

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

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

Artículo original

SUMMARY

Introduction

In recent years, adolescent mental health has become a health policy priority in the majority of OCDE and European countries. According to the World Health Organization, in Europe some two million children and adolescents suffer from some type of mental disorder, especially depression, which affects 4% of the adolescents between the ages of 12 and 17, and 9% of 18-year-olds. As is also the case for behavioural and anxiety disorders, rates of adolescent depression are on the rise.

Several studies associate depression in adolescence with either current or future consumption of psychoactive substances, a diagnosis of severe mental disorder in adulthood, and suicide. Some studies highlight the importance of social factors and lifestyles in the etiology and prognosis of these types of disorders; for example, various forms of social discrimination, abusive parents, and bullying. The incidence and prevalence of depression appear to be increasing among adolescents, as well as self-reported distress among young people and so-called «negative mood states».

Despite the importance of depression, sadness, and so-called «negative mood states» among adolescents, there is a clear lack of qualitative studies analyzing these phenomena, and especially of studies that provide knowledge about the perceptions and cultural models of this age group with respect to their own sense of distress and lay strategies for coping with adversity, and the role of social capital as a buffer against it.

Objective and methods

The objective of this article is to describe the adolescents' explanatory models (EMs) or lay perceptions on depression, sadness, and related factors. With this purpose we performed an ethnographic study in a sample of 49 students (age 15-16) in three public secondary-schools of Barcelona and its metropolitan area using semi-structured interviews, cultural-domains interviews, and focus groups. We employed content analysis and semantic network analysis for qualitative data, and frequency analysis, cultural-consensus analysis, and multidimensional scaling for quantitative data.

Results

The results outline that adolescents use their own nosologies to define depressive mood states such as «rallada», «burchado», «chof», or «deprimido». These categories are dichotomically organized between passive items (i.e. to feel sadness or loneliness) and active items (i.e. «to be angry»).

The state of *deprimido* (being depressed) is related to feelings of physical weariness and apathy. It can be defined as «a culmination of situations that make you feel bad», including the sense of feeling misunderstood by peers and adults, feeling insecure when having to take decisions or with his/her physical appearance, alone or isolated or in a bad mood. A person that is depressed is someone who «isn't in the mood to even speak about anything», that finds him/herself bad because «things haven't turned out as they expected». This leads him/her «to blame him/herself for things», to have «very low self-esteem», to not «leave the house», to «become closed within himself», to «build a wall» or a «bubble», to think that «nothing is worth anything» and that «the whole world is against him/her». One can cope with that state for being a «bad time in a person's life», but it can also become «a burden that is much more» or «an eternity that never ends».

When we asked our adolescents, «how can you tell that a person is sad or worried?», their answers were varied. One of the most common is to show an oscillation between the passive characteristics of discomfort and its active correlate, between isolation and an uneasy response, despite this behavior not being premeditated. A person that is *rallada*, *deprimida* or *burchada* can appear «isolated from society» and feel unaccepted, alone, *insecure*, apathetic; he/she might «stop talking or interacting with others», find him/herself feeling «tired of everything», downcast, depressive, as if he/she had experienced *un bajón* (suddenly feeling down); distracted, serious and without smiling, or anxious and nervous, and because of that hurting others although unintentionally. He/she can also sigh and weep, have difficulties to «express him/herself», appear to have «changed» for not behaving as he/she normally does, or have a lost gaze.

The perception that adolescents have of a person exhibiting characteristics such as *rallada*, *triste*, *burchada*, or *deprimida* is not isomorphic with the vision they hold of themselves when they suffered adversity or experienced discomfort in the past. For example, the

* Las referencias de este artículo aparecerán en la segunda, Salud Mental, vol. 33, no. 3, mayo-junio, 2010.

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

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

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

Recibido primera versión: 6 de mayo de 2009. Segunda versión: 7 de diciembre de 2009. Aceptado: 18 de diciembre de 2009.

category *rallada* is not used very much in these cases, perhaps in order to save a semantic stigmatizing load. They normally define expressions of discomfort in terms such as «a desire to forget about school, of people and of everything», «scream where no one can hear you», «break things or hit someone», self-inflict physical pain «to balance the pain from within with exterior pain», «make someone feel the same as I feel», «flee or run very far», or of locking oneself up in one's bedroom to «cry while listening to music». They also feel *powerless* before «the things that they can not confront», «inferior to others», worthless, guilty, with difficulties to concentrate and insomnia.

The adolescents situate the causes of their afflictions in the universe of their interactions with family members, adults in general, and peers, within situations of pressure and overexertion in daily life. When we segmented dates by gender we observed that male adolescents prioritized the «school loads» before «relations with friends», while female adolescents a higher relevance to these followed by «affective relations».

When we asked our informants, «In your opinion, what can be done to help a person your age that is in this state of sadness or discomfort?», the answers were very diverse, but coincided as a whole to empower sociability between peers. It is striking although congruent with available literature that they discard the possibility of accompanying or referring the affected person to a specific professional for help or even suggest him/her to speak to his/her parents, tutors or professors. As a matter of fact, adolescents constitute an age group characterized by their vague consideration of professional resources in their help-seeking processes.

Discussion

A fundamental reason for the avoidance of professional services by adolescents is the existence of an explanatory model that, contrary to expert discourses from the «psy» field, understands afflictions as products of the social world. If the causes of discomfort are a result of social interactions (conflicts between equals, states of solitude and isolation, lack of recognition or prestige, dissonances with the models of the body and person, problems in the development of their autonomy against the tutelage of adults, etc.), the restitution of wellbeing must structure itself on those same relations and on that same independence in regards to the adult world.

Our data points to a need to establish dialogical strategies of intervention. Insofar as adolescents show explanatory models different to the expert and adult systems in general, it is easy for them to feel indifferent to the interventions that do not involve them as active agents. They want to be protagonists of their own stories. For this reason, the promotion of participation and the dialogue of information (expert and lay) are guidelines that, in our opinion, must be present in any intervention in this field. In these strategies we find the possibility of reconverting lay explanatory models and social capital in a fundamental axis of mental health programs for adolescents.

Key words: Depression, adolescence, cultural analysis, explanatory models, health-seeking behaviours.

RESUMEN

Introducción

En los últimos años, la salud mental de los adolescentes se ha convertido en una prioridad de las políticas sanitarias en la mayoría de los países de la OCDE y, especialmente, en Europa. La razón está justificada. Según la OMS, se calcula que dos millones de menores y jóve-

nes europeos sufren algún tipo de trastorno mental, entre los que destaca la depresión que afecta 4% de los adolescentes de entre 12 y 17 años y 9% de los jóvenes de 18 años. Junto con los trastornos de ansiedad y de conducta, ello dibuja una tendencia a la alza.

A pesar de la relevancia de la depresión, la tristeza y los denominados «estados de ánimo negativos» entre los y las adolescentes, existe un claro déficit de investigaciones cualitativas que analicen estos fenómenos, principalmente si hablamos de investigaciones que permitan conocer las percepciones y modelos culturales de este grupo de edad con respecto a su propio malestar, así como sobre sus estrategias profanas para afrontar la adversidad y el papel de su capital social. Esta ausencia de investigaciones entra en contradicción con la importancia que estas variables adquieren en la salud mental y la salud pública contemporáneas.

Objetivo y métodos

El objetivo de este artículo es analizar los modelos explicativos o percepciones profanas de los adolescentes sobre la depresión, la tristeza y sus factores asociados. Con este propósito se realizó un estudio etnográfico en una muestra de 49 estudiantes (de edad entre 15 y 16 años) en tres centros públicos de enseñanza secundaria de Barcelona y su área metropolitana mediante entrevistas semiestructuradas, entrevistas de dominios culturales y grupos focales. Se empleó el análisis de contenido y de redes semánticas para los datos cualitativos obtenidos y el análisis de frecuencia, de consenso cultural y el escalamiento multidimensional para los datos cuantitativos.

Resultados

Los adolescentes utilizan sus propias nosología para definir sus estados de ánimo como «rallado», «burchado», «chof» o «deprimido». Estas categorías se organizan entre un polo pasivo (sentirse triste o solo, por ejemplo) y otro activo (*i.e.*, «estar enfadado»). Las expresiones del malestar depresivo son detectadas entre los iguales por la gestualidad (*i.e.*, «el rostro», «la mirada») y el comportamiento (*i.e.*, aislamiento social), pero sólo de forma marginal por el bajo rendimiento académico. Las causas de la depresión se vinculan con los conflictos en las relaciones interpersonales con iguales y adultos. No obstante, el proceso de búsqueda de salud o ayuda más común implica a los iguales, ya que los adultos son percibidos únicamente como un recurso para situaciones de gravedad inusual. De hecho, los adolescentes constituyen un grupo de edad caracterizado por considerar vagamente los recursos profesionalizados en sus procesos de búsqueda de ayuda.

Discusión

Una razón fundamental de la evitación de los servicios profesionales de atención por parte de los adolescentes barceloneses es la existencia de un modelo explicativo que, a diferencia de los discursos expertos en el campo «psi», entiende las afflictiones como productos del mundo social. Si las causas del malestar derivan de las interacciones sociales, la restitución del bienestar debe conformarse a partir de estas mismas relaciones y también de esta misma independencia con respecto al mundo adulto.

Si bien los resultados de nuestra investigación no son extrapolables a la población adolescente catalana en general, éstos indican la necesidad de establecer estrategias dialógicas de intervención que permitan reconvertir los modelos explicativos legos y el capital social de los adolescentes en un eje fundamental de los programas en salud mental.

Palabras clave: Depresión, adolescencia, modelos explicativos, análisis cultural, procesos de búsqueda de salud.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la salud mental de los adolescentes se ha convertido en una prioridad de las políticas sanitarias en la mayoría de los países de la OCDE y, especialmente, en Europa. La razón está justificada. Según la OMS, se calcula que dos millones de menores y jóvenes europeos sufren algún tipo de trastorno mental, entre los que destaca la depresión que afecta 4% de los adolescentes de entre 12 y 17 años y 9% de los jóvenes de 18 años. Junto con los trastornos de ansiedad y de conducta, ello dibuja una tendencia al alza.¹⁻³

Diversos estudios han asociado la depresión en la adolescencia con el consumo de sustancias psicoactivas,^{4,5} el diagnóstico de trastorno mental grave en la vida adulta^{6,7} y el suicidio.⁸ Algunas investigaciones subrayan también 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*.^{9,10} Por otro lado, la incidencia y la prevalencia de la depresión parecen ir en aumento entre los adolescentes,^{11,12} así como la autopercepción de malestar entre los jóvenes¹³ y los llamados «estados de ánimo negativos».^{2,9}

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 no es muy diferente en 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 de mortalidad causada por suicidio. La previsión de futuro resulta aún menos optimista, ya que se calcula que en 2020 la depresión será la segunda enfermedad más prevalente en el mundo, únicamente por detrás de la cardiopatía isquémica.¹¹ 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 1980 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 general¹⁴ apuntan en esta dirección e informan de una tasa de «depresión mayor» en la población general de 14% a lo largo de la vida y de 4.2% al año. Los datos alcanzan porcentajes de gran magnitud 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.

Desde una perspectiva científico-social se pueden considerar varias claves interpretativas de este fenómeno, tanto 1. en el terreno de las políticas contemporáneas en salud mental como 2. en las condiciones sociales más

amplias que sustentan esta percepción de la modernidad como era del *discomfort*.

1. En el primer caso, observamos la existencia de un interés creciente en diagnosticar cuadros psicopatológicos y estados de aflicción que antes no se percibían como merecedores de asistencia en los dispositivos profesionales, al menos con la misma amplitud y extensión que hoy en día, ni indagados en la población general de la forma sistemática en que se analizan actualmente mediante los protocolos epidemiológicos. 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.¹⁵⁻¹⁷

Es importante apuntar que en muchos países la ampliación de la cobertura asistencial de los casos de depresión y ansiedad no ha implicado por igual a todos los colectivos sociales. De hecho, los adolescentes constituyen el grupo de edad que con menor frecuencia recibe atención en los sistemas de salud por este motivo. Por ejemplo, una investigación realizada con más de 11000 escolares noruegos de 15 y 16 años pone en evidencia que, incluso ante los síntomas más pronunciados de ansiedad y depresión, únicamente una tercera parte de los afectados demanda asistencia profesional.¹⁸

Se podría pensar que los resultados de la investigación antes citada no son extrapolables necesariamente a otros contextos sociales. Sin embargo, varios autores apuntan cifras similares de evitación (en torno a un tercio) para los afectados por un trastorno mental franco en otros contextos nacionales¹⁹⁻²¹ y de porcentajes sensiblemente menores (en torno a 15%) para aquellos adolescentes y jóvenes que sufren malestar psíquico subclínico.²² En líneas generales, la evitación de la asistencia profesional parece ser una constante entre los adolescentes y jóvenes, lo que genera un problema de atención y prevención en salud mental en muchos países.^{23,24}

Las causas de evitación de los servicios formales o profesionales no son claras debido a que son escasos los estudios cualitativos y/o longitudinales realizados con adolescentes y jóvenes que no han sido diagnosticados o que no frecuentan los dispositivos de atención en salud y salud mental. Una excepción a esta tónica general es el trabajo cualitativo de Biddle et al. (2007) con adolescentes y jóvenes británicos que no han buscado ayuda profesional y que plantea la existencia de un modelo explicativo que los autores denominan «ciclo de evitación» (*cycle of avoidance*) o COA.

2. Otra interpretación científico-social sobre el aumento de la depresión y los malestares asociados a su espectro en la población general es que los procesos de transformación conocidos como globalización han generado nuevas incertidumbres y potenciado viejas inseguridades que afectan principalmente a 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 de migrantes, la cultura del consumo, la delegación de la confianza en los sistemas expertos o la cultura hedonista del cuerpo y sus imágenes creadoras de cánones estéticos son —por poner sólo algunos ejemplos— factores²⁵⁻²⁸ 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 y primacía del individualismo, los adolescentes, por su posición intersticial entre un pasado por concluir y un futuro por desarrollar, adquirirían una posición 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 conjuntos 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.²⁹

El argumento de la mayor vulnerabilidad entre las clases desfavorecidas es congruente con algunos de nuestros datos sobre los adolescentes catalanes. Por ejemplo, según una exploración del PIF (Panel d'Infància i Famílies), un estudio longitudinal realizado con más de 3000 jóvenes de 12 a 16 años y sus familias, los factores de género y clase social son especialmente explicativos de la distribución de los estados depresivos entre los adolescentes catalanes. Las muchachas de este contexto con rentas más bajas e irregulares presentan una mayor prevalencia diagnosticada a lo largo de la vida de trastornos de depresión y ansiedad. Por ejemplo, entre las adolescentes de 12-16 años de familias con ingresos anuales inferiores a 14.401€, el porcentaje de diagnósticos pasados y/o presentes de depresión o

ansiedad triplica (9%) al de las muchachas de hogares con rentas superiores a 50.400€ (3%).

Otros datos obtenidos de la exploración de esta misma fuente abundan en esta dirección. Los y las adolescentes catalanes de familias de rentas bajas se perciben como más tristes, nerviosos, aburridos y solos que los de rentas más altas. Estos últimos, a su vez, se sienten más cansados, más ocupados y más presionados por parte de sus padres, madres y tutores. Esta polarización refleja una diversidad de estados emocionales y psicológicos que, sin duda, están fuertemente asociadas con los diferentes estilos de vida según clase social y también con las expectativas de futuro. Mientras los jóvenes de grupos económicos más desfavorecidos están expresando dificultades más cercanas a la desafiliación y sus riesgos, como son las incertidumbres ante el futuro y la soledad, los de rentas altas incorporan los efectos de la presión social para que mantengan su posición de clase. Los primeros se sienten más tristes y solos; los segundos más presionados para desarrollar sus actividades escolares y extraescolares.

En la misma línea argumentativa, el II Informe CIIMU³⁰ indica que 15.1% de las muchachas de entre 15 y 19 años afirman sentirse deprimidas, con una afectación mayor entre las clases más desfavorecidas. Estos datos, que fueron resultado de una exploración específica de la Enuesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2002, fueron especialmente elocuentes al ser completados con los testimonios de los propios adolescentes obtenidos mediante metodología etnográfica. La soledad, la falta de relación con sus progenitores, las incertidumbres ante el futuro, el miedo al rechazo de los iguales, los obstáculos para adaptarse a los cánones estéticos y de consumo, la marginación y el peso de las cargas domésticas, que todavía afectan más a las muchachas que a los adolescentes varones, fueron algunos de los factores aludidos.

Los resultados de la ESCA 2006 muestran una tendencia semejante en lo que respecta al género. El 10.3% de las niñas catalanas menores de 15 años consideran que es «absolutamente cierto» o «más o menos cierto» que se sientan infelices o tristes frente al 9.2 de los niños. De la misma fuente también se infiere que 10.9% de las mujeres catalanas de entre 15 y 44 años y 6.4% de los hombres de la misma franja de edad afirman sentirse «menos o mucho menos felices» y «más o mucho más deprimidos» que antes. De hecho, el sentimiento de infelicidad y depresión parece ir aumentando en las mujeres con el tránsito de la edad infantil a adulta. Las adolescentes expresarán, según puede inferirse de estos datos, este punto de inflexión.

La cuestión de si la diversificación según clase social y género de la depresión diagnosticada y de la autopercpción del estado deprimido responde a la existencia real de una prevalencia desigual en la población o a problemas de infradetección o sobredetección en algunos colectivos es una incógnita por resolver. Es sabido que en diversos contextos sociales se produce una mayor tendencia a comportamientos

adictivos (consumo de alcohol, tabaco y otras substancias psicoactivas) entre los varones como modelo de expresión de los diversos estados de tipo depresivo (tanto clínicos como subclínicos) frente a la mayor «internalización» y psicologización de estos estados entre las mujeres. De hecho, algunos estudios destacan el papel de los modelos tradicionales de femineidad como amplificadores de las pautas de indefensión aprendida asociadas con la depresión entre las mujeres de las clases subalternas.³¹

Más allá de estas incógnitas, los datos indican la presencia reiterada de un mayor malestar del espectro depresivo entre las mujeres adolescentes frente a los varones, que se traduce en un mayor consumo de antidepresivos. Por ejemplo, nuestra utilización de los datos de la Gerencia de Atención Farmacéutica del Gobierno Catalán nos informa que en 2006 los ansiolíticos fueron prácticamente la mitad (48.14%) del consumo global de las mujeres menores de 19 años frente a 27.14% de los varones, mientras que en estos últimos la posición en la clasificación de psicofármacos más consumidos fue ocupada por los psicoestimulantes (43.15%). Asimismo, las niñas y adolescentes ingirieron más del doble de antidepresivos (21.06% del consumo total de psicofármacos) que los varones de la misma franja de edad (9.77% del consumo total de psicofármacos).

A pesar de la relevancia de la depresión, la autopercepción de la depresión y los denominados «estados de ánimo negativos»² entre los y las adolescentes, existe un claro déficit de investigaciones cualitativas que analicen estos fenómenos; principalmente si hablamos de investigaciones que permitan conocer las percepciones y modelos culturales de este grupo de edad con respecto a su propio malestar, así como sobre sus estrategias profanas de afrontar la adversidad y el papel de su capital social en la amortiguación de estos estados. Esta ausencia de investigaciones entra en contradicción con la importancia que estas variables adquieren en la salud pública contemporánea. Por ejemplo, Morgan y Swan³² y Campbell³³ han destacado el papel del capital social en la disminución de los conocidos efectos de las desigualdades sociales en la salud de las clases más desfavorecidas. La relevancia de los modelos culturales o modelos explicativos (*explanatory models*) en los trastornos y estados depresivos se ha subrayado también en diferentes contextos nacionales y culturales.³⁴⁻³⁶ Finalmente, las redes de sociabilidad y los recursos profanos de los adolescentes se han considerado como variables estratégicas para el diseño de políticas sociales y sanitarias encaminadas a la disminución del malestar y el conflicto social, como apuntan los estudios de Sauvadet^{37,38} con los jóvenes de los suburbios HLM (viviendas de protección oficial) en Francia o de Joubert³⁹ y de Baudelot y Mauger⁴⁰ en este mismo contexto nacional.

El propósito de nuestra investigación fue ubicarnos en este vacío de conocimiento que acabamos de delinear con el objetivo de analizar etnográficamente las representaciones de los adolescentes sobre el malestar depresivo y las razones

de la evitación de los servicios formales de atención. Más concretamente, nuestro objetivo específico fue describir e interpretar los modelos explicativos de los propios jóvenes y por tanto su visión «emic» o nativa; esto es: las nosologías, etiologías, sintomatología y formas de tratamiento profanas de los estados y malestares depresivos al margen de la potencial condición clínica, subclínica o normal de estos estados. Con este propósito más hermenéutico que explicativo, se diseñó una investigación etnográfica en profundidad con técnicas mixtas (cuantitativo-cuantitativas) en una muestra comunitaria.

MÉTODOS

Nuestra investigación se realizó entre febrero y junio de 2007 en tres aulas de cuarto grado de la Enseñanza Secundaria Obligatoria de sendos centros públicos ubicados en la Ciudad de Barcelona y su área metropolitana. Los informantes, estudiantes de 15 a 17 años (cuadro 1), no

Cuadro 1. Características de los chicos/as entrevistados

Características	<i>Freelistings</i> N=49	<i>Pilesorts</i> y entrevistas N=30
Género		
Hombre	19	10
Mujer	30	20
Edad		
15 años	17	10
16 años	26	14
17 años	6	6
Residencia		
Hogares biparentales	38	21
Hogares monoparentales	9	7
Otros	2	2
Ocupación del sustentador principal del hogar*		
Clase I	3	1
Clase II	5	4
Clase III	10	7
Clase IV	23	13
Clase V	4	3
No contesta	4	2
Lugar de origen		
España	33	19
América del Sur	12	8
Europa del Este	2	2
Norte de África	2	1

* Clase I: Directivos de la administración pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.

Clase II: Directivos de empresas con menos de 10 trabajadores. Profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario. Técnicos superiores. Artistas y deportistas.

Clase III: Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.

Clase IV: Trabajadores manuales cualificados y semicualificados.

Clase V: Trabajadores no cualificados.

fueron seleccionados por padecer o haber sido diagnosticados con un trastorno o estado depresivo, pues el objetivo era comprender —en su sentido de *Verstehen*— sus modelos explicativos o percepciones sin valorar la psicopatología existente como un criterio de inclusión o exclusión. El estudio tuvo lugar en los respectivos centros educativos y en horario escolar. Se informó de la naturaleza de la investigación y se obtuvo el permiso de los centros educativos y de los progenitores o tutores de los alumnos que participaron en las entrevistas, así como el consentimiento informado de los informantes, a quienes se les garantizó el anonimato.

La investigación se organizó en cuatro fases (cuadro 2), respondiendo a un procedimiento de profundización progresiva en los modelos explicativos de los adolescentes mediante técnicas cualitativas, como las entrevistas, los grupos de discusión y la observación, y otras mixtas (cualitativo-cuantitativas), como el análisis de dominios culturales.

Primera fase. En primer lugar se llevó a cabo un cuestionario sobre dominios culturales⁴¹ con la totalidad de alumnos de cada aula. En este punto se utilizó la técnica de *freelist* o listado libre para elicitar los reactivos sobre los nombres, causas, expresiones y formas profanas de afrontamiento de la tristeza y la depresión. El cuestionario constaba de cinco preguntas: «1. ¿Cuáles son las situaciones que producen malestar a la gente de tu edad? 2. ¿Cómo te das cuenta que una persona está triste o preocupada? 3. ¿Qué palabras utilizas para definir estos estados de tristeza o malestar? 4. ¿Cómo te has sentido cuando te has encontrado en esta situación de tristeza o malestar? 5. ¿Qué se puede hacer, desde tu punto de vista, para ayudar a una persona de tu edad que está en esta situación de tristeza o malestar?». Los resultados fueron sistematizados con un software específico denominado ANTHROPAC⁴² que permite la recolección y el análisis de datos cualitativos, así como la elaboración de «mapas culturales» o «mapas de percepciones» a partir de estos datos mediante modelos como el escalado multidimensional. Tras depurar las respuestas que podían entenderse como sinónimos, se tabularon los reactivos por frecuencia y porcentaje de respuesta. A continuación se realizó un análisis de estas frecuencias y de consenso cultural^{43,44} para detectar si existían subculturas

Cuadro 2. Fases de la investigación

Fase 1. Freelistings	Análisis de frecuencia, de consenso cultural y escalado multidimensional (ANTHROPAC)
3 clases de 4º de ESO	
Fase 2. Pilesorts	
30 alumnos de 4º de ESO	
Fase 3. Entrevistas semi-estructuradas	
30 alumnos de 4º de ESO	
Fase 4. 3 grupos focales	
Alumnos de 4º de ESO, 1 por centro	

internas entre las respuestas de nuestro colectivo global de informantes.

Segunda fase. Posteriormente, con 30 informantes se elaboraron *single pilesorts*⁴⁵ o agrupaciones simples de los reactivos más citados por ellos mismos en los listados libres. Los resultados obtenidos con estas agrupaciones fueron sistematizadas con el software ANTHROPAC y analizados con escalados multidimensional (no métrico), diagramas de racimo y análisis de consenso cultural.

Tercera fase. Seguidamente se realizaron entrevistas cualitativas semiestructuradas a los 30 alumnos de la segunda fase siguiendo las preguntas y los resultados de los listados libres. Las entrevistas fueron focalizadas, pero llevadas a cabo de una manera flexible, dejando que los informantes pudieran expresar libremente sus experiencias e ideas. Los resultados obtenidos fueron sistematizados con el software ATLAS-TI.⁴⁶

Cuarta fase. Finalmente se realizaron tres grupos focales (uno en cada centro) para profundizar en los resultados de las fases anteriores. Al igual que en las entrevistas semiestructuradas (fase 3), se grabaron y transcribieron las narrativas de los grupos focales; posteriormente se procedió a su lectura para identificar códigos, familias temáticas y listados de categorías y a su sistematización con ATLAS-TI.

En su conjunto, la combinación de las diferentes técnicas etnográficas utilizadas guardó la finalidad de establecer una triangulación y retroalimentación entre ellas para asegurar una mejor inmersión etnográfica en el mundo vivencial de los adolescentes.

RESULTADOS

Nosologías profanas

Los adolescentes de nuestra investigación definen el malestar depresivo con diferentes categorías culturales y subculturales. Algunas de ellas han adquirido ya un carácter proverbial, incluso en los medios de comunicación de masas (*rallado, ratllat* en catalán, *rayado* en otros usos), mientras otras provienen del lenguaje coloquial popular (*enrabiado*), de los argots generacionales (*burchado, chof*) o de los sistemas expertos (*deprimido*).

El cuadro 3 presenta, mediante el formato de listado libre, las categorías más utilizadas por nuestros informantes. En ella destaca en primer lugar *rallado/a* que significa, según los propios actores, estar pensativo y obsesionado con un tema, no poder dejar de pensar en lo mismo, como un disco rayado que repite siempre la misma melodía y que obstaculiza la posibilidad de resolver los problemas. Al estar *rallado* uno «está todo el día pensando en una cosa a la que no encuentra conclusión» ni solución, aunque también puede significar encontrarse mal, cansado

y apático, pues «es parecido a estresado, a estar cansado de todo» o a «no tener ganas de hacer nada». Las adolescentes asocian esta categoría principalmente con sentirse *acabadas*, porque no se han cumplido sus expectativas con la imagen que quieren proyectar o con la relación con sus iguales, mientras que los chicos vinculan este término más con los sentimientos de rabia y el malhumor. Tanto ellos como ellas relacionan este término con no tener ganas de nada, aunque los primeros incluyen en sus narrativas una mayor asociación con estar triste, preocupado, estresado, cansado y harto. Ellas, por su parte, definen *rallado* como estar pensativas, dar vueltas a un mismo tema y «estar de bajón». Adicionalmente, en los dos casos *rallado* puede ser también sinónimo de *burchado*.

Uno se encuentra *burchado* cuando está «aburrido de lo que está haciendo», pero también cuando está «acabado», preocupado, asqueado, harto, triste, agobiado por los problemas e, incluso, cuando ha sido marginado y se encuentra aislado de los demás. En muchos aspectos adquiere sinonimia con sentirse *rallado*, principalmente para las adolescentes y en menor medida para los jóvenes que lo asocian más con estar acabado. Algunos informantes señalan matices diferenciales entre *rallado* y *burchado*, como

CU. que argumenta que mientras alguien está *rallado* si «le pasan muchas cosas por la cabeza y no sabe cómo solucionarlas», *burchado* hace referencia a que alguien le «ha hecho alguna cosa para que esté de esta manera». De esta forma, mientras *rallado* alude a un estado interno de preocupación y obsesión por un problema, *burchado* apela a una situación externa, pues involucra la acción de otros sujetos en la creación del malestar del afectado o afectada.

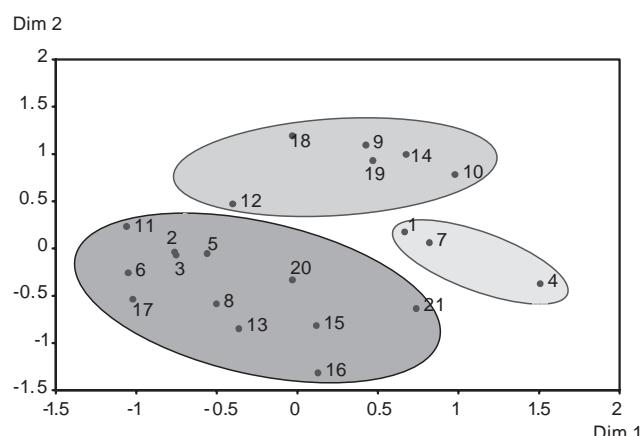
Estar *deprimido*, por su parte, se relaciona con las sensaciones de decaimiento físico y la apatía. Puede definirse en sentido extensivo como «un cúmulo de situaciones que te hacen sentir mal», incluida la sensación de sentirse incomprendido por los iguales o los adultos, encontrarse inseguro a la hora de tomar decisiones o con su aspecto físico, solo y aislado o de malhumor. Una persona deprimida es alguien que «no tiene ganas de hablar ni de nada», que se encuentra mal porque «las cosas no han salido como esperaba». Esto le lleva a «culparse de las cosas», a tener «la autoestima súperbaja», a «no salir de casa», a «encerrarse en sí misma», a «hacer un muro» o «una burbuja», a pensar que «no vale nada» como persona y que «todo el mundo está en su contra». Uno puede superar ese estado por tratarse de «una mala época», pero también puede convertirse en «una bola que va a más» o «un infinito que no acaba».

Cuadro 3. Listado libre de los nombres del malestar, por orden de frecuencia

Item	Frecuencia	% Respuesta
1. Rallado/a	21	43
2. Triste	19	39
3. Deprimido/a	16	33
4. Chof	13	27
5. Solo/a o aislado/a	11	22
6. Preocupado/a	9	18
7. Enfadado/a, enrabiado/a o de mal humor	8	16
8. Burchado/a	7	14
9. Amargado/a	6	12
10. Desanimado/a	5	10
11. Molesto/a	5	10
12. Fotut	4	8
13. Encontrarse mal	4	8
14. Harto/a	4	8
15. Nervioso/a, inquieto/a o intranquilo/a	4	8
16. Decaído/a	4	8
17. Obsesionado/a	4	8
18. Tener malestar	4	8
19. Desesperado/a	3	6
20. Dolido/a	3	6
21. Miedo o pánico	3	6
22. Puteado/a	3	6
23. Asqueado/a	3	6
24. Hundido/a	3	6
25. Llorar	3	6
26. Cansado/a o chafado/a	3	6
27. Desganado/a	3	6

Resultado del total de los listados libres realizados (n=49) en los tres centros. Pseudo-fiabilidad=0.998.

Gráfica 1. Escalado multidimensional (MDS) de los nombres del malestar



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

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 1. Rallado/a | 12. Nervioso/a |
| 2. Triste | 13. Desorientado/a |
| 3. Deprimido/a | 14. Enrabiado/a |
| 4. Burchado/a | 15. Obsesionado/a |
| 5. Preocupado/a | 16. Desatento/a |
| 6. Solo/a o aislado/a | 17. Encontrarse mal |
| 7. Fotut | 18. De mal humor |
| 8. Decaído/a | 19. Enfadado/a |
| 9. Molesto/a | 20. Cansado/a |
| 10. Harto/a | 21. Acabado/a |
| 11. Con ganas de llorar | |

Tanto los adolescentes como las jóvenes coinciden en que cuando están *deprimidos* se sienten sin ganas de hacer nada, ni de hablar. No obstante, ellos definen este estado en términos de estar ofuscado, que los problemas se conviertan en «una bola», pensar que todo está en contra de ellos o sentir que no valen nada, mientras que ellas enfatizan estar triste, decaída, apagada, susceptible, de bajón, y con ganas de llorar. Podríamos decir que ellos vinculan sentirse *deprimido* con el malhumor, y ellas con sensaciones físicas como el cansancio y psicológicas como la angustia.

Estar *chof* indica que la persona se «encuentra hundida», apática, triste, mal, abúlica. Es como cuando «una persona cae en picado y cuando llega al suelo se rompe, se deshace, como con el cambio de humor, que en un momento está en un punto álgido y cae». Se asemeja, según ellos, a las escenas de dibujos animados en las que los personajes caen accidentalmente o por la acción de otros, se hunden o se sienten dolidos y abatidos. También expresa sentirse decepcionado y ver frustradas las expectativas, como «cuando quedas con alguien en un sitio y tus padres te dicen: 'No, no vas...' entonces te quedas, pero tú quieres ir... chof».

En este universo de categorías llama la atención una polarización entre dos grandes tipos. En primer lugar, aquellos términos que denotan una actitud pasiva (*deprimido*, triste, blando, *chof*, flojo, desanimado, sin ganas de hacer nada, etc.). En segunda instancia, aquellos estados que podemos denominar activos y que se asocian con estar

enojado, de malhumor, rebelde, nervioso, borde, violento o intranquilo. Esta polarización se expresa en la gráfica 1, que responde a las asociaciones realizadas por los jóvenes, y donde se distinguen tres agrupaciones: una dimensión de pasividad, una dimensión de actividad y, finalmente, una dimensión subcultural propia donde se disponen categorías como *rallado/a* (1) y *burchado/a* (4) que parecen actuar de mediadores entre las dimensiones activas y pasivas del malestar. Esta mediación, no obstante, puede interpretarse en términos de que estas categorías son símbolos condensadores⁴⁷⁻⁴⁹ del resto de significados, tanto de tipo activo como pasivo.

La polaridad entre categorías activas y pasivas no debe entenderse en términos absolutos, sino como tendencias en las cuales pueden predominar las narrativas de un tipo u otro o, por el contrario, establecerse un juego oscilatorio. En ambos casos, no obstante, el sentimiento de soledad adquiere un carácter central. Estar triste o *deprimido* significa aislarse del mundo de relaciones y, a la vez, requerir de atención de ese mismo mundo. De igual forma, la persona enfadada y con rabia no tiene ganas de hablar con nadie, se encuentra contenida emocionalmente y, por otro lado, necesita de interlocutores. El campo de los vínculos sociales es percibido como el ámbito que genera las sensaciones de malestar y también como el espacio privilegiado en el que pueden resolverse las adversidades.