentes con menor red de relaciones de amistad se podrían sentir más presionados por la interferencia de sus progenitores en sus relaciones sociales que se podría materializar en forma de límites a la creación de estos vínculos y por la carencia del efecto protector del grupo de iguales, pues cuantas menos son las relaciones de amistad mayor es el tiempo disponible para la convivencia en casa interactuando con los progenitores.

3. ¿Desafiliados o superados?

Un análisis más detallado de los estados de ánimo que acabamos de exponer nos ha permitido dibujar fundamentalmente dos agrupaciones. Por un lado, un

primer conjunto formado por estados de ánimo como la tristeza, el aburrimiento y el sentimiento de soledad. Este grupo estaría asociado con los adolescentes de familias con menor renta que se encuentran más próximas al riesgo de **desafiliación**, en el sentido de encontrar obstáculos a la hora de reproducir sus existencias y asegurar su protección. Se trata de adolescentes y contextos familiares que también observan un riesgo de movilidad descendente, especialmente en tiempos de crisis económica, así como una mayor dificultad para acceder a la diversidad de bienes y servicios que conforman el panorama de la modernidad y sus modelos vinculados al consumo. Por otro lado, un segundo grupo estaría conformado por los estados de ánimo de nerviosismo, sentirse demasiado ocupado y sentirse presionado por los progenitores, que constituyen un grupo de malestares más asociados a familias de rentas medias y medias altas, las cuales establecen ritmos formativos por los adolescentes más intensivos y con mayor diversidad de actividades educativas. En este caso, lo que se estaría expresando es una sensación de agobio, de sentirse «superado» y autoexplotado por los requerimientos y expectativas de los progenitores y el mundo de los adultos por extensión.

Las dos modalidades expresivas del malestar adolescente que acabamos de plantear deben entenderse como tendencias generales vinculadas a formas de vida que generan constreñimientos diferenciados. Esto no quiere decir que en todas las familias de renta baja predomine el modelo característico del primer componente (tristes, aburridos y solos), o que el segundo (nerviosos, ocupados, presionados) sea exclusivo de las rentas medias y altas. Por ejemplo, determinadas familias de renta baja pueden presionar a sus hijos e hijas para la consecución de un estatus social más elevado a partir de la mayor dedicación a los estudios. Un ejemplo, en este sentido, es el hecho de que las familias con algún progenitor de origen extranjero y procedente de países de rentas bajas presionan a sus hijos e hijas más que las familias autóctonas. En realidad, las autopercepciones de los adolescentes nos hablan de estrategias sociales y psicológicas de afrontamiento, en el sentido de implicarse y cobrar significación dentro de las adversidades cotidianas que les depara un mundo de oportunidades y de presiones sociales, pero también de riesgos de desafiliación.

Adicionalmente, los dos grupos resultan congruentes con dos disposiciones anímicas diferenciadas que han sido descritas en la literatura y que se vinculan a formas de expresión del malestar y también de los problemas de salud mental, especialmente de aquellos asociados al espectro depresión/ansiedad. Por un lado, la tristeza y sus proximidades con los estados depresivos. Por otra, la asociación entre el nerviosismo y la ansiedad. Ahora bien, es importante subrayar que no se

puede establecer una relación de identificación entre los estados de ánimo y la psicopatología. Un diagnóstico de depresión requiere de un análisis más en profundidad de los estados de ánimo, la historia personal y el contexto social, y necesariamente tendría que incluir otras manifestaciones de tipo somático (pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, etc.) y psicológico (sentimientos de desesperanza, baja autoestima, etc.). En otras palabras, sentirse triste no es ningún trastorno, como tampoco el nerviosismo. Más bien constituyen estados normales que pueden apuntar, a partir de su recurrencia y cronicidad, hacia posibles riesgos y vulnerabilidades en salud mental.

4. El bucle depresivo

Una de las formas en que se expresan los estados de ánimo negativos, tanto en la adolescencia como en cualquier etapa de la vida, es mediante la aparición de problemas de salud mental. Entre ellos, los trastornos depresivos y de tipo ansioso conforman un grupo especialmente relevante, tanto por su prevalencia como por sus posibles efectos en las trayectorias vitales. Asimismo, la **depresión** es producto de las vulnerabilidades biopsicosociales y genera a la vez nuevas vulnerabilidades, produciendo un efecto de espiral descendente que aquí denominamos el **bucle depresivo**.

En el caso de los adolescentes catalanes, observamos en nuestro estudio que estos tipos de trastorno muestran un porcentaje relativamente importante. En general, y en la misma tónica que la información de la sección europea de la OMS, los datos del PFI nos indican que con la edad parece aumentar el porcentaje de casos diagnosticados, fundamentalmente en cuanto al tránsito de los diecisiete años (6,9 %) a los dieciocho (10,4 %).

La diferencia de género entre el grupo de diagnosticados de depresión es claramente perceptible, pues mientras que la prevalencia entre las chicas es de un 11,5 %, entre los chicos es solo de un 5,9 %. El hecho de que el número de casos entre ellas duplique el de los varones no es ninguna novedad, pues sabemos que tanto la incidencia como la prevalencia de depresión entre las mujeres normalmente duplican, e incluso triplican, las tasas de los hombres. Este fenómeno ha sido asociado a factores biopsicológicos y sociales varios (Matud y otros, 2006), tales como la mayor vulnerabilidad física (neurohumoral) de las mujeres, el papel de los modelos tradicionales femeninos y sus efectos al potenciar un «rol de indefensión aprendida», o la existencia de patrones diferenciados en la expresión

del malestar emocional y la psicopatología según género que supondrían, al menos en las sociedades occidentales modernas, una mayor prevalencia de depresión entre las mujeres y de alcoholismo y dependencia de determinadas sustancias psicoactivas entre los hombres.

Por lo que sabemos, la existencia de un diagnóstico puede prever la aparición de diferentes malestares y, a la vez, estos malestares pueden anticipar la aparición de un diagnóstico de depresión. En términos de frecuencias, observamos que los adolescentes diagnosticados se sienten con más falta de energía, más tristes, nerviosos, infelices, solos, con carencia de entusiasmo y presionados por sus progenitores frente a los no diagnosticados. En cambio, las sensaciones de cansancio, el aburrimiento y sentirse demasiado ocupado para desarrollar sus tareas escolares no guarda una frecuencia destacable en estos casos.

5. Perfil social de la depresión en la adolescencia

El perfil social de los adolescentes catalanes diagnosticados de depresión y/o ansiedad nos ofrece pistas que pueden ser útiles por el diseño de políticas sociales y sanitarias. Por ejemplo, de los datos del PFI se deduce que la prevalencia de este tipo de trastornos es más elevada entre las familias con menos recursos económicos, hasta el punto de que mientras que el porcentaje de chicos/as con diagnóstico es del 14,4 % entre los adolescentes de familias con rentas inferiores a 21.600 euros anuales, este valor es de 8,6 % en las familias con rentas entre 21.600 euros y 36.000 euros anuales y de 6,7 % en las familias con rentas superiores a 36.000 euros anuales. Las razones de la asociación entre renta y depresión no son claras, pero ponen en evidencia el peso de las desigualdades sociales.

Por un lado, es evidente que los adolescentes que provienen de familias con renta baja son también los que sufren más el riesgo de desafiliación y están más sometidos a los sentimientos de desesperanza relacionados con su futuro. Obviamente, el horizonte de expectativas no es el mismo para todas las clases sociales, principalmente en épocas de crisis económica en donde los grupos más desfavorecidos acumulan también una serie de efectos de exclusión, como una mayor tasa de desempleo y mayor privación material. En los adolescentes, estos factores se expresan de forma más pronunciada entre las chicas, que muestran una prevalencia del 17,9 % de depresión en el nivel de menor renta frente al 11,4 % y al 8,4 % según vamos subiendo el nivel de ingresos. Los chicos, por su parte, no expresan tan claramente esta tendencia, pues si por un lado los de fa-

milias de menor renta muestran una tasa del 10 %, en las otras se estabiliza en un 4,8 %.

La distribución de frecuencias de trastorno depresivo/ansioso, según el tipo de estructura familiar, nos muestra también resultados relevantes que permiten ir conformando un perfil entre aquellos que tienen un diagnóstico previo. Concretamente, las familias monoparentales muestran una tasa casi del doble de diagnósticos que las biparentales: 13,2 % frente al 7,6 %, respectivamente. Esta variable afecta tanto a chicos como a chicas. En los primeros observamos una prevalencia de más del doble (10 %) en las familias monoparentales frente a las biparentales (4,3 %). Las chicas, por su parte, oscilan entre el 16 % y el 10 %, por los mismos tipos de familia y de forma respectiva. Como es sabido, la ausencia en la unidad doméstica de uno de los progenitores se produce principalmente como resultado de procesos de divorcio y/o separación de los padres o de defunción de uno de ellos, pues todavía las familias monoparentales por decisión propia son claramente minoritarias en nuestro entorno. En el caso de las defunciones, resulta obvio el impacto en la emocionalidad adolescente. En cuanto a las separaciones y divorcios, también.

De nuestros datos también podemos extraer información sobre los efectos del desempleo de alguno de los progenitores en la tasa de depresión. Por ejemplo, entre aquellos cuyo padre o pareja de la madre no trabaja, la prevalencia de este trastorno es de un 13,3 %, mientras que entre aquellos en los que trabaja es de un 8 %. Un efecto parecido se produce si es la madre la que se encuentra en desempleo o la pareja del padre (13,3 %) frente al 8,4 % en el caso de que esta persona de la unidad familiar esté empleada. Entre las chicas el efecto de desempleo de la madre y del padre es importante, puesto que en el primer caso la prevalencia es del 15,2 % y en el segundo del 20,8 %. Estos resultados pueden deberse a causas diversas que, incluso, pueden tener un carácter acumulativo, como la posibilidad de que las chicas interioricen de una forma más aguda los infortunios de la unidad familiar, al menos en cuanto a mostrar una fenomenología más próxima a la depresión. Queda pendiente analizar si los chicos materializan las adversidades familiares de otras formas, como en el abuso de determinadas sustancias psicoactivas.

La especial sensibilidad de las chicas ante los infortunios y obstáculos del hogar queda patente en el hecho de que, si bien las prevalencias de este trastorno aumentan tanto entre los chicos y las chicas en relación con la hora de llegada a casa de la madre después de trabajar, esta tasa se incrementa ostensiblemente en el caso de ellas. Las adolescentes diagnosticadas evidencian una clara tendencia

a concentrarse en los subgrupos de llegada tardía de la madre al hogar, hasta el punto de que mientras la prevalencia es de un 5,2 % cuando la madre llega a casa antes de las 18.00 horas, cuando la hora de llegada es superior, la tasa aumenta a un 13 % (entre las 18.00 y las 21.00 horas) y a un 15,3 % (más tarde de las 21.00 horas). Esta tendencia no es tan pronunciada cuando analizamos la hora de llegada del padre, aunque también está presente.

Cuando analizamos otros factores, como el nivel de estudios de los progenitores, los datos también son ilustrativos de la mayor sensibilidad de las chicas en relación con los factores familiares. Las adolescentes con diagnóstico son más sensibles a las diferencias de estudio, tanto de la madre como del padre, si bien en el primer caso es cuando se dibuja una tendencia más nítida. La prevalencia de depresión/ansiedad entre las adolescentes es de un 14,5 % cuando la madre tiene estudios primarios, de un 10,8 % cuando ha cursado estudios secundarios, y de un 7,6 % cuando estamos hablando de un nivel universitario. La relación entre los estudios del padre también parece marcar tendencia en el caso de las chicas, pero con porcentajes y diferencias menores entre los mismos grupos: 13, 11 y 8,4 % respectivamente.

En el ámbito de las relaciones que establecen los adolescentes diagnosticados con sus iguales, los datos permiten algunas consideraciones, aunque no del mismo calado que en el caso de las variables familiares. Por ejemplo, los chicos con depresión tienden a no tener ni haber tenido pareja, mientras que en ellas no se produce este efecto. Esta diferencia se deriva, probablemente, de la mayor dificultad de los chicos diagnosticados para lograr una relación afectiva de este tipo en contraposición con las chicas. Factores como la menor tolerancia social de los estados depresivos entre los chicos por la contradicción que supone con los modelos culturales de masculinidad podrían hacer a los chicos menos atractivos en la consecución de pareja. De hecho, el panorama de los adolescentes diagnosticados de depresión nos muestra ámbitos diferenciados de vulnerabilidad según género. Ellas serían más sensibles a los factores de tipo familiar, mientras que ellos a lograr una relación afectiva y/o amorosa en el contexto de sus iguales.

6. Malestares con vida social

Los estados de ánimo de los adolescentes se pueden entender como fenómenos con **vida social**, pues muestran un arraigo en las condiciones cotidianas de

existencia, en la desigualdad económica, en la estructura familiar, en los modelos comunicacionales entre progenitores e hijos, en el fenómeno migratorio, y en la red de iguales. Son también malestares emocionales que dibujan dos conjuntos. El primero está conformado por los sentimientos crónicos de tristeza, soledad y aburrimiento y se vincula al riesgo de desafiliación o dificultad para reproducir sus existencias y asegurar su protección. El segundo está compuesto por el nerviosismo, la presión parental y el sentimiento de estar demasiado ocupados para desarrollar sus tareas cotidianas. En este caso, estamos ante otra forma de asumir la adversidad y, previsiblemente, ante condiciones sociales que abocan a nuestros adolescentes a un estado de sentirse «superados» por las presiones de los adultos o autoexplotados. Las dos modalidades (desafiliados y superados) expresan dos posiciones emocionales ante la incertidumbre y también dos formas de cómo esta incertidumbre es vivida y sentida.

Algunos malestares que hemos analizado muestran una asociación con la existencia de un diagnóstico de depresión. Las y los adolescentes diagnosticados presentan un perfil social que subraya notables diferencias de género, de renta, de nivel de estudios de los progenitores y también mayores vulnerabilidades asociadas a los cambios de la estructura familiar (monoparentalidad), la comunicación parental, y los ritmos domésticos en el caso de las chicas, y de consecución de una relación de pareja en el caso de los chicos.

Las implicaciones de los factores sociales en la depresión, la ansiedad y los estados de ánimo negativos en la adolescencia hacen pensar en la necesidad de políticas que incluyan estas dimensiones, ya se entiendan estos factores como causas o como consecuencias. Más concretamente, en la primera línea (causas), se trataría de paliar las adversidades sociales (la pobreza, el nivel educativo de los padres, etc.) que inciden en trastornos como la depresión, o de atenuar estos efectos mediante la mayor calidad de las políticas sociales y la potenciación del capital social de las familias. En la segunda opción (consecuencias), las políticas tendrían que incidir en diferentes aspectos como:

1) evitar la discriminación y el estigma social vinculados a la existencia de un diagnóstico de trastorno mental tanto en el sector educativo como laboral;
2) facilitar el acceso a servicios adecuados en el sistema sanitario, evitando los efectos de dependencia, medicalización y medicamentalización;
3) fortalecer la integración social de los adolescentes afectados, favoreciendo su sociabilidad; y
4) reducir el efecto de movilidad social descendente del bucle depresivo conformado por la díada diagnóstico/bajo estatus socioeconómico.

7. ¿Quién evita a quién? Una paradoja de la atención

Si bien el sufrimiento psíquico de tipo depresivo es frecuente entre los adolescentes, pocos de ellos recurren a un servicio profesional de psicología, medicina o salud mental para resolverlos. En un estudio comparativo reciente realizado en seis países europeos (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia) se indica que solo el 51,7 % de la población adulta con necesidades de atención en salud mental utilizan los servicios sanitarios y que únicamente el 25,1 % ha visitado a un profesional de la salud en los últimos doce meses (Alonso y otros, 2007). Este fenómeno de infrautilización y evitación se agudiza entre los adolescentes y jóvenes con síntomas de depresión y ansiedad. Varios estudios indican que únicamente entre el 18 % y el 34 % de los adolescentes con trastornos de depresión o ansiedad francos son asistidos por profesionales de la salud mental o por médicos de familia, incluso cuando este tipo de atención forma parte de la cobertura gratuita ofrecida por los sistemas nacionales de salud (Gulliver y otros, 2010).

La evitación de los servicios sanitarios por parte de los adolescentes y jóvenes aparece asociada en la literatura con diferentes factores, como la sensación de autosuficiencia para resolver este tipo de aflicciones, las percepciones negativas sobre los profesionales y los tratamientos, la ausencia de una «alfabetización» en salud mental, el miedo al estigma asociado con las enfermedades mentales, la vergüenza, la dificultad de expresar las propias emociones y la preferencia por estrategias profanas de resolución de este tipo de malestares y síntomas en la propia red social (Gulliver y otros, 2010; Zachrisson y otros, 2006). Algunos estudios destacan que el rechazo a la ayuda profesional se produce más entre los jóvenes que entre las chicas, como consecuencia de un modelo de masculinidad hegemónico en muchos contextos sociales que conlleva una menor tolerancia a la fragilidad emocional y a la pérdida de autonomía personal (Swami, 2012). Otros factores estructurales que parecen contribuir a la evitación de los servicios en ambos géneros son las barreras en el acceso a los dispositivos, la brecha generacional entre usuarios y profesionales, la falta de **conciencia de enfermedad**, la no disponibilidad de información y las dificultades económicas, especialmente en este último caso cuando estamos hablando de países sin cobertura sanitaria universal.

La investigación sobre esta problemática adquiere relevancia por los supuestos efectos beneficiosos de la atención precoz de la depresión y del malestar emocional de los adolescentes y jóvenes en la salud presente y futura de este grupo de

edad. La existencia de síntomas de depresión y ansiedad supone un mayor riesgo de consumo de substancias psicoactivas, probablemente vinculado a la necesidad de una autoatención y automedicación de las propias aflicciones; también un mayor riesgo de suicidio o de tentativa de suicidio y de existencia de trastorno mental severo en la vida adulta; por no hablar de los efectos derivados en el rendimiento escolar, en el acceso al mundo laboral y en el ámbito de relaciones sociales y afectivas. En lógica con esta idea, a menor atención en los servicios profesionales se produciría un empeoramiento de los síntomas, una búsqueda de soluciones alternativas que tendría efectos en el aumento de consumo de substancias psicoactivas y una mayor vulnerabilidad a problemas graves de salud mental en el futuro. En el ámbito social, por su lado, se incrementaría la probabilidad de desafiliación social debido a la dificultad por parte de los sujetos afectados para reproducir sus existencias y asegurar su protección.

A pesar de la relevancia del tema, el problema de la evitación de los servicios no ha recibido la merecida atención y, cuando así ha sido, se ha realizado desde orientaciones que muestran importantes limitaciones metodológicas. En el contexto de Cataluña y España, la carencia de investigaciones es evidente, pues en nuestra propia revisión de la literatura no encontramos ningún estudio que abordase este fenómeno de forma central antes de la aparición del nuestro (Martínez-Hernáez y otros, 2014). Adicionalmente, cuando revisamos las investigaciones efectuadas en otros contextos nacionales, observamos posicionamientos teóricos diferentes entre las investigaciones realizadas desde las ciencias de la salud y las desarrolladas desde las ciencias sociales. En el primer caso (las ciencias de la salud), la opción teórico-metodológica más frecuentada muestra, a nuestro juicio, cuatro sesgos consustanciales, lo cual no excluye otras posibles insuficiencias adicionales. Nos referimos a:

1) Un **sesgo universalista**, que se expresa en la búsqueda de «barreras» en el acceso a partir de una fragmentación de estos obstáculos como si fuesen variables biomédicas universales; y, obviamente, la reluctancia por parte de los adolescentes al control profesional de sus aflicciones no es una variable del mismo orden que los factores biológicos. Esta posición ha generado una tendencia a universalizar los obstáculos, así como a cosificar el proceso de búsqueda de atención profesional.
2) Un **sesgo biomédico**, que se muestra en la aplicación de un modelo médico-céntrico donde la definición de atención incluye exclusivamente el sistema alopático o propio de la medicina occidental. De esta forma, se omite el papel de los recursos alternativos y complementarios, *folk* y, espe-

cialmente, los procesos de autocuidado que operan en las propias redes sociales de los adolescentes y jóvenes. También se ofrece escasa atención a los obstáculos que emanan de la propia articulación del sistema biomédico y, cuando sí se incluyen, son generalmente entendidos como resultado de la falta de alfabetización en salud de los jóvenes, más que como limitaciones en el acceso generados desde los propios servicios. De esta manera, se produce un efecto acrítico y arreflexivo sobre las políticas de salud mental que evita preguntarse sobre quién evita a quién: los jóvenes a los servicios, o los servicios a los jóvenes.

3) Un **sesgo individualista**, que supone la aplicación de una noción de «individuo racional» universal para explicar las decisiones de búsqueda de salud y, alternativamente, de un modelo de sujeto irracional para dar cuenta de los procesos de evitación. Singularmente, este supuesto teórico se muestra contradictorio con algunas evidencias, como que el comportamiento de los actores sociales, y esto incluye especialmente a los adolescentes y jóvenes, deviene en gran medida de la influencia de los modelos culturales, de las redes sociales, de las prácticas de autoatención y autocuidado, del capital social y de las condiciones materiales de existencia. Como consecuencia de este sesgo, se ha desatendido el papel del capital social de los adolescentes y jóvenes, a pesar de que este factor se revele como fundamental en las narrativas de los propios actores.
4) Un **sesgo adultocéntrico** que, en consonancia con las connotaciones de otredad de la adolescencia en el imaginario adulto, implica una cierta alterización del comportamiento y la discursividad de los jóvenes. El resultado de este sesgo es la escasa atención que se presta al punto de vista de los actores. En realidad, la perspectiva nativa queda generalmente subsumida y oscurecida por una jerga propia del sistema experto, el cual amplifica la idea de irracionalidad de los jóvenes mientras debate sobre carencias como la falta de alfabetización en salud y salud mental.

En el campo de las ciencias sociales, se ha tratado de paliar esta visión medicalizada de los procesos de búsqueda o de evitación de la atención y las discusiones se han articulado, tradicionalmente, entre las opciones positivistas y las dinámicas. En términos sintéticos, podemos decir que para el modelo positivista, que continúa siendo el dominante, el fenómeno de búsqueda de atención es explicado por principios pragmáticos y estructurales, como el acceso, las barreras y el coste/beneficio, aproximándose así a la explicación del individuo racional. Por otro lado, en el modelo dinámico se incluyen las dimensiones cultura-

les y, por lo tanto locales, en la toma de decisiones. En este sentido, Pescosolido y otros (1998) han desarrollado el concepto de *network episode model* (NEM) y Biddle y otros (2007), en el caso concreto de la evitación entre los jóvenes con problemas de salud mental, han acuñado la noción de *cycle of avoidance* para definir el proceso que incide en la elección o no de búsqueda de ayuda profesional. No obstante, y a pesar de las interesantes propuestas de Biddle y de Pescosolido, en el panorama contemporáneo sigue predominando una aproximación que, mientras está atenta al uso o desuso de los dispositivos, desatiende el entramado narrativo profano que genera la toma de decisiones en la búsqueda de salud o de bienestar.

8. Narrativas e itinerarios de evitación

En el marco del proyecto «Los malestares de los adolescentes» entrevistamos a 105 adolescentes y jóvenes catalanes sobre las formas profanas de afrontar el sufrimiento psíquico de tipo depresivo y, también, sobre su percepción de los servicios de salud mental. Se trataba de analizar las razones de evitación de este tipo de servicios desde una perspectiva dinámica y basada en el modelo de **ciclo de evitación**. De los 105 informantes entrevistados, 37 habían tenido en el pasado un diagnóstico profesional de depresión, 33 habían mostrado estados de ánimo negativos de forma recurrente y, por consiguiente, mostraban un malestar autopercibido, aunque no tuviesen un diagnóstico; finalmente, 35 no habían manifestado ni la existencia de un diagnóstico ni de un malestar autopercibido. De todos los entrevistados, únicamente 21 (11 con un diagnóstico previo de depresión, 7 con malestar autopercibido y 3 sin diagnóstico ni malestar) mostraron una actitud explícita y clara de búsqueda de atención en el ámbito profesional ante síntomas de depresión. Ahora bien, incluso estos casos siempre incorporaron otros recursos profanos en plano de igualdad con los profesionales, como el apoyo de la propia red social.

Los motivos de evitación de nuestros jóvenes entrevistados pueden sintetizarse en doce causas que aparecen en la tabla 4. Los más frecuentes fueron: normalización del problema, estigma, autoconfianza y no es necesario un tratamiento profesional. En cambio, los motivos menos referidos fueron: dificultad en el acceso, trato profesional estereotipado y desconocimiento de los servicios. Estos últimos fueron comentados especialmente por los jóvenes con diagnóstico previo y con malestar autopercibido.

Tabla 4. Motivos de evitación de los servicios profesionales según subgrupo

	Mujeres con diagnóstico		Mujeres con malestar autopercibido		Mujeres control		Hombres con diagnóstico		Hombres con malestar autopercibido		Hombres control		TOTAL
Normalización del problema	4	12,9 %	5	16,1 %	11	35,5 %	5	16,1 %	2	6,5 %	4	12,9 %	31
Estigma	8	28,6 %	4	14,3 %	7	25,0 %	3	10,7 %	4	14, 3%	2	7,1 %	28
Miedo a recibir un diagnóstico	7	25,9 %	8	29,6 %	5	18,5 %	2	7,4 %	3	11,1 %	2	7,4 %	27
La ayuda profesional no es necesaria	2	8,3 %	2	8,3 %	13	54,2 %	2	8,3 %	3	12,5 %	2	8,3 %	24
Autoconfianza	4	16,7 %	3	12,5 %	4	16,7 %	5	20,8 %	4	16,7 %	4	16,7 %	24
Uso de la red social	9	42,9 %	0	0,0 %	7	33,3 %	3	14,3 %	2	9,5 %	0	0,0 %	21
Vergüenza	7	41,2 %	2	11,8 %	4	23,5 %	1	5,9 %	0	0,0 %	3	17,6 %	17
Autonegación	7	50,0 %	1	7,1 %	2	14,3 %	1	7,1 %	2	14,3 %	1	7,1 %	14
Falta de confianza en los tratamientos	6	42,9 %	3	21,4 %	2	14,3 %	1	7,1 %	1	7,1 %	1	7,1 %	14
Problemas de accesibilidad	3	37,5 %	2	25,0 %	1	12,5 %	0	0,0 %	2	25,0 %	0	0,0 %	8
Aproximación terapéutica muy protocolizada	3	42,9 %	1	14,3 %	1	14,3 %	0	0,0 %	1	14,3 %	1	14,3 %	7
Falta de información sobre los servicios disponibles	0	0,0 %	2	40,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %	0	0,0 %	5

Los motivos de evitación aludidos deben entenderse como interrelacionados entre sí en una red semántica que ofrece sentido a los estados depresivos y las

elecciones sobre los tratamientos que son considerados más adecuados, ya sean estos expertos o legos. A partir de un análisis de *clusters* observamos la existencia de tres grandes conjuntos de motivos:

1) El primer grupo se compone de causas asociadas con la normalización del malestar, y que se sintetizan en la idea lega de «estar normalmente deprimido». Aquí la evitación deviene de entender que los recursos propios (confianza en uno mismo y en la red social) son suficientes para resolver los síntomas de depresión.
2) El segundo grupo se compone de causas asociadas con la problematización del malestar y con la decisión de una posible búsqueda de ayuda. Los obstáculos aquí provienen del propio sujeto (autonegación) y del acceso a los servicios (desconocimiento sobre las vías de acceso, miedo a hablar con un profesional y que le detecten un trastorno y dificultad en el acceso por el sistema de visitas, etc.).
3) El tercer grupo refiere a las causas asociadas con la evaluación de las consecuencias vividas o imaginadas de la atención profesional, tanto en el contexto social (estigma y vergüenza), como en relación con el tratamiento esperado en los servicios (desconfianza sobre el resultado del tratamiento y expectativa de trato estereotipado).

Podemos pensar que el límite entre el primer grupo y el segundo remite a la distinción profana entre un estado normal y otro patológico o, dicho en otros términos: los criterios para determinar un estado usual de la vida cotidiana y un problema de salud mental según la perspectiva de los propios jóvenes. La demarcación entre el segundo y el tercer grupo, por su parte, se corresponde con la elección o no de búsqueda de ayuda profesional ante la conciencia de que existe un sufrimiento psíquico que es considerado ya como un problema a tratar. Los tres grupos (normalización, problematización y evaluación de las consecuencias de la atención) muestran una lógica temporal en forma de un itinerario. De hecho, entre nuestros informantes observamos que primero los sujetos normalizan su malestar, tienden a confiar en sus propios recursos y desconsideran la necesidad de una atención profesional. Ante la continuidad y empeoramiento de sus síntomas, comienzan a reflexionar y se plantean si estarán negándose a sí mismos la gravedad de su malestar; también se preguntan qué recurso utilizar, si serán capaces de explicar a alguien lo que les ocurre y si recibirán un diagnóstico en caso de que accedan a los servicios. Seguidamente, evalúan las consecuencias de la atención en términos de la lectura potencial que podrá realizarse en su entorno social (vergüenza, estigma) y en si recibirán una asistencia adecuada a sus necesidades. Con todo, observamos que estas tres etapas no guardan

un orden puramente secuencial y unidireccional, sino que más bien el ciclo de evitación organiza la experiencia de los jóvenes de forma dinámica y con múltiples recurrencias; por ejemplo, el afectado puede visualizar las consecuencias de la atención en salud mental y optar de nuevo por la normalización de su malestar.

8.1. Normalización

La mayor parte de los jóvenes utilizaron una categoría como «depresión» para definir los estados que les mostrábamos al inicio de nuestras entrevistas mediante una viñeta en la que un personaje imaginario (María o Joan) presentaba un sufrimiento psíquico de este tipo. No obstante, el uso de la palabra «depresión» no significaba necesariamente una concordancia con el modelo explicativo profesional, pues estábamos ante una noción popular que para la mayoría no suponía la necesidad de un tratamiento psicoterapéutico y/o psicofarmacológico. Estar deprimido se definía como tener un «bajón», estar «rayado» (o «rallado»), sentirse frustrado, preocupado, «encerrado» en uno mismo como consecuencia de problemas interpersonales y afectivos. En este sentido, estar «deprimido» no era percibido como un trastorno que mereciese atención profesional, sino como un estado habitual de la adversidad humana; una forma de «estar normalmente deprimido» derivada de las situaciones de la vida cotidiana, como son los problemas con los estudios, con la familia, con los amigos, incluso sufrir un desengaño amoroso, y, por lo tanto, la tendencia dentro de esta perspectiva fue que su resolución debía mantenerse en este mismo ámbito social. Como indicaban algunos de ellos:

> Pregunta: ¿Acudirías tú a alguno de estos profesionales en caso de sentirte como María/Joan [el personaje de la viñeta]?
>
> Respuesta: No, tampoco es un problema tan grave. A mí me pasa y no es para ir al psicólogo. Es normal que te pueda pasar alguna vez esto. Hay cosas más graves para ir al psicólogo; no por una tontería así, que te sientas deprimida.
>
> R: No creo que tenga que ir a un profesional. Todos tienen problemas y pasan por casos de todo tipo de depresiones o mini depresiones, y no creo que por cada problema tengamos que ir a un especialista.
>
> R: Para ir a hablar con ellos debes tener un problema muy grave y que no puedes solucionar de otra manera.

Para nuestros informantes, normalizar un estado de depresión o un problema psicológico suponía restituirlo al dominio de la experiencia cotidiana y, por consiguiente, despatalogizarlo. Si para el profesional los síntomas de depresión son el indicio de un proceso psicopatológico, para los jóvenes se trataba de sus propias vivencias y trayectorias biográficas, y concernía a sus problemas cotidianos, a los conflictos interpersonales y a las disensiones entre sus aspiraciones y los medios para alcanzarlas. Es por ello que la atención profesional era considerada exclusivamente para situaciones muy graves. Primero había que esperar que remitiese el sufrimiento psíquico por sí mismo o con una actitud proactiva, saliendo con los amigos o «sacándolo todo». Además, la percepción más generalizada fue que la «depresión» es un problema que se resuelve con el afrontamiento personal por parte del afectado y que el acceso a una atención especializada provoca una importante pérdida de autonomía personal y de control de la propia trayectoria vital. Los problemas son de uno mismo y por uno mismo deben ser resueltos, nos decían. Incluso pueden entenderse como asuntos demasiados personales para contarlos a alguien, y más si estamos hablando de un extraño. Acceder a los servicios de salud por sentirse «deprimido» es entendido, de hecho, como consecuencia de una debilidad del carácter que conlleva la incapacidad para resolver por ellos mismos sus problemas futuros y que, indudablemente, generará desconfianza en sus propias capacidades. Como expresaban algunos informantes:

> Pregunta: ¿Acudirías tú a alguno de estos profesionales en caso de sentirte como María/Joan?
>
> Respuesta: Yo, ahora mismo admito que no soy feliz, pero no necesito para nada un psicólogo o un psiquiatra. Debería encontrarme en una situación límite.
>
> Respuesta: No necesitas a ningún experto en esta materia para decir lo que te pasa. Si la materia te supera… vale. Sí que quizá necesito a alguien que me escuche, pero no necesita tener un título para aconsejarme.
>
> Respuesta: Si te ayudan te sientes débil. Dices «mierda», no podré hacer nada en la vida yo sola.

Incluso los que habían tenido acceso a una psicoterapia en el pasado, o la estaban realizando actualmente, tendían a normalizar sus estados como algo propio de la vida. Las causas del malestar eran interpretadas en clave social y el

ejercicio individual era aprender a «llevarlas» y «soportarlas». Los recursos profanos asociados con el autocuidado eran los primeros en ser nombrados y valorados, incluyendo la red social donde destacaban los amigos próximos y los progenitores: «Un padre y una madre son los mejores psicólogos», que pueden decir: «Primero cálmate y luego hablamos», o: «Mi padre es un apoyo muy grande. Es como un psicólogo, así por decirlo un poco». El psicólogo es únicamente «Si no hay más remedio» o «Bueno, si fuese un caso extremo. Algo muy, que vea: esto ya no puedo yo sola». La red social adquiere, así, gran relevancia como primer recurso al que acogerse. La familia, especialmente los progenitores, y el grupo de amigos permiten mitigar el malestar o negociar las formas de resolverlo, incluyendo la evaluación de su severidad y la necesidad de una atención profesional. En palabras de algunos jóvenes:

> Pregunta: ¿Acudirías tú a alguno de estos profesionales en caso de sentirte como María/Joan?
>
> Respuesta: No hay que recurrir a un profesional cuando tienes amigos que te pueden ayudar.
>
> Respuesta: Primero tendría que salir con los amigos y, si tiene una persona muy próxima, explicarle y escucharla, y si ve que no tiene solución y continúa sintiéndose mal, obviamente ir a un profesional.

8.2. Problematización

Para nuestros jóvenes, el primer acto de consciencia sobre la necesidad de ayuda se inicia con la superación de la autonegación del propio sufrimiento, especialmente de su magnitud y severidad. Esta consciencia emerge como efecto de la duración del malestar o la aparición de conductas inusuales, como quedarse en casa encerrado, perder el apetito o llorar sin motivo aparente. La severidad del problema y, por consiguiente, la necesidad de atención profesional es un tema negociado en la propia red social de los afectados (familia y amigos), y no tanto una decisión independiente. Con la consciencia del malestar se da comienzo a un proceso de problematización que implica también trascender el umbral de la normalidad para inscribirse en la anormalidad. Como expresaban algunos informantes:

Pregunta: ¿Acudirías tú a alguno de estos profesionales en caso de sentirte como María/Joan?

Respuesta: Lo que le pasa [a María] no es tan grave como para ir al psicólogo. Es una cosa de la que puede salir ella misma.

Pregunta: ¿Cuándo piensas que algo suficientemente es serio para ir al psicólogo?

Respuesta: Cuando comienzas a hacer cosas extrañas. Pasas el día encerrado en casa, en la cama sin hacer nada. Dejas de comer. Cuando llegas al extremo.

Pregunta: ¿Qué piensas acerca de los profesionales y los servicios de salud?

Respuesta: Realmente, la ayuda de un psicólogo no es del todo necesaria. En la mayoría de los casos no sirven mucho, pero supongo que en algunos casos sí, pero ya son casos muy extremos.

Pregunta: María/Joan no quiere acudir a ningún profesional de la salud para pedir ayuda. ¿Por qué piensas que no quiere ir?

Respuesta: No ven que tienen un problema: «Yo estoy mal ahora, pero ya se me pasará». No ven las consecuencias que puede tener.

Respuesta: Para no descubrirse a sí misma. Tenemos miedo a nosotros mismos. Miedo a qué nos va a decir ese señor o esa señora y a descubrir nosotros mismos cuáles son nuestras razones de por qué estamos mal.

En consonancia con los resultados de otras investigaciones (Biddle y otros, 2007), observamos que el umbral de los jóvenes para discriminar una situación anómala y que, por consiguiente, requiere de ayuda profesional, es más flexible y a la vez más tendente a la normalización que el criterio de los expertos.

La autonegación era un obstáculo citado principalmente por las mujeres con diagnóstico y ser consciente de ello suponía, según sus narrativas, salir de un «encierro de sí mismas» que les «impide ver» y aceptar «lo que está ocurriendo». Simultáneamente emergía el miedo a sufrir un trastorno mental, que era expresado en la idea de «tener algo», que «(los profesionales) te encuentren algo». Un elemento perturbador en este proceso de problematización era la dificultad para expresar el propio malestar o para percibir sus causas. Incluso algunos informantes con experiencia previa de depresión afirmaron que se percataron de que su-

frían un problema de salud mental al verse incapaces de determinar y expresar el motivo de su sufrimiento, lo cual redundaba en su temor a hablar con un profesional y que este pudiese detectarles un trastorno mental.

Tras la potencial consciencia de la magnitud del problema, emergen cuestiones prácticas de acceso a los servicios y nuevos obstáculos derivados. Según algunos de los informantes:

> Pregunta: María/Joan no quiere acudir a ningún profesional de la salud para pedir ayuda. ¿Por qué piensas que no quiere ir?
>
> Respuesta: Pereza. Para ir al médico, por pedir hora, tener que apuntártelo en la agenda, no olvidarte, ir allí. La tensión de «qué me dirán, qué no me dirán».
>
> A: Si no fuesen tan caros, o no tuvieras que esperar tantos meses. Porque hay pocos también por la seguridad social, y tienes que esperar quizá dos meses. De una visita a la siguiente, dos meses. Yo no voy.
>
> A: Cuesta mucho explicar lo que te pasa. Es muy difícil. Y para que ella acudiese a un profesional de la salud tendría que ir primero a explicárselo a su madre, porque es una menor. Tienes que decirle a tu madre que tienes un problema. Ella querrá saber qué es.

Los jóvenes de nuestro estudio señalaron fundamentalmente dos obstáculos en este campo: el **desconocimiento sobre a qué tipo de servicios acudir** y los **problemas de accesibilidad**. Sobre el desconocimiento indicaron las dificultades para discriminar entre un psiquiatra y un psicólogo y saber cuál era el profesional más adecuado. Generalmente se decantaron por el psicólogo, ya que, en consonancia con el imaginario colectivo, su consulta fue considerada con menor carga estigmatizante. No obstante, se reconocía un prejuicio social que funcionaba por la asociación psicólogo/locura: «Hay mucha gente que no dice que va al psicólogo por vergüenza», o también: «Es como si estuvieras loco, o no sé, a veces hablas de psicólogo y te dicen: "Anda qué dices". Yo que sé. Como que te falta algo en la cabeza. Hay mucha gente que no dice que va al psicólogo por vergüenza».

Salvo algunas excepciones, la mayoría asociaba exclusivamente la figura del psiquiatra con la prescripción farmacológica y, a la vez, desconsideraban que su malestar pudiera resolverse con psicofármacos. A pesar de compartir el término (que no el concepto) de «depresión» con el modelo explicativo profesional y de que algunos verbalizasen una dificultad para conocer los motivos de su malestar, en el modelo profano se percibía la aflicción como resultante de causas biográficas

y psicosociales y no de desarreglos neuroquímicos o inflexiones de la estructura de la personalidad. Y, obviamente, esto provocaba un desencuentro entre las expectativas de los jóvenes y la atención que acababan recibiendo en los dispositivos.

Sobre las dificultades de accesibilidad invocaron el esfuerzo de solicitar una visita en los servicios de salud, el temor a olvidar la cita, la demora en ser atendido y la tensión vivida mientras tanto («qué me dirán, qué no me dirán»). También consideraron onerosos los profesionales privados, principalmente los psicólogos; factor este que, unido a cierta desconfianza sobre la eficacia de las terapias y tratamientos, redundó en las motivaciones para evitar este tipo de ayuda. En su lugar emergieron estrategias profanas, como encerrarse en la habitación, llorar o esperar «que mañana fuese otro día».

8.3. Evaluación de las consecuencias

El estigma asociado a los trastornos mentales fue uno de los motivos más frecuentes de evitación de los servicios y fue compartido con gran transversalidad por parte de los diferentes jóvenes de nuestro estudio. Se planteaba como un atributo relacional que operaba principalmente en la distorsión social de la imagen del *self* y, a la vez, en el impacto que esta distorsión genera en la imagen que uno mismo tiene de sí. De esta forma opera tanto a nivel de la heteroestigmatización como de la autoestigmatización. El estigma se materializa en miedo al rechazo por parte de la familia y de los amigos, en la idea de que el futuro laboral y vivencial se encuentra comprometido y en sentir vergüenza y culpabilidad. Algunos informantes llegaron a afirmar que, con el uso de los servicios de salud mental, no se solucionaba el problema del sufrimiento psíquico, sino que se adquirían dos problemas: el sufrimiento psíquico y el estigma asociado. En palabras de algunos informantes:

> Pregunta: María/Joan no quiere acudir a ningún profesional de la salud para pedir ayuda. ¿Por qué piensas que no quiere ir?
>
> Respuesta: Es el miedo a sentirte rechazado. Lo necesitas, pero el miedo al rechazo es mayor que las ganas de superar este trago.
>
> Respuesta: A lo mejor no quiere contar sus problemas más íntimos a nadie. Siente vergüenza, siente que la van a analizar mucho, se van a reír de ella…

Q: ¿Quién se va a reír de ella? ¿El especialista…?

Respuesta: Sí, a lo mejor piensa que esas cosas son tan vergonzosas que no se pueden ni contar, que a lo mejor creen que está loca, que hablarán con sus padres y no quiere.

Respuesta: Estás en el punto de mira del rumor. Cuando te rompes una pierna está muy bien que todos de vean con un yeso, pero cuando tienes que ir al psicólogo, que todos lo sepan no gusta tanto. No es agradable que sepan que tienes problemas.

Respuesta: Mi madre me decía: ve al psicólogo. Y yo le decía que no, que eso era para gente loca, que yo no estaba loca.

Respuesta: Si estás de bajón, estás yendo al psicólogo y encima piensas que los demás piensan que estás loco, pues ya es como: ¡¡¡festival!!!

Respuesta: Me daba vergüenza. No decía adónde iba. Porque iba en horario escolar, y nunca lo decía. Decía: «Al médico».

Frecuentemente los jóvenes entendieron el estigma y la vergüenza como dos caras de la misma moneda. Por un lado, el estigma adquiere una dimensión social atribuida y por lo tanto externa, aunque también sea interiorizada e incorporada en el *self* mediante la autoestigmatización. Por otro lado, la vergüenza se definió como una de las facetas de esa interiorización que lleva a la inhibición en las relaciones interpersonales, incluidas las relaciones terapéuticas. La vergüenza adquiere, así, un carácter de corporalización y subjetización de los prejuicios sociales sobre los problemas de salud mental y, en esta medida, conforma una de las causas de evitación más evidentes.

En esta serie de trayectorias reales e imaginadas por nuestros informantes, finalmente emergieron dos motivos muy asociados entre sí. El primero, la **desconfianza hacia los profesionales**, tanto en términos de la eficacia de los tratamientos como del uso que pueden hacer de la información confidencial, por ejemplo con la familia. El segundo fue la **visión de las terapias disponibles como estereotipadas e insensibles a las singularidades del paciente**. De ahí deviene, según sus palabras, que se traten todas las situaciones de acuerdo con un mismo patrón de resolución de las aflicciones, cuando estas deberían ser entendidas como singulares. De hecho, esto es vivido como un desencuentro entre el joven que se dirige al servicio por un problema vivencial y la tendencia del profesional a aplicar un protocolo. De esta forma, entre lo que esperan de la ayuda y lo que reciben

se produce un *decalage* que redunda en la evitación de los servicios. Según indicaban algunos informantes:

> Pregunta: María/Joan no quiere acudir a ningún profesional de la salud para pedir ayuda. ¿Por qué piensas que no quiere ir?
>
> Respuesta: Hay muchos que no confían en ellos, no creen que los puedan ayudar. Es una persona desconocida, ¿cómo te va ayudar una persona desconocida? No sabe lo que hay en tu cabeza.
>
> Respuesta: No siempre ayudan. Y es muy difícil abrirte a un desconocido que solo te va a mirar de manera analítica. Ayuda más abrirte a alguien más cercano o a alguien ajeno pero que conozcas, que a un señor con una bata que vaya escribiendo todo el rato todo lo que dices.
>
> Respuesta: Los psicólogos tienen un canon estipulado: si tienes esto y esto, tienes esto… No. Mi problema no es igual que el de este. ¿Por qué me has de tratar de esta manera? Ella y yo no sentimos lo mismo, no somos iguales. No me puedes tratar igual a mí que a la persona que ha entrado después. Somos muy diferentes. Son dos vidas paralelas, no tienen nada que ver, no me puedes tratar igual.
>
> Respuesta: Un amigo fue a un psicólogo privado y como era privado no confiaba en él porque pensaba: «Si mi padre le paga, el psicólogo luego se lo va a contar todo a mi padre porque le está pagando».

De una parte substancial de sus narrativas se derivó que el problema no es únicamente que los adolescentes y jóvenes eviten los servicios profesionales de atención ante una situación de malestar depresivo o ansioso, sino el hecho de que la propia organización de los servicios favorece esta evitación. Ante estos datos cabe preguntarse quién evita a quién, así como qué medidas podrían implementarse para la superación de este tipo de desencuentros. Con este objetivo realizamos una serie de grupos focales con nuestros informantes para que estableciesen recomendaciones.

9. Las recomendaciones de los jóvenes

En los grupos focales, los jóvenes de nuestro estudio plantearon diversas recomendaciones para la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud mental;

incluso fueron coautores de un modelo de buenas prácticas que construimos conjuntamente y que es accesible en abierto en internet (Carceller y otros, 2013). Sintéticamente, aquí vamos a destacar dos tipos de recomendaciones que plantearon: las que tenían que ver con la normalización del uso de los servicios y las que atañían a la organización de los mismos.

9.1. La normalización de la atención en salud mental

Los jóvenes indicaron que es necesaria una acción decidida en el campo social con el objetivo de eliminar, o al menos mitigar, el estigma asociado al uso de los servicios de salud mental, el cual afecta tanto a usuarios como a profesionales, aunque obviamente con un impacto vital diferente. Para ello, apuntaron que debería informarse más ampliamente del papel de los profesionales de la salud mental, normalizando, en el ámbito cultural y en la cotidianeidad, la posibilidad de su uso. La escuela fue entendida como un espacio privilegiado para trabajar esta normalización por medio del análisis crítico de los estereotipos asociados con los usuarios, pero también con los profesionales de la salud mental.

Los jóvenes insistieron en la necesidad de incorporar a los adolescentes y jóvenes como sujetos activos en los procesos de normalización con el propósito de resolver los problemas derivados de la brecha generacional y sus dificultades comunicativas derivadas. Para ello subrayaron no solo qué intervenciones deben hacerse, sino principalmente cómo deben hacerse; esto es: favoreciendo la horizontalidad, y, por lo tanto, otorgando protagonismo a los propios jóvenes. Algunas ideas que apuntaron en este sentido fueron: la realización de talleres en el medio educativo impartidos no solo por expertos sino por los propios adolescentes y jóvenes, y la inclusión de la problemática de los itinerarios terapéuticos en salud mental en los circuitos de los *mass media* (series, noticias, etc.), donde fuesen los propios jóvenes los que explicasen sus experiencias e informasen de los temas y asuntos asociados con la ubicación de los servicios y el acceso a la atención.

9.2. La organización de los servicios

Los jóvenes de nuestro estudio consideraron que, para favorecer el acceso a los servicios, estos deben organizarse sobre el concepto de atención cercana, personalizada y continuada. Para ello, y según su criterio, han de centrarse más en

la atención que en los aspectos burocráticos, más en la flexibilidad que en el trato formal o formalista, más en la singularidad subjetiva que en los modelos protocolizados, los cuales entendieron como excesivamente estereotipados y un obstáculo en sí mismos. Consideraron muy adecuada la cercanía con los pediatras y los médicos de familia, por ser profesionales de referencia de sus trayectorias vitales y, en este sentido, reforzaron su papel. Fueron conscientes de que en el tránsito de la adolescencia a la juventud se generan discontinuidades de la atención e indicaron que estas interrupciones deberían resolverse con una mayor coordinación entre los profesionales (equipo de pediatría, de atención primaria y de salud mental) y con un acompañamiento que permitiese que el vínculo profesional-paciente no se desdibujase.

Entre otras iniciativas, propusieron que la primera consulta con el profesional de salud mental pueda ser a domicilio, con el objetivo de mejorar la accesibilidad y propiciar una buena comunicación clínica. También que el acceso sea rápido y sin periodos muy dilatados entre las consultas. Apuntaron la necesidad de flexibilizar y adaptar los horarios, puesto que los servicios públicos especializados atienden generalmente en horario lectivo, lo cual implica que han de justificar su salida del centro educativo, perdiendo su privacidad y exponiéndose a la vergüenza y el estigma. Recomendaron, finalmente, que el profesional no pase el tiempo de la consulta transcribiendo en lugar de escuchar y empatizar con sus problemas.

10. Conclusiones

Los adolescentes y jóvenes entrevistados en nuestra investigación incidieron en la importancia de la ayuda mutua para la resolución de sus malestares; un factor este generalmente olvidado en la atención psicosocial. En líneas generales, podemos decir que consideraron que debe establecerse un equilibrio entre dos comportamientos aparentemente contradictorios: dejar al afectado solo para que reflexione sobre su propio infortunio y, por otro lado, prestar apoyo social ofreciendo posibles salidas a su abatimiento. Según los jóvenes, la persona afectada es quien debe establecer los límites entre estas dos estrategias, de acuerdo con la relevancia del problema y el margen de confianza que desee establecer con sus interlocutores. El estado de soledad debe respetarse en estos casos para no menoscabar la confianza y para facilitar los procesos de autocuidado. Pero esta actitud no significa abandonar a quien se encuentra abatido a su estado de aisla-

miento, sino establecer un acompañamiento desde lo que podemos denominar una **distancia paradójica**, pues los jóvenes consideran que la situación ideal es «estar solo» y, a la vez, que «alguien esté contigo».

La preferencia de los adolescentes por la ayuda mutua puede entenderse como una apuesta por la normalización y relativización de sus malestares, así como por el estímulo de la autoconfianza y de su autonomía como sujetos sociales. Para ellas y ellos sentirse mal es parte del trayecto hacia el mundo adulto. En ese proceso el adolescente se construye y se constituye identificándose con sus pares por hallarse estos en la misma situación de liminalidad entre la infancia y el mundo adulto. En la medida en que todos se encuentran en la misma posición intersticial entre estos dos estadios, la vida cotidiana les depara problemas, pruebas, infortunios y adversidades semejantes. Esta situación de semejanza favorece la identificación entre ellos y su gregarismo derivado o, dicho en otras palabras, les proporciona un sentimiento de *communitas* (Turner, 1988) o de pertenencia a un grupo no estructurado de iguales.

La ***communitas*** de los grupos adolescentes es también una de las razones de que la ayuda mutua releve a los dispositivos profesionales en los procesos de búsqueda de ayuda. Para los jóvenes resolver su aflicción es también una forma de compartir experiencias en un campo de relaciones horizontales. Esto no significa que no puedan establecer mediaciones con el mundo de los adultos, sino que la elección de la ayuda mutua como recurso se ve alimentada por la afinidad de sentimientos que se deriva de habitar la misma intersticialidad social. Ahí se inscribe, a nuestro juicio, el fenómeno de la evitación de la ayuda profesional de este colectivo y, también, el reto de las políticas en salud mental para reconvertir la *communitas* adolescente en un aliado de las intervenciones más que en un obstáculo.

Bibliografía

Ahonen, E. Q. y otros (2007). «Negative mood states and related factors in a sample of adolescent secondary-school students in Barcelona (Spain)». *Gaceta Sanitaria* (núm. 21, págs. 43-52).

Alonso, J. y otros (2007). «Population level of unmet need for mental healthcare in Europe». *Br J Psychiatry* (núm. 190, págs. 299-306).

Balázs, J. y otros (2013). «Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk». *J Child Psychol Psychiatry* (vol. 6, núm. 54, págs. 670-677).

Bauman, Z. (2006). *Vida líquida*. Barcelona: Paidós.

Biddle, L. y otros (2007). «Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behavior». *Sociol Health Illn* (vol. 7, núm. 29, págs. 983-1002).

Birchwood, M.; Singh, S. P. (2013). «Mental health services for young people: matching the service to the need». *Br J Psychiatry* (núm. 54, supl. s1-s2).

Carceller, N. y otros (2013). *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de adolescentes y jóvenes*. Tarragona: Publicacions URV.

Castel, R. (1995). *La metamorfosis de la cuestión social*. Barcelona: Paidós.

Geertz, C. (1983). *Local Knowledge*. Nueva York: Free Press.

Gulliver, A. y otros (2010). «Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review». *BMC Psychiatry* (núm. 10, pág. 113).

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: UCP.

Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. Nueva York: Free Press.

Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.

Malinowski, B. (1986). *Los Argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona: Editorial Planeta.

Martínez-Hernáez, A. (2006). «Cuando las hormigas corretean por el cerebro. Retos y realidades de la psiquiatria cultural». *Cad Saude Publica* (vol. 11, núm. 22, págs. 2269-2280).

Martínez-Hernáez, A. (2010). «Dialogics, ethnography and health education». *Revista de Saúde Pública* (vol. 3, núm. 44, págs. 399-405).

Martínez-Hernáez, A.; Muñoz, A. (2010a). «Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte». *Salud Mental* (vol. 33, núm. 2, págs. 145-152).

Martínez-Hernáez, A.; Muñoz, 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* (vol. 33, núm. 3, págs. 229-236).

Martínez-Hernáez, A. y otros (2012a). «Heavy episodic drinking among adolescents: the association with negative mood States and family factors». *Revista Española de Salud Pública* (vol. 1, núm. 86, págs. 101-114).

Martínez-Hernáez, A. y otros (2012b). «Adolescent daily smoking, negative mood-states and the role of family communication». *Gaceta Sanitaria* (vol. 5, núm. 26, págs. 421-428).

Martínez-Hernáez, A. y otros (2012c). *Anatomia social de les emocions: adolescència, estats d'ànim i salut mental*. IV Informe CIIMU.

Martínez-Hernáez, A. y otros (2014). «Non-professional-help-seeking among young people with depression: A qualitative study». *BMC Psychiatry* (vol. 1, núm. 14, pág. 124).

Matud, M. P. y otros (2006). «Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión». *Int J Clin Health Psychol* (vol. 6, núm. 1, págs. 7-21).

Merikangas, K. R. y otros (2010). «Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (núm. 49, supl., págs. 980-989).

Mullan, E. y otros (2000). «Socioeconomic inequalities in adolescent health». En: Currie y otros (eds.). *Health and health behaviour among young people* (págs. 65-72). WHO: Copenhague.

Pensola, T. H.; Valkonen, T. (2000). «Mortality differences by parental social class from childhood to adulthood». *J Epidemiol Community Health* (núm. 54, págs. 525-529).

Power, C. y otros (2002). «Childhood and adulthood risk factors for socio-economic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British birth cohort». *Soc Sci Med* (núm. 55, 1989-2004).

Rickwood, D. J. y otros (2007). «When and how do young people seek professional help for mental health problems?». *Med J* (vol. 1, núm. 187, supl. 7, págs. S35-39).

Spencer, N. J. (2006). «Social equalization in youth: evidence from a cross-sectional British survey». *Eur J Public Health* (vol. 4, núm. 16, págs. 368-375).

Swami, V. (2012). «Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample». *PLoS One* (vol. 11, núm. 7, e49779).

Turner, V. (1988). *El proceso ritual*. Madrid: Taurus.

Vuille, J. C.; Schenkel, M. (2001). «Social equalization in health of youth». *Eur J. Public Health* (núm. 11, págs. 287-293).

Weber, M. (1987). *Economía y sociedad*. México: FCE.

West, P. (1997). «Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth?». *Soc Sci Med* (núm. 44, págs. 833-858).

WHO (2001). *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Ginebra: WHO.

WHO (2004). *World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. Mental Health of Children and Adolescents*. Helsinki: WHO.

Williams, J. y otros (1997). «Socioeconomic status and adolescent injuries». *Soc Sci Med* (núm. 44, págs. 1881-1891).

Zachrisson, H. D. y otros (2006). «Utilization of health services in relation to mental Health problems in adolescents: a population based survey». *BMC Public Health* (núm. 6, págs. 34-40).

Filmografía recomendada

Adolescències: http://vimeo.com/82190200

SUSANA BRIGNONI · CARLES FEIXA PÀMPOLS
ÁNGEL MARTÍNEZ-HERNÁEZ · ORIOL ROMANÍ I ALFONSO

EDUCACIÓN SOCIAL

MALESTARES Y SUBJETIVIDADES ADOLESCENTES

UNA APROXIMACIÓN DESDE LA SALUD MENTAL COLECTIVA

La palabra «adolescencia» es un término que difícilmente puede entenderse como un concepto universal, tal y como una amplia literatura antropológica ha puesto en evidencia y como apuntan los textos incluidos en este libro. Más bien debemos entenderla como una construcción social que cobra sentido en el contexto específico en el que los actores y sistemas sociales definen qué es la adolescencia y qué connotaciones encierra esta adscripción. No existiría, por consiguiente, algo así como un solo tránsito, o una adolescencia o una juventud posible de ser vividas, sino una diversidad cuyas condiciones de posibilidad descansan en un contexto social determinado.

Con este libro aprenderás sobre:

✓ adolescencia ✓ malestares ✓ psicopatología infantojuvenil ✓ salud mental
✓ antropología de la adolescencia ✓ juventud y drogas ✓ historia de la adolescencia
✓ actualidad y adolescencia ✓ sufrimiento ✓ vínculo ✓ subjetividad ✓ pubertad
✓ drogodependencias ✓ medicalización ✓ riesgos ✓ desafiliación

EDITORIAL UOC