EDICIONES COMPLUTENSE

Sociedad e Infancias
ISSN-e: 2531-0720

MISCELÁNEA

Adolescencia y malestar en salud mental: perspectivas profesionales desde el ámbito educativo y sanitario[1]

Maider Bengoetxea-Regatos
Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Grupo de investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK. Programa de Doctorado Modelos y Áreas de Investigación en Ciencias Sociales

Yolanda González-Rábago
Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Grupo de investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia

https://dx.doi.org/10.5209/soci.107160 Recibido: 19 de enero de 2026 • Aceptado: 7 de mayo de 2026

Resumen: En los últimos años, diferentes indicadores del estado de salud mental, así como los discursos académicos, políticos y mediáticos han advertido de un aumento del malestar con especial énfasis en la población adolescente. Ello ha favorecido la implicación e intervención desde diferentes ámbitos relacionados con la vida de este grupo de población. Por ello, este estudio explora los discursos de profesionales de los ámbitos educativo y sanitario sobre la salud mental en la adolescencia, en el contexto de lo que se ha denominado una "crisis de salud mental". Para ello, se ha llevado a cabo un estudio cualitativo, de enfoque explicativo-interpretativo, mediante 10 entrevistas semiestructuradas a docentes, profesionales de la psicología, de la psiquiatría, del trabajo social en centros de salud mental y de la medicina. Los resultados han mostrado discursos heterogéneos y a veces contradictorios sobre la conceptualización de la salud mental, donde conviven perspectivas que reconocen condicionantes sociales y estructurales con prácticas individualizantes y centradas en la intervención clínica. Se observa una visión más alarmista e intervencionista en el ámbito educativo. En conjunto, este estudio reclama la necesidad de ampliar los marcos analíticos desde los que se interpreta el malestar adolescente y cuestiona la tendencia a explicarlo prioritariamente en términos de crisis y trastornos mentales, lo que abre la puerta a enfoques de investigación e intervención más complejos, contextualizados y menos medicalizadores.
Palabras clave: Salud mental, adolescentes, medicalización, sistema educativo, sistema sanitario.

PT Adolescência e mal-estar na saúde mental: perspectivas profissionais dos âmbitos educacional e sanitário

Resumo: Nos últimos anos, diferentes indicadores do estado de saúde mental, bem como discursos académicos, políticos e mediáticos, têm alertado para um aumento do mal-estar, com especial ênfase na população adolescente. Isso tem favorecido o envolvimento e a intervenção de diferentes áreas relacionadas com a vida desse grupo populacional. Por isso, este estudo explora os discursos de profissionais das áreas da educação e da saúde sobre a saúde mental na adolescência, no contexto do que tem sido denominado uma «crise de saúde mental». Para tal, foi realizado um estudo qualitativo, com enfoque explicativo-interpretativo, através de 10 entrevistas semiestruturadas a professores, profissionais de psicologia, psiquiatria, serviço social em centros de saúde mental e medicina. Os resultados mostraram discursos heterogéneos e, por vezes, contraditórios sobre a conceptualização da saúde mental, onde coexistem perspetivas que reconhecem condicionantes sociais e estruturais com práticas individualizantes e centradas na intervenção clínica. Observa-se uma visão mais alarmista e intervencionista no âmbito educativo. En conjunto, este estudio reclama la necesidad de ampliar los marcos analíticos desde los que se interpreta el malestar adolescente y cuestiona la tendencia a explicarlo prioritariamente en términos de crisis y trastornos mentales, lo que abre la puerta a enfoques de investigación e intervención más complejos, contextualizados y menos medicalizadores.
Palavras-chave: Saúde mental, adolescentes, medicalização, sistema educacional, sistema de saúde.

[1] Financiación: Ayuda predoctoral Gobierno Vasco PRE_2025_1_0253

ENG Adolescence and mental health distress: professional perspectives from the educational and healthcare fields

Abstract: In recent years, various indicators of mental health status, as well as academic, political and media discourse, have warned of an increase in distress, with particular emphasis on the adolescent population. This has encouraged involvement and intervention from various sectors related to the lives of this population group. Therefore, this study explores the discourse of professionals in the educational and health fields on mental health in adolescence in the context of what has been termed a 'mental health crisis.' To this end, a qualitative study with an explanatory-interpretative approach was carried out, using 10 semi-structured interviews with teachers, psychology professionals, psychiatrists, social workers in mental health centers and doctors. The results showed heterogeneous and sometimes contradictory discourses on the conceptualisation of mental health, where perspectives that recognise social and structural determinants coexist with individualising practices focused on clinical intervention. A more alarmist and interventionist view is observed in the educational field. Overall, this study calls for the need to broaden the analytical frameworks used to interpret adolescent distress and questions the tendency to explain it primarily in terms of crises and mental disorders, opening the door to more complex, contextualised and less medicalised approaches to research and intervention.
Keywords: Mental health, adolescents, medicalisation, education system, health system.

Sumario: 1. Antecedentes. 2. Metodología. 3. Resultados. 3.1. ¿Cómo se entiende la salud mental de los y las adolescentes? 3.2. ¿Cómo se debería intervenir para reducir el malestar en la adolescencia? 3.3. ¿Han aumentado los problemas de salud mental de los y las adolescentes en los últimos años? 3.4. La imagen del adolescente con malestar. 4. Discusión. 5. Conclusiones. 6. Referencias bibliográficas.

Agradecimientos: A las personas participantes, por su tiempo y valiosa contribución, fundamentales para el desarrollo del estudio. A las compañeras de Opik por sus recomendaciones.

Cómo citar: Bengoetxea-Regatos, M. y González-Rábago, Y. (2026) Adolescencia y malestar en salud mental: perspectivas profesionales desde el ámbito educativo y sanitario. *Sociedad e Infancias*, *10*(1), 123-134. https://dx.doi.org/10.5209/soci.107160

1. Antecedentes

Son muchos los estudios a nivel internacional que han alertado sobre el progresivo aumento de los problemas de salud mental en los últimos años, siendo las manifestaciones del malestar, los diagnósticos y el consumo de psicofármacos cada vez más frecuentes entre la población más joven (Gunnell *et al.* 2018; Ministerio de Sanidad, s.f.; Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2023). Esta constatación está siendo considerada un problema de salud pública y ha trascendido ya a la esfera pública, adquiriendo una gran centralidad en el ámbito político y mediático. Todo esto ha llevado a definir el contexto actual de aumento de problemas de salud mental como una crisis de la salud mental (Brossard y Chandler, 2022).

Para comprender esta tendencia de los denominados problemas de salud mental, es importante examinar los marcos desde los que estos se definen. En el Norte Global, desde el siglo XIX, el sistema ideológico hegemónico desde el que se define y construye la salud es el modelo biomédico (Foucault, 2001; Menéndez, 2020). Este modelo, que establece una dicotomía de salud-enfermedad, define la salud como la normalidad y, en consecuencia, la enfermedad como la desviación de la norma. Además, este modelo se caracteriza por tener un enfoque biologicista que se centra principalmente en los aspectos biológicos y físicos de las enfermedades, considerando los trastornos de salud como problemas internos del cuerpo que deben ser diagnosticados y tratados por profesionales médicos. Además, parte de una visión negativa, enfocándose sobre todo en la patología (Menéndez, 2020). Frente a esto, en las últimas décadas se ha desarrollado un modelo social de comprensión de la salud que identifica el papel central que desempeñan los determinantes sociales de la salud (Braveman y Gottlieb, 2014). Este modelo supera la mirada individual y biologicista de la salud, incorporando los factores sociales, económicos y ambientales, como las condiciones de vida y de trabajo, así como las características del entorno físico y social, para comprender los determinantes de la salud y el bienestar de las personas y de las poblaciones. Además, dada la desigual distribución social de estos determinantes, la salud está también desigualmente distribuida entre diversos grupos sociales. En esta línea, Compton y Shim (2015) realizan una propuesta de conceptualización de los determinantes sociales de la salud mental, diferenciando los siguientes factores principales: la exclusión social, experiencias adversas tempranas en la vida, una educación deficiente, la pobreza, acceso insuficiente a alimentos saludables, mala calidad de la vivienda e inestabilidad habitacional o el mal acceso a la atención médica, entre otros. Además, mencionan que, a pesar de haber habido un avance en los últimos años en la investigación y el reconocimiento de factores sociales y ambientales, el mundo de la psiquiatría todavía no reconoce su importancia y proponen que los abordajes de la salud mental deberían apuntar a otros aspectos además de los individuales. Además, desde el enfoque del Ciclo de Vida (EBSCO, 2024), los efectos de las experiencias tempranas de la vida tienen efecto en los resultados posteriores, incluida la salud. Este enfoque permite

entender la adolescencia como una etapa clave dentro de la trayectoria vital y que tiene gran relevancia para comprender también el estado de salud de la población en etapas posteriores.

Por lo tanto, un acercamiento que permita comprender desde un enfoque integral esta "crisis de la salud mental", y especialmente en la adolescencia, debería atender no solo a explicaciones de las ciencias "psi", sino también incorporar aquellas desde una epistemología crítico-realista (Horwitz, 2007). En este sentido, Brossard y Chandler (2022) aluden a cuatro explicaciones principales en las que se mueven la mayoría de las teorías dadas desde una perspectiva sociológica para entender esta "crisis". En primer lugar, el aumento de la mala salud mental se podría atribuir a una crisis de posiciones sociales, dada la intensificación en las últimas décadas del aumento de las desigualdades sociales, que contribuye a un mayor estrés y vulnerabilidad social. En segundo lugar, las autoras identifican la crisis del estrés, explicando cómo el incremento de los estresores sociales, laborales y personales, combinado con la escasez de recursos económicos y emocionales para manejar esos factores estresantes, contribuye a este aumento de los problemas de salud mental. Una tercera explicación refiere a la proliferación de etiquetas diagnósticas, relatando la creciente tendencia de las mismas en situaciones que antes no se consideraban patológicas. Finalmente, Brossard y Chandler (2022) aluden a la crisis cultural, apuntando que las categorías diagnósticas y enfoques terapéuticos occidentales se están globalizando sin considerar las diferencias culturales y sociales, lo que puede generar una visión uniforme de la salud mental que no refleja las realidades de otras culturas, distorsionando la comprensión de los trastornos mentales en contextos no occidentales.

En línea con las dos últimas explicaciones, diversos investigadores han señalado en los últimos años que, más allá de unas condiciones que puedan estar generando un mayor malestar, podría estar dándose una "inflación de la prevalencia" (Foulkes y Andrews, 2023) o "inflación diagnóstica" (Frances, 2015), en lugar de un incremento real en la incidencia. Ello sugiere que, por un lado, los esfuerzos de sensibilización en torno a la salud mental han facilitado la identificación y notificación de síntomas que previamente pasaban desapercibidos. Sin embargo, por otro lado, y de manera más problemática, se plantea que estas iniciativas de sensibilización están llevando a algunas personas a interpretar y reportar formas más leves de angustia como trastornos de salud mental (Foulkes y Andrews, 2023).

Además, ya desde unas décadas atrás, toda una línea de pensamiento viene alertando de un proceso de medicalización de la vida (Conrad, 2013) o de psiquiatrización social (Cova *et al*., 2025). La teoría de la medicalización ha sido desarrollada por autores como Conrad o Foucault, partiendo de la idea de que la percepción del cuerpo y sus procesos no están necesariamente ligados a una realidad objetiva, definiendo que la enfermedad es más una construcción social que una realidad física irrenunciable (Foucault, 2007). En consecuencia, situaciones o problemas no médicos se identifican como cuadros patológicos, dando una solución médica a malestares de la vida cotidiana, en muchos casos de origen social (Conrad, 2013). Este proceso estaría muy vinculado a una forma de entender la salud ligada al modelo biomédico previamente explicado. Peter Conrad (2013) lo define en cinco bases: la patologización, definir la normalidad en base a normas médicas, la extensión del control social médico, la individualización de los procesos sociales y el consumismo de la medicina. Así, la institución sanitaria ha sido históricamente la encargada de ejercer de forma más clara esta medicalización. En los últimos años, el malestar se dirige más y más a la consulta, y este se trata muchas veces a través de un psicofármaco, permitiendo a las personas que puedan continuar con su vida de forma "normal" (Arizaga, 2007). En el ámbito específico de la infancia, Ribeiro (2015) menciona que, a partir de la década de 1990, comenzaron a incrementarse algunos diagnósticos en la infancia que antes no existían, como el Trastorno Bipolar (TB) o el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH). De hecho, algunos estudios consideran que una parte de la población infantojuvenil puede estar recibiendo diagnósticos psiquiátricos equivocados y tratamientos innecesarios (Martinhago, 2017).

En *Culturas del diagnóstico*, Brinkmann (2024) aporta una perspectiva novedosa a la teoría de la medicalización al desplazar el enfoque desde una lógica vertical —en la que los profesionales imponen diagnósticos a las y los pacientes— hacia una lógica más horizontal y agencial (Butler *et al*., 2016) en la que las personas demandan diagnósticos y tratamientos farmacológicos. Otro estudio (Witeska-Mlynarczyk *et al*. 2020) resalta que los jóvenes no son simplemente receptores pasivos de etiquetas diagnósticas, sino que participan activamente en el proceso de psiquiatrización. Las personas menores de edad pueden resistir los diagnósticos impuestos, o, por el contrario, adoptar y apropiarse positivamente de ciertos diagnósticos. De este modo, la medicalización se convierte en un proceso dinámico, donde los niños y niñas no solo reciben, sino que también negocian y transforman los significados de los diagnósticos en sus vidas. Brinkmann (2024) analiza críticamente cómo los diagnósticos psiquiátricos se han convertido en formas hegemónicas de comprender el malestar humano, especialmente en contextos occidentales, y muestra cómo esta forma de interpretar el sufrimiento se ha integrado en el lenguaje cotidiano, las relaciones sociales y los modos en que las personas se identifican y se autodiagnostican. Así, la medicalización deja de ser un proceso que se produce de manera exclusiva en el ámbito clínico para convertirse en un fenómeno cultural extendido y compartido socialmente, que interpela a diferentes instituciones sociales, incluidos el ámbito sanitario, pero también el educativo, o el familiar, entre otros.

Dentro de este proceso de medicalización, el ámbito educativo juega un papel fundamental siendo el espacio de socialización y aprendizaje de los y las adolescentes, además de uno de los entornos en donde más tiempo pasan. A este proceso de extensión de las "culturas del diagnóstico" ha contribuido, sin lugar a dudas, la pandemia la COVID-19, que visibilizó los problemas de salud mental de la población, y especialmente, la de aquella más joven. Con especial énfasis desde entonces, la comunidad educativa ha trabajado e intervenido de diferentes formas, bajo el paraguas de la "crisis" de salud mental, formando parte de su propia construcción y reproducción social (Ribeiro, 2015), intensificando así un proceso que se venía dando años atrás, por lo que

las prácticas diagnósticas se han incorporado a las tareas cotidianas del profesorado (Chiavazza y Pintarelli, 2020). Además, las categorías psiquiátricas han mostrado tener un peso a la hora de tomar decisiones y diseñar intervenciones en el ámbito educativo (Lima *et al*., 2021). Según diferentes investigaciones (Lima y Santos, 2015; Luengo y Constantino, 2009), ya antes de la pandemia y en algunos trastornos, sobre todo en el caso de sospecha de TDAH (Untoiglich, 2013; Tria, 2019), una gran parte de las derivaciones a los servicios de salud, provenían de la escuela. Asimismo, los especialistas sanitarios generalmente emiten sus diagnósticos con base en los síntomas que reportan los padres y madres, pero también el profesorado, que luego encajan en los criterios del DSM-5 (Ribeiro, 2015). Y de forma circular, el informe médico/psiquiátrico sirve para certificar que el alumno o la alumna efectivamente tiene un problema, siendo un instrumento visto con valor real y a partir de ahí, poder poner en funcionamiento otras herramientas (Lima *et al.* 2021).

Hasta el momento, los estudios que analizan el papel de la escuela desde la perspectiva de la medicalización han sido, en su mayoría, de carácter conceptual o se han centrado principalmente en la medicalización del fracaso escolar en relación con el diagnóstico del TDAH (Luengo y Constantino, 2009; Untoiglich, 2013; Cruz *et al*., 2016; Hill y Turner, 2016; Tria, 2019), especialmente en población infantil. Sin embargo, este estudio busca comprender las particularidades actuales del fenómeno de la salud mental en la población adolescente, así como su gestión desde instituciones como la educativa y la sanitaria en nuestro contexto, como han podido mostrar otros estudios a nivel internacional (Barker y Mills, 2018; Timimi y Timimi, 2022b). Recientemente en el estado español, y de forma similar a otros países de su entorno, la atención a la salud mental en las etapas tempranas de la vida ha adquirido una notable relevancia pública, siendo enmarcada en términos de "crisis", especialmente después de la pandemia de la COVID19, lo que ha podido activar nuevos discursos y mecanismos de intervención. Asimismo, más allá del TDAH, en los últimos años se ha observado un aumento de diagnósticos vinculados al malestar emocional, como la ansiedad y la depresión en la población adolescente (Sacco *et al*., 2024; Lozano-Sánchez *et al*., 2024), especialmente tras la pandemia. Este escenario pone de relieve la necesidad de comprender la mirada de los agentes intervinientes.

Por ello, el objetivo de este estudio ha sido analizar los discursos de los y las profesionales de los ámbitos educativo y sanitario sobre el actual estado de la salud mental en la población adolescente. Para ello, se plantearon cuatro subobjetivos: identificar las definiciones de dichos profesionales sobre qué es la salud mental en la etapa adolescente; explorar sus ideas sobre cómo intervenir para reducir el malestar; conocer su percepción sobre el incremento de los problemas de salud mental; y comprender su imaginario sobre el o la adolescente con malestar.

2. Metodología

Este estudio se enmarca en un diseño cualitativo de tipo explicativo-interpretativo orientado a comprender en profundidad las experiencias y significados que los y las profesionales del ámbito educativo y sanitario en la Comunidad Autónoma Vasca atribuyen al fenómeno analizado. La técnica de producción de datos empleada ha sido la entrevista en profundidad de tipo semiestructurada, lo que ha permitido explorar las percepciones y discursos de las personas participantes desde su desempeño profesional considerando las particularidades de sus ámbitos de trabajo y funciones.

Se llevó a cabo un muestreo intencional por conveniencia dirigido a profesionales del ámbito educativo y sanitario en la Comunidad Autónoma Vasca. Los perfiles se definieron mediante muestreo teórico, considerando diversas variables de heterogeneidad. Por un lado, se tuvo en cuenta la profesión y el entorno laboral (educativo o sanitario) en el que desarrollan su actividad. Por otro lado, se consideró la experiencia en dicho entorno, en términos de años de experiencia, que permitiera realizar entrevistas a personas que pudieran dar cuenta de los posibles cambios en el tiempo de los procesos de medicalización tanto en el entorno educativo como sanitario, pero también personas de reciente incorporación que permitiera acercarse a discursos menos cristalizados e influenciados por la experiencia acumulada. Por último, se tomó en consideración el género para incluir tanto profesionales hombres como mujeres. En la tabla 1 se describe el perfil de los y las profesionales entrevistadas.

El guion fue adaptado a cada perfil profesional. Las preguntas giraron en torno a la conceptualización de la salud mental, la actual situación de la salud mental de los y las adolescentes según distintos ejes de desigualdad y de cómo actuaban ante estas situaciones. El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de mayo y junio de 2024 y todas las entrevistas se realizaron de manera presencial en espacios públicos de dominio municipal cercanos a los lugares de trabajo o residencia de las personas entrevistadas para su mayor comodidad y facilidad, exceptuando dos entrevistas (E7 y E9) que se desarrollaron en modalidad online a través de la plataforma Microsoft Teams. Las entrevistas fueron audio grabadas con previo consentimiento escrito de las personas entrevistadas y posteriormente transcritas y anonimizadas.

Para la interpretación y el análisis de los datos se llevó a cabo un análisis temático reflexivo (Braun y Clarke, 2019), orientado a identificar los marcos de comprensión de la salud mental en la adolescencia de los y las profesionales. En una primera fase, se realizaron varias lecturas del corpus textual que permitió la familiarización y la toma de notas iniciales. Tras ello, se adoptó una estrategia de codificación híbrida, de carácter deductivo-inductivo. A partir de los hallazgos de la fase de familiarización y de la revisión de la literatura, se preestablecieron algunos códigos, que guiaron la codificación deductiva del material. No obstante, el proceso analítico se mantuvo abierto, permitiendo la generación de nuevos códigos. Una vez finalizada la codificación, se agruparon los códigos en categorías. Posteriormente, se llevó a cabo un mapeo temático y un segundo análisis, estructurado en torno a cuatro preguntas eje que orientaron la interpretación de las perspectivas y discursos de profesionales de los ámbitos educativo y sanitario en relación con

el aumento y la situación actual de la salud mental en la adolescencia. Finalmente, se elaboró un mapa conceptual para cada pregunta, tomando como eje la conceptualización de la medicalización como un continuo (Halfmann, 2012).

Tabla 1. Descripción de la muestra de las personas entrevistadas

Código	Profesión	Género	Experiencia
E1	Profesor	Hombre	0-10 años
E2	Profesor	Hombre	20-30 años
E3	Profesora	Mujer	0-10 años
E4	Profesora	Mujer	0-10 años
E5	Profesor	Hombre	20-30 años
E6	Psicóloga	Mujer	0-10 años
E7	Trabajadora Social en Psiquiatría Infantojuvenil	Mujer	20-40 años
E8	Médico de Atención Primaria	Hombre	0-10 años
E9	Psiquiatra Infantojuvenil	Mujer	20-40 años
E10	Psicóloga Social	Mujer	0-10 años

Elaboración propia

3. Resultados

Se identificaron cuatro dimensiones en el análisis de los discursos: las concepciones de la salud mental; los tipos de intervención que se proponen, legitiman o visualizan; las explicaciones atribuidas al aumento de los indicadores de problemas de salud mental y la descripción de la figura del adolescente con malestar. Los resultados fueron organizados según su mayor o menor proximidad a enfoques patologizadores, entendiendo las diferencias en un contínuum en el que los discursos van desplazándose según la dimensión a la que refieren. Además, se realizó un análisis por ámbito profesional, con el objetivo de identificar posibles diferencias entre los discursos provenientes del entorno sanitario y del ámbito educativo.

3.1. ¿Cómo se entiende la salud mental de los y las adolescentes?

Los discursos muestran una ausencia de consenso sobre la visión que los profesionales tienen de la salud mental. Las narrativas ofrecidas por los y las profesionales revelan un campo donde coexisten visiones biologicistas, cognitivo-conductuales, y sociales del malestar adolescente y las definiciones se distribuyen a lo largo de un eje que va desde enfoques claramente patologizadores hasta posiciones que tienden a normalizar el malestar como parte de la experiencia vital, conformando un contínuum en el que las fronteras entre lo patológico y lo cotidiano son difusas.

Se identificaron cuatro grandes perspectivas en base a las definiciones ofrecidas por los y las participantes; neurobiológica, conductual-cognitiva, bio-psico-social y social-estructural, que no deben entenderse como categorías estancas y que muestran posiciones discursivas que oscilan entre distintos grados de medicalización del sufrimiento y diferentes modos de atribuir la responsabilidad del malestar, que van desde el propio individuo adolescente, a su entorno relacional o a las condiciones estructurales en las que se está desarrollando.

En el extremo más medicalizador, aparecen explicaciones del origen de los problemas de salud mental centradas en el cerebro y el desequilibrio fisiológico, que sitúan las causas en un déficit interno, vinculadas a una perspectiva puramente biomédica. Estas narrativas tienden a comprender los problemas de salud mental como trastornos individuales de base neurobiológica.

> E1: "...cuando tu cerebro reacciona de forma natural ante situaciones que encuentras como normales o cotidianas, podemos decir que estamos ante un cerebro sano... mientras se trate de una situación puntual, no existe un peligro especial, pero cuando se dan respuestas desequilibradas constantemente en tu día a día, creo que ahí ya estamos hablando de un problema de salud mental." (Profesor, hombre)

En posiciones intermedias emergen discursos desde marcos conductuales-cognitivos que desplazan la atención sobre el origen de los malestares hacia la gestión emocional y la funcionalidad individual. La salud mental se concibe como la capacidad de adaptación del sujeto, reforzando la centralidad de la autorregulación y el autocontrol. Estas narrativas individualizan el malestar y como se desarrollará más adelante, promueven intervenciones centradas en la adquisición de herramientas personales centradas en cambiar la conducta o la estructura de pensamiento para ser un sujeto más adaptativo.

> E6: "Yo les comento que observo esto, ocurre esto... al final creo que la conducta tiene algo que hacer o un objetivo en nuestro día a día y les explico bueno: tú te comportas así porque te pasa esto, en este ámbito por esto y lo que haces hace que te pase x..." (Psicóloga, mujer)

> E2: "Por eso, yo creo que, aunque externamente muchas cosas han cambiado y mejorado y ha habido una gran revolución tecnológica y de otros tipos, en lo que respecta a la gestión emocional no somos mejores que antes. Aunque se hable del tema, pienso que aún deberíamos recibir mucha formación

en la adolescencia, como asignatura o de alguna otra forma, no sé exactamente cómo, pero tendría que llegarnos para poder afrontar todo eso." (Profesor, hombre)

Seguido, aparece la perspectiva de corte bio-psico-social, entendiendo la salud mental como un estado determinado por estas tres dimensiones, con factores condicionantes que se van interconectando y reforzando unos a otros y que no pueden entenderse de manera aislada. Además, desde estos discursos se da mucha centralidad a la dimensión más relacional y a las experiencias vitales que van condicionando estados futuros. Es importante señalar que la mayoría de las personas participantes comparten, en mayor o menor medida, esta perspectiva. Si bien no siempre muestran una conciencia explícita de ello, suelen referirse a factores y determinantes de diversa naturaleza al definir la salud mental.

E9: "...No podemos negar que hay un componente genético eh... y...luego también el momento en el que el niño llega a la vida de unos padres... y luego también pues, la composición de la familia, la situación socioeconómica, la socialización, la escuela... Hay complejidad desde el principio..." (Psiquiatra, mujer)

E6: "...Yo hablo con los progenitores, con el profesorado, además de entrevistar al alumnado, porque yo adopto el modelo biopsicosocial para evaluar, además de lo recogido en la entrevista, tener en cuenta todas esas cuestiones..." (Psicóloga, mujer)

Por último, en el extremo más alejado de la medicalización se encuentran discursos que entienden la salud mental como un fenómeno social y político, resultado de las condiciones materiales, educativas, o familiares, que configuran la vida cotidiana de las personas adolescentes. Este enfoque socio estructural desplaza la mirada desde el individuo hacia los determinantes sociales del bienestar.

E10: "En resumen, mientras no haya un Estado de bienestar que abogue por el derecho a vivir, y unos mínimos y la salud mental, para tener una vivienda, un salario... Como vamos a esperar que la gente esté sana y que la ansiedad y la depresión no sean pandemia mundial..." (Psicóloga, mujer)

E3: "Yo lo entiendo como unos malestares que no son físicos que pueden tener una influencia en tu día a día, que afectan a tu autoimagen, a tu autopercepción, a cómo te relacionas... y que es una respuesta a lo que está ocurriendo a tu alrededor y que se te puede hacer una bola, así lo entiendo un poco." (Profesora, mujer)

3.2. ¿Cómo se debería intervenir para reducir el malestar en la adolescencia?

En cuanto a los tipos de intervención propuestos o que se consideran legítimos, se identifican, por un lado, posturas que reclaman el diagnóstico, la psicoterapia o el uso de psicofármacos como herramientas terapéuticas para responder a una necesidad patológica y que entienden, por tanto, que la solución al incremento de los malestares vendría del aumento de estas herramientas, así como de otros recursos individualizados. Dentro de esta dimensión, existe otro discurso más crítico con estas "soluciones", que entiende estas intervenciones como parches temporales y respuestas rápidas, que pueden ayudar a corto plazo, pero que no son suficientes para resolver problemas complejos. No obstante, en la mayoría de los casos no se proponen soluciones que trasciendan lo individual y se limitan, casi siempre, a lo clínico.

E5: "El niño las liaba terribles y yo le decía a su madre: necesita un especialista, tú eliges en qué formato, pero aquí hay que dar una respuesta, pero los padres no aceptaban. En un punto les dije: si no abrís los ojos... O vamos a tener un problema aquí o vamos a intervenir aquí... acudamos a un profesional." (Profesor, hombre)

E1: "Que el fármaco puede tener su función como parche. Pero nunca podrá ser solo eso la solución en el problema. No solo arreglar ese momento, sino, ¿de dónde viene ese desequilibrio? Tendrás que desarrollar herramientas para combatirlo" (Profesor, hombre)

Por otro lado, algunos profesionales que utilizan o reconocen la necesidad de emplear diagnósticos clínicos o psicofármacos advierten sobre el riesgo de patologizar cualquier forma de malestar. Asimismo, subrayan la importancia de no interpretar los malestares de manera automática como patologías o categorías médicas, alertando de los riesgos de la medicalización.

E7: "...consideramos que tampoco hay que hacer todo patológico, que todo no es psiquiatría. Hay otras circunstancias de la vida que son malestares..." (Trabajadora social, mujer)

A pesar de las críticas hacia la medicalización, persiste una tendencia a buscar soluciones individuales y clínicas. Es decir, independientemente de cómo se conceptualice la salud mental o de los factores sociales o individuales a los que se atribuya el deterioro del bienestar, la aparición del malestar se entiende como algo a solucionar y mayormente con rapidez, por lo que las soluciones propuestas suelen centrarse en la atención por parte de los especialistas; sin llegar a superar esa mirada individual y clínica.

E5: "Otra cosa interesante en hoy en día sería añadir la figura del psicólogo en la educación. Las escuelas no tienen, puede haber lo que es de formación algo, pero no existe la figura del psicólogo. ¿Qué pasa? Los problemas de salud mental son cada vez más evidentes y la sociedad va cambiando,

el perfil de los niños va cambiando, los problemas van cambiando y es necesario tener un perfil así". (Profesor, hombre)

3.3. ¿Han aumentado los problemas de salud mental de los y las adolescentes en los últimos años?

En este tercer apartado se analizan las explicaciones que los y las participantes proporcionaron sobre los cambios con perspectiva temporal en los problemas de salud mental de los y las adolescentes. Se examina si realmente perciben un aumento en estos problemas y, en caso afirmativo, las posibles causas de dicho aumento, mencionando factores como un mayor malestar y/o una mayor visibilidad de la problemática.

Se observa un consenso generalizado sobre el incremento del malestar en la población adolescente, aludiendo a que efectivamente perciben un peor estado emocional y sensación de bienestar en esta población. Por otro lado, a la hora de hablar de indicadores como los diagnósticos de salud mental o el consumo de psicofármacos, las causas atribuidas al aumento de los indicadores de mala salud mental, se observan claras diferencias entre los ámbitos educativo y sanitario.

En el ámbito educativo, la percepción del problema tiende a adoptar un enfoque más alarmista y, en muchos casos, consensuado, que interpreta el aumento del malestar adolescente como una verdadera crisis o incluso una "epidemia" de salud mental, aludiendo a que efectivamente los problemas de salud mental (en términos diagnósticos) están aumentando.

> E5: "En primero de bachillerato los casos de anorexia y bulimia eran puntuales antes. Pero ahora cada año son más habituales este tipo de diagnósticos y... Entonces, eso es indicativo de algo." (Profesor, hombre)

> E2: "...Y yo creo sobre todo, eso que nosotros hemos visto en los últimos años va in crescendo. Yo veo a la juventud cada vez más tristes, y que no saben vivir tranquilos..." (Profesor, hombre)

En contraste, algunos discursos y, sobre todo, más presentes en el ámbito sanitario muestran mayor distancia crítica. Aunque reconocen un aumento el malestar en la población adolescente, la cual sobre todo lo perciben en el aumento de la demanda de ayuda, no lo interpretan necesariamente como un incremento real de los trastornos. En consonancia, algunos profesionales sanitarios alertan del riesgo de medicalizar problemas vitales o sociales, aludiendo a que ese aumento del malestar está siendo entendido en términos médicos y canalizado a través del sistema sanitario.

> E7: "Esta demanda que nos llega, que es absolutamente social, niños con muchísimos malestares, pero por circunstancias de vida y de familia complicadísimas, es que cómo van a estar, ¿no?" (Trabajadora social, mujer)

> E8: "Entonces si, como que se han normalizado o como medicalizado o por lo menos han entrado en nuestra cartelera de servicios estos motivos de consulta cuando en realidad no lo son." (Médico de familia, hombre)

Más allá de las diferencias profesionales, varios discursos atribuyen el aumento del malestar a un cambio cultural: la creciente visibilidad del sufrimiento, la pérdida de estigma y la expansión del lenguaje emocional. Este fenómeno, aunque observado de diferentes formas, refleja una transformación en la manera en que entendemos y hablamos sobre el malestar psicológico. La salud mental, que antes estaba relegada a un ámbito privado y estigmatizado, se ha convertido en un tema público, lo que genera nuevas dinámicas en la forma de abordar el sufrimiento emocional.

Esta lectura oscila entre dos vertientes. Una vertiente de este cambio cultural es vista de manera positiva. Los defensores de esta perspectiva argumentan que la mayor visibilidad del sufrimiento, el creciente acceso a servicios de apoyo y la normalización de las conversaciones sobre salud mental representan una evolución beneficiosa para la sociedad. Esta visión apuesta por la idea de que, al ser más visibles, los problemas de salud mental pueden ser mejor comprendidos, abordados y tratados, sin caer en el silencio o el aislamiento que históricamente los rodeaba.

> E7: "...y es que ahora es un buen asunto que cada vez más la salud mental está presente no? Porque tienen problemas de salud mental, pero estos problemas de salud mental son visibles..." (Trabajadora social, mujer)

> E2: "Y afortunadamente, la salud mental se ha puesto en el centro, y diría que va en una dirección negativa." (Profesor, hombre)

Una segunda vertiente, más preocupada por las implicaciones de este cambio, alerta sobre el que este fenómeno esté llevando a la banalización de los problemas emocionales. En este marco, se sostiene que la expansión del lenguaje emocional y la visibilidad en los medios y redes sociales pueden estar llevando a una sobre interpretación de cualquier malestar o incomodidad como un trastorno psicológico o que debe ser etiquetado y tratado como una patología.

> E7: "Sí, pues sí, por un lado, la moda, porque se habla mucho más del tema, y hablan los influencers, o los famosos, o se hablan las redes, y todo el mundo va al psicólogo, y es como fabuloso, y eso que les ayuda..." (Trabajadora social, mujer)

> E1: "Pero sí, a menudo son ellos quienes piden ayuda, también son conscientes de sus problemas de salud mental, ahora se habla mucho más de eso... y yo creo que a veces igual podríamos tener una parte en contra, porque a veces ellos también pueden ser un poco alarmistas... lo vinculan todo con problemas de salud mental y yo creo que, en su día a día, también tienen presente la salud mental y las cosas que van mal, y quizás antes no se hablaba de eso." (Profesor, hombre)

3.4. La imagen del adolescente con malestar

En cuanto a la mirada que existe desde los profesionales hacia las adolescencias, existe un consenso en torno a que ha habido un cambio en esta etapa vital, es decir, que existen nuevas formas de ser adolescente y que éstas inciden en el bienestar de quienes transitan dicha etapa.

Entre las razones aludidas para explicar ese cambio se encuentran una mayor intolerancia a la frustración derivada de los cambios en el modelo de crianza, la imposibilidad de cumplir con las expectativas sociales, la creciente intervención de la tecnología en la vida cotidiana, el impacto negativo de las redes sociales sobre la autoimagen, los modelos de referencia que adoptan y las transformaciones en sus formas de relacionarse. En cuanto a la imagen que los y las profesionales proyectan en torno a la figura del adolescente que presenta malestar, los discursos se mueven desde posiciones más individualizadoras hasta otras que lo interpretan como una respuesta normalizada ante las transformaciones socioculturales previamente mencionadas. Esta diversidad de miradas revela tensiones en la forma de nombrar, entender y gestionar el sufrimiento adolescente. Así, se han identificado tres imágenes posibles del adolescente con malestar.

El adolescente con malestar como sujeto deficitario: Desde este enfoque, se identifican discursos que describen al adolescente como un sujeto que ha cambiado respecto a generaciones anteriores, que se ha vuelto más débil, y cuya supuesta fragilidad actual se presenta como resultado de una transformación negativa, que lo identifica como menos capaz de hacer frente a las situaciones vitales negativas. En general, estos discursos atribuyen esta transformación a los progenitores, entendiendo que se ha generalizado una nueva forma de crianza y educación que sobreprotege durante la niñez sin ofrecer las herramientas para la gestión autónoma y consciente de los problemas cotidianos que se van produciendo con la entrada en la adolescencia. Este relato —que a menudo se articula desde una perspectiva adulto-céntrica— construye una frontera simbólica entre "nosotros" (los adultos) y "ellos" (los y las adolescentes de hoy, más frágiles, más sensibles, menos preparados). Esta visión, aunque muchas veces sitúa la responsabilidad en los propios adultos progenitores, refuerza una narrativa de déficit que sitúa al adolescente en una posición de menor capacidad o competencia, a menudo de una forma muy individualizadora.

> E2: "...Entonces llegan una época en que ellos se lanzan al mundo solos y es entonces cuando vienen las primeras hostias porque no tiene capacidad para gestionarlo solos." (Profesor, hombre)

> E7: "Como a los niños no se les frustra, y lo normal, bueno, lo normal, pasan muchísimos más casos ahora, ¿no?, pues que tengan todo al alcance de la mano, pues por facilidad de las familias, pues es que lo dicen así. Es claro, es que le he consentido todo. Unas familias dicen, porque yo como no tuve, pues ahora, es que ¿Cómo le va a faltar esto? Es que no quiero que tengan menos que otro, es que ¿Cómo le voy a decir que no?" (Trabajadora social, mujer)

El adolescente con malestar como sujeto en crisis: Por otro lado, emerge con fuerza una representación del adolescente como un sujeto vulnerable, desbordado por su malestar y necesitado de protección o intervención, pero al que no se responsabiliza ni culpabiliza de su situación. Este imaginario se expresa en discursos que lo sitúan como alguien que "lo está pasando mal" o que describen la adolescencia como una etapa especialmente difícil en la actualidad, más que en el pasado. La narrativa que posiciona al adolescente como sujeto vulnerable y que además necesita de ayuda externa, favorece la legitimación de intervenciones basadas en la evaluación psicológica, el diagnóstico clínico y la derivación sanitaria. Al situar el origen del malestar en el interior del sujeto —sus emociones, su capacidad de gestión, su fragilidad— se produce una despolitización del sufrimiento.

Dentro de este marco discursivo, se identifican diversos factores que harían del contexto actual un entorno más complejo de transitar: expectativas vitales que no podrán cumplirse, presión social, uso intensivo de tecnologías digitales y redes sociales, entre otros. Estos elementos aparecen como condicionantes externos que contribuyen a narrar al adolescente como un sujeto frágil, afectado por un entorno percibido como hostil o excesivamente estresante. Sin embargo, esta interpretación se limita frecuentemente a un análisis proximal de estos factores, sin atender a sus raíces estructurales.

> E2: "Yo lo que noto año tras año es que los jóvenes sufren más de lo que sufrían antes. Creo que es más difícil ser adolescente hoy en día de lo que era antes." (Profesor, hombre)

El adolescente con malestar como sujeto reactivo: Un último enfoque interpreta el malestar adolescente como una forma de reacción frente a los cambios sociales, económicos y culturales que atraviesan el presente. Desde este marco, se reconoce que el sufrimiento no solo emerge de factores psíquicos o familiares, sino que está profundamente vinculado con procesos más amplios como la precarización de la vida, la presión por el rendimiento, la inseguridad respecto al futuro o la exposición permanente a las redes sociales. Así, el malestar se entiende como una expresión de disconformidad, frustración o desorientación, que no es únicamente individual, sino que puede compartirse generacionalmente.

A diferencia del imaginario del "sujeto en crisis", que desplaza la explicación del malestar hacia la esfera emocional, este discurso introduce una lectura más estructural y contextualizada. El malestar aparece como un síntoma de un entorno en transformación, en el que las expectativas tradicionales asociadas al esfuerzo —estudiar, obtener una formación, acceder a un trabajo estable o a una vivienda— ya no se cumplen con la misma claridad. La promesa de estabilidad que había sostenido a generaciones anteriores se debilita, y esto se refleja en una sensación compartida de incertidumbre y pérdida de referentes. En este sentido, el malestar adolescente no se interpreta únicamente como fragilidad individual, sino como respuesta coherente a un contexto que transmite mensajes contradictorios: por un lado, se exige adaptabilidad, autocontrol y rendimiento constante; por otro, las propias estructuras sociales no garantizan que dicho esfuerzo tenga un retorno claro.

> E10: "Ahora lo que pasa en los adolescentes y que tiene influencia en su salud mental y en sus conductas de riesgo y también en la caída académica... Que pasa aquí, que les estamos dejando y sobre todo a partir del COVID, aparte de culpabilizar a los y las adolescentes y jóvenes de todo lo que ocurre, como si fuera un edadismo. O sea, los adolescentes son los malos y culpabilizándoles de todo, aparte de eso, les estamos reflejando que estudiar no vale para nada, que estudiar e ir a la escuela no te va a asegurar que el día de mañana vayas a tener una casa, vayas a tener un trabajo, que vayas a tener una familia y que es lo ideal que le has vendido hasta ahora." (Psicóloga, mujer)

> E10: "Si a una persona se le priva de un entorno social, de autoestima, de autodeterminación, de recursos económicos y de que se le tome en serio... ¿Cómo pretendes que esa bomba no explote? Estás haciendo pequeña a esa persona. Y claro, en esa situación, aguanta, aguanta, aguanta... ¿Y si llega a explotar? ¿Está loca? Yo creo que es lo normal. ¿Cómo no va a serlo?" (Psicóloga, mujer)

4. Discusión

Los resultados de este estudio muestran diferentes perspectivas de conceptualizar la salud mental, desde una mirada más reduccionista aludiendo a determinantes neurológicos y biológicos hasta la consideración de factores estructurales y ambientales. Se observa una presencia importante de personas que se encuadran en el modelo bio-psico-social, así como personas que sin tener una definición muy clara de la salud mental aluden a determinantes de distinta naturaleza. En este sentido, la visión neurológica que hemos identificado estaría ligada a lo que Restrepo y Jaramillo (2012) identifican como la concepción biomédica de la salud mental, teniendo la enfermedad como categoría central y la curación de esta como objetivo. Por tanto, la enfermedad mental se entiende como un desorden en los procesos cerebrales y pone el foco en la atención profesional como solución. Los discursos conductuales y cognitivos que hemos identificado en nuestro estudio son también coherentes con lo que dichos autores denominan la concepción conductual de la salud mental. Estas dos posiciones entienden los trastornos mentales como alteraciones o desajustes, proponiendo una psicología centrada en adopción de hábitos y cambios en las estructuras de pensamiento a través de procesos de aprendizaje. Las intervenciones suelen centrarse en orientaciones educativas centradas en el individuo. La perspectiva bio-psico-social, así como la social-estructural tal y como las hemos identificado, se explicarían desde la visión socioeconómica de la salud mental, que define ésta a partir de la relación entre los individuos y las estructura, lo material y lo cultural, colocando el problema en una dimensión política y económica.

Los resultados de este estudio muestran la complejidad y la ambigüedad que caracterizan los discursos sobre salud mental en los ámbitos educativo y sanitario. Lejos de conformar un relato homogéneo, las perspectivas identificadas en este estudio se entrelazan de manera dinámica y, en ocasiones, contradictoria. En este sentido, resulta interesante observar cómo las distintas narrativas conviven y se solapan. Así, resulta significativo observar cómo las voces más críticas y las que reconocen determinantes sociales y estructurales de la salud mental conviven con prácticas que siguen reproduciendo el modelo clínico, y en la práctica, no logran desmarcarse del enfoque individualizado. Aunque se reconoce la necesidad de modificar los marcos de abordaje, las propuestas formuladas rara vez trascienden el nivel micro, lo que limita su potencial transformador. En esta línea, Timimi y Timimi (2022b) señalan que, si bien muchos docentes reconocen el peso de los factores ambientales en la aparición del malestar juvenil, a la hora de intervenir tienden a recurrir a enfoques clínicos basados en la actuación de "expertos capacitados", reforzando así la continuidad de un modelo clínico e individualizante.

Esta persistencia puede explicarse, en parte, por la presión asistencial, la escasez de recursos y la demanda social de respuestas rápidas y eficaces. Los discursos analizados reflejan, además, la permeabilidad tanto del sistema educativo como del sanitario a lógicas medicalizadoras, con especial incidencia en el primero. El análisis de estas lógicas resulta relevante, ya que permite evidenciar la dificultad estructural para trascender concepciones patologizantes de la salud mental. De la misma forma, los resultados muestran que, a pesar de las diferencias a la hora de definir la salud mental, los y las profesionales entienden la aparición del malestar como algo a solucionar o a arreglar a la mayor brevedad posible; es decir, desde una mirada patológica.

En el ámbito educativo se observa una mayor heterogeneidad discursiva, aunque acompañada de una tendencia clara a asumir que la sociedad actual atraviesa un aumento de los trastornos mentales, frecuentemente denominado "crisis de salud mental". Este diagnóstico de la situación, presentado como un hecho objetivo y ampliamente consensuado, se sustenta en una lógica alarmista muchas veces derivada de una preocupación que, pese a no ser la intención principal, contribuye a normalizar discursos más

patologizadores del malestar (Conrad, 2013). Esta mirada de preocupación y de urgencia refleja el imaginario de las adolescencias en crisis que muchos participantes expresan: un sujeto vulnerable, que sufre y que necesita ser intervenido. Esta lógica de preocupación y urgencia se inscribe en un proceso más amplio de psiquiatrización de la vida social (Cova *et al.* 2025), en el cual el malestar juvenil es progresivamente reinterpretado como una forma de vulnerabilidad clínica que requiere intervención experta. Como señalan Kathryn Ecclestone y Dennis Hayes (2009), la tendencia psicoterapéutica dominante concibe a los estudiantes como sujetos inherentemente frágiles y necesitados de apoyo continuo. En el ámbito educativo, esta perspectiva se traduce en una intensificación de los dispositivos de detección, derivación e intervención emocional (Ecclestone y Hayes, 2009), favoreciendo respuestas rápidas, estandarizadas y de bajo coste, orientadas más a la gestión y contención del malestar que a la transformación de las condiciones sociales que lo producen.

Este encuadre no solo orienta las interpretaciones del malestar, sino que también influye en las formas en que este es abordado, priorizando la detección temprana, la derivación y la externalización del problema frente a otras estrategias de acompañamiento y sostén. De este modo, se tiende a limitar el reconocimiento de la agencia adolescente y a desdibujar los factores relacionales, institucionales y sociales que participan en la producción de dicho malestar. En este sentido, investigaciones apuntan a que los programas psicoeducativos implementados en las escuelas para responder a la crisis de la salud mental juvenil se basan, en gran medida, en una concepción centrada en lo psi que sitúa el origen y la solución de los problemas exclusivamente en el individuo (Wickström y Lindholm, 2020). Además, un estudio que analizó los peligros de la promoción de la salud en el ámbito educativo, advierte que el hecho de que ahora todo sea entendido y clasificado como problema de salud mental sin que la definición de esta esté consensuada, hace que los y las propias adolescentes sientan una desconfianza hacia sus emociones y no tengan una tolerancia a la frustración, así como que los profesionales estén contribuyendo a ese aumento de los problemas de salud mental (Timimi y Timimi, 2022a).

Por otro lado, otros discursos refieren que parte de este aumento en términos diagnósticos, así como la propia manifestación del malestar proviene del aumento de la visibilización y la pérdida del estigma de la salud mental. En este sentido, investigaciones previas se refieren a este fenómeno como *inflación diagnóstica* (Frances, 2015) o *inflación de la prevalencia* (Foulkes y Andrews, 2023), los cuales argumentan que, si bien los esfuerzos de sensibilización han mejorado la identificación de síntomas previamente no reconocidos, sin embargo, dichas iniciativas podrían estar incentivando la interpretación y el reporte de experiencias de malestar leve como trastornos de salud mental propiamente dichos. Podríamos también referenciar el "efecto Charcot" concepto que define que las realidades y los síntomas clínicos no aparecen de la nada, sino que muchas veces son sugestionados y se configuran socialmente (Cova *et al.*, 2025). Por lo tanto, la creciente presencia de referencias a trastornos psicológicos y emocionales en el discurso, por un lado, sería síntoma de pérdida del estigma, lo cual es positivo, pero por otro lado también como parte del proceso de medicalización, en la medida en que al nombrar la "crisis" se produce una realidad que legitima la intervención especializada y amplía las fronteras de lo tratable.

En los resultados se observa que, aunque la totalidad de los y las profesionales reconocen la existencia de un malestar real en la adolescencia, algunas adoptan una postura crítica respecto a la manera en que este malestar se nombra, interpreta e interviene, especialmente cuando se enmarca de forma predominantemente médica o diagnóstica. Dentro de estos discursos críticos se identifican dos vertientes. La primera reconoce el malestar, pero cuestiona su patologización, interpretándolo como un fenómeno relativamente reciente, posiblemente influido por los medios, discursos políticos y redes sociales, y subraya la necesidad de abordarlo desde enfoques más amplios que incluyan dimensiones sociales y estructurales. La segunda vertiente, con un enfoque más adultocéntrico, interpreta este aumento del malestar como una "moda" o tendencia cultural vinculada a los jóvenes; aunque reconoce la existencia de malestar, esta lectura puede deslegitimar sus experiencias al reducirlas a expresiones pasajeras o superficiales de la adolescencia.

Por otra parte, en el ámbito sanitario se identifican discursos que, en contraste con los predominantes en el ámbito educativo, muestran una creciente preocupación por los riesgos asociados a la medicalización de esferas cada vez más amplias de la vida cotidiana. Diversos profesionales sanitarios advierten sobre la tendencia a patologizar el sufrimiento psíquico, señalando los posibles efectos adversos que esta práctica puede tener en los individuos, especialmente cuando se trata de población infantojuvenil. En contraste, en el ámbito educativo se observa que, en los últimos años, los discursos menos críticos y, en algunos casos, más alarmistas se han reforzado, incorporando de manera acrítica marcos medicalizadores que reflejan la influencia de tendencias externas, incluyendo algunas provenientes del ámbito sanitario. En este sentido, es interesante resaltar que nuestros resultados contrastan con otro estudio previo que analizaba conjuntamente los discursos de los ámbitos sanitario y educativo, y que señalaba una mayor orientación medicalizadora en el primero (Robin *et al.*, 2022).

Este estudio consta de varias limitaciones que han de tenerse en cuenta a la hora de entender los resultados. La investigación se centra exclusivamente en discursos profesionales. La ausencia de adolescentes y de familias impide contrastar estos relatos con las experiencias vividas por quienes son objeto de intervención, lo que podría haber enriquecido el análisis y tensionado aún más los marcos interpretativos identificados. En este sentido, futuros estudios deberían explorar con mayor profundidad cómo los propios adolescentes utilizan y resignifican el lenguaje diagnóstico, por ejemplo, categorías como ansiedad o depresión, en su vida cotidiana, y hasta qué punto estos usos se corresponden o divergen de los marcos clínico-institucionales. La falta de esta perspectiva limita nuestra capacidad para captar posibles brechas interpretativas entre los significados juveniles del malestar y las respuestas profesionales que se activan desde el ámbito educativo

y sanitario. Además, el número limitado de entrevistas pueden restringir la diversidad discursiva captada y favorecer la sobrerrepresentación de determinadas posiciones. Ello tampoco ha permitido profundizar en el análisis de los discursos identificando diferentes posiciones sociales. Lejos de invalidar los resultados, estas limitaciones señalan posibles líneas de investigación futuras que permitan incorporar otras voces, contextos y metodologías, así como aportar matices para profundizar en explicaciones más complejas del malestar juvenil, más allá de la asunción de que vivimos en un contexto de crisis marcado por el aumento de los trastornos mentales. A pesar de estas limitaciones, el estudio ofrece una comprensión de los discursos profesionales sobre el malestar adolescente, evidenciando las tensiones entre enfoques más críticos y prácticas más medicalizadoras. En este sentido, se subraya el papel de los y las profesionales, especialmente del ámbito educativo, cuya perspectiva ha sido poco explorada en investigaciones previas que intentan explicar este fenómeno. Además, emerge la necesidad de repensar colectivamente los marcos desde los que se comprende y se responde al sufrimiento adolescente. Esto implica abrir espacios para enfoques más estructurales y comunitarios, que reconozcan las dimensiones sociales, políticas y culturales del malestar, y que no lo reduzcan exclusivamente a un problema individual susceptible de ser tratado desde la óptica clínica.

5. Conclusiones

En conclusión, este estudio pone de relieve las distintas interpretaciones que coexisten entre los profesionales sobre la salud mental de los y las adolescentes. Si bien todos reconocen la existencia de malestar y la importancia de los factores sociales, persiste una dificultad para superar los marcos individuales y clínicos al momento de imaginar y proponer formas de intervención. Por otro lado, algunas voces alertan sobre la patologización y medicalización del malestar, un fenómeno menos presente en el ámbito educativo, aunque este se ve influido por el discurso sobre la "crisis de salud mental". La construcción de esta crisis establece un marco interpretativo que, si bien contribuye a visibilizar el sufrimiento y reducir el estigma, también legitima la psiquiatrización del malestar y la priorización de soluciones rápidas y estandarizadas.

6. Referencias bibliográficas

Arizaga, M. C. (2007). La medicalización de la vida cotidiana: Los psicotrópicos como "pastillas para el estilo de vida". *Revista Científica de la UCES, 11*(1), 11-34.

Barker, B. y Mills, C. (2018). The psy-disciplines go to school: psychiatric, psychological and psychotherapeutic approaches to inclusion in one UK primary school. *International Journal of Inclusive Education*, *22*(6), 638–654. https://doi.org/10.1080/13603116.2017.1395087

Braun, V. y Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589–597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806

Braveman, P. y Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports, 129*(Suppl. 2), 19–31. https://doi.org/10.1177/00333549141291S206

Brinkmann, S. (2024). *Culturas del diagnóstico: Una aproximación cultural a la patologización de la vida moderna.* Huellas y Señales.

Brossard, B. y Chandler, A. (2022). *Explaining Mental Illness: Sociological Perspectives.* Bristol University Press.

Butler, J., Gambetti, Z., y Sabsay, L. (Eds.). (2016). *Vulnerability in resistance*. Duke University Press. https://doi.org/10.1215/9780822373490

Chiavazza, A. A. y Pintarelli, A. (2020). Incidencia de la patologización y medicalización en saberes, actitudes y estrategias docentes frente a infancias. *Revista de Psicología Educativa,* 5(8), 52-76.

Compton, M. T. y Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus, 13*, 419–425. https://doi.org/10.1176/appi.focus.20150017

Conrad, P. (2013). Medicalization: Changing contours, characteristics and contexts. En W. C. Cockerham (Ed.), *Medical sociology on the move: New directions in theory* (pp. 195–214). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3_10

Cova, F., Grandón, P., Nazar, G., Romero Hernández, C., y Lagos Sepúlveda, G. (2025). ¿Crisis de salud mental en adolescentes y jóvenes?: Rol del proceso de psiquiatrización social. *Papeles del Psicólogo, 46*(1), 33–40. https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.05

Cruz, M. G. A., Okamoto, M. Y., y Ferrazza, D. de A. (2016). O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 20*(58), 703–714. https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0575

Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2023). *Encuesta de Salud 2023*. Gobierno Vasco. Recuperado de (19 de enero de 2026): https://www.euskadi.eus/introducion-escav23/web01-a3osa23/es/

EBSCO. (2024). *Life course approach*. EBSCO Research Starters. Recuperado (19 de enero de 2026): https://www.ebsco.com/research-starters/social-sciences-and-humanities/life-course-approach

Ecclestone, K y Hayes, D. (2009). *The dangerous rise of therapeutic education* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203870563

Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (20.ª ed.). Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France (1978-1979)* (H. Pons, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 2004)

Foulkes, L. y Andrews, J. L. (2023). Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. *New Ideas in Psychology, 69*, 101010. https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2023.101010

Frances, A. (2015). *Fundamentos do diagnóstico psiquiátrico: Respondendo às mudanças do DSM-5*. Artmed.

Gunnell, D., Kidger, J. y Elvidge, H. (2018). Adolescent mental health in crisis. *BMJ, 361*, k2608. https://doi.org/10.1136/bmj.k2608

Halfmann, D. (2012). Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities. *Health*, *16*(2), 186–207. https://doi.org/10.1177/1363459311403947

Hill, V. y Turner, H. (2016). Educational psychologists' perspectives on the medicalisation of childhood behaviour: A focus on Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD). *Educational and Child Psychology Review*.

Horwitz, A. V. (2007). Transforming normality into pathology: The DSM and the outcomes of stressful social arrangements. *Journal of Health and Social Behavior, 48*(3), 211–222. https://doi.org/10.1177/002214650704800301

Lima, A. F. y Santos, B. O. (2015). Diagnóstico psiquiátrico como prática de reconhecimento perverso. En J. B. Dantas (Ed.), *A infância medicalizada: Discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida* (pp. 13–34). CRV.

Lima, M. de A. C., Cruz, B. de L., Lima, L. da S. y Brandão, D. (2021). Debating medicalization with teachers in public and private schools. *Psicologia Escolar e Educacional, 25*, 1–9. https://doi.org/10.1590/2175-35392021222921

Lozano-Sánchez, A., Aragonès, E., López-Jiménez, T., Bennett, M., Evangelidou, S., Francisco, E., García, M., Malgosa, E., Codern-Bové, N., Guzmán-Molina, C. y Jacques-Aviñó, C. (2024). Temporal trends and social inequities in adolescent and young adult mental health disorders in Catalonia, Spain: A 2008–2022 primary care cohort study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 18*(1), 159. https://doi.org/10.1186/s13034-024-00849-2

Luengo, F. C. y Constantino, E. P. (2009). A vigilância punitiva: A postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. *Revista de Psicologia da Unesp, 8*(2).

Martinhago, F. (2017). *Contagio social de transtornos mentais: Análise das estratégias biopolíticas de medicalização da infância* [Tesis doctoral]. Universidade Federal de Santa Catarina y Universitat Rovira i Virgili.

Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva, 16*, e2615. https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615

Ministerio de Sanidad. (s. f.). *Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*. Ministerio de Sanidad. Recuperado (19 de enero de 2026) de: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm

Restrepo, D. A. y Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 30*(2), 202–211. Recuperado (19 de enero de 2026) de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918009

Ribeiro, R. (2015). Antena detectora de naturalizaciones acríticas: Patologización de la infancia cotidiana. *Teoría y Crítica de la Psicología, 5*, 148–156. Recuperado de: http://www.teocripsi.com/ojs/

Robin, D., Gemperle, M., von Rhein, M., Wieber, F., y Hotz, S. (2022). The making of ADHD: A comparative content analysis of teachers' and doctors' worldviews. *Swiss Journal of Sociology, 48*(2), 317–334.

Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla-Runge, K. y Newbury-Birch, D. (2024). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry, 33*(9), 2877–2894. https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2

Timimi, S., y Timimi, Z. (2022a). The dangers of mental health promotion in schools. Journal of Philosophy of Education, 56(1), 12–21. https://doi.org/10.1111/1467-9752.12639

Timimi, Z., y Timimi, S. (2022b). Psychiatrisation of school children: Secondary school teachers' beliefs and practices on mental health and illness. En M. Harbusch (Ed.), *Troubled persons industries: The expansion of psychiatric categories beyond psychiatry* (pp. 23-48). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-83745-7

Tria, N. (2019). *Etnografía de la hiperactividad. Encuentros y desencuentros en un instituto de secundaria*. Editorial UOC.

Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación.* Noveduc.

Wickström, A. y Lindholm, S. K. (2020). *Y*oung people's perspectives on the symptoms asked for in the Health Behavior in School-Aged Children survey. *Childhood, 27*(4), 450–467. https://doi.org/10.1177/0907568220919878

Witeska-Mlynarczyk, A., Beeker, T., te Meerman, S. y Mills, C. (2020). Psychiatrization of, with and by children: Drawing a complex picture. *Global Studies of Childhood*, *10*(1), 12–25. https://doi.org/10.1177/2043610619890074