

Oriol Pagès Canals

23/05/2016

Treball de fi de grau; Sociologia

Supervisor: Javier Caballero

Entendre els Trastorns Mentals

Una perspectiva sociològica

Aquest treball pretén —des de la perspectiva sociològica— entendre alguns conceptes centrals de la medicina; la salut i la malaltia. Entenent aquests com a construccions socials, centrarem l'atenció en alguns dels trastorns mentals més comuns que ens trobem en la nostra societat — Depressió, TOC, TDAH— tot intentant veure quina és la seva naturalesa. Finalment, presentarem l'exemple de l'experiència de vida d'un noi de 14 anys, diagnosticat de TDAH, dislèxia i depressió, donant compte de la dificultat que té actualment la medicina científica per aproximar-se als problemes de vida de les persones.

La medicina; malaltia i salut

Des de la sociologia, la salut i la malaltia s'expressen en termes culturals i socialment definits. Al llarg de la història i entre distintes cultures hi hagut diferències respecte el què consideren sa i normal. En les cultures pre-modernes la família era la institució principal per fer front a la malaltia o a la desgracia. Sempre han existit individus especialitzats en sanar, utilitzant una barreja de remeis físics i màgics. Molts d'aquests sistemes de tractament tradicional encara sobreviuen en les cultures no occidentals de tot el món.

Des de fa dos-cents anys el predomini de les idees occidentals sobre el què és la medicina se ha expressat mitjançant el "model biomèdic de salut". Aquesta interpretació de la salut i de la malaltia es va desenvolupar en el moment que creixien les societats modernes. La seva aparició va estar estretament vinculada al triomf de la ciència i de la raó sobre les explicacions del món tradicional o basades en la religió.

Doncs bé, actualment entenem per salut el benestar físic, psíquic i social i no únicament l'absència de malaltia. La salut i la malaltia són dos aspectes que han estat entesos com a dos estats oposats l'un a l'altre. El significat de la salut ha evolucionat fins a adquirir una rellevància més gran que la atribuïda en l'antiguitat. Això ha comportat que la preocupació de la persona per conèixer i vèncer la malaltia s'estengui a un interès creixent per millorar la salut.

Els canvis més rellevants respecte la forma d'entendre la salut i la malaltia es varen produir a la segona meitat del segle actual, a partir de la constitució de l'OMS, l'any 1948, on es va donar una visió positiva i integral al concepte de salut. A la carta fundacional es va definir la salut com: “un estat de complet benestar físic, mental i social, que no consisteix únicament en l'absència de malaltia”. Aquest canvi tindrà repercussions importants en les línies d'actuació respecte la salut.

Aquest va ser el pas que va enfocar el concepte de salut cap un concepte positiu —centrat en la salut— i cap un concepte integral —acceptació de l'individu com a ésser biopsicosocial—. El model biopsicosocial postula que el factor biològic —factors químicbiològics—, el factor psicològic —pensament, emocions i conductes— i els factors socials, tenen un paper significatiu de l'activitat humana en el context d'una malaltia o discapacitat.

Respecte salut mental, molts estudis consideren que salut i trastorn mental no són condicions que permetin definir l'una com l'absència de l'altra, sinó que són un continu en el qual es reflecteixen diferents graus. D'altra banda, entendre on trobem la frontera entre trastorn mental i salut mental no és fàcil, no és una limitació prou clara ni ben definida i els criteris per designar una persona com a sana o malalta han variat segons els diferents enfocament teòrics i al llarg del temps. No hi ha un acord general entre especialistes sobre el tema.

Aquesta limitació és comprensible a causa del fet, que encara no s'ha pogut demostrar les causes concretes que produeixen els diferents trastorns mentals. I és que la complexitat del cervell humà implica una síntesi dinàmica entre biologia, genètica, emocions, vivències, relacions, ment, cultura, condicions personals i socials, sense comparació amb cap altre òrgan humà.

En medicina, la legitimat definitòria de trastorn mental la té el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). On defineixen els trastorns com una classificació per categories no excloents, basada en criteris amb trets definitoris. Admeten que no existeix una definició que especifiqui adequadament els límits del concepte i admeten que es manca d'una definició operacional consistent que englobi totes les possibilitats. El DSM considera el trastorn com un patró comportamental o psicològic de significació clínica que, qualsevol que sigui la seva causa, és una manifestació individual d'una disfunció comportamental, psicològica o biològica.

El fons d'aquesta definició és donar per descomptat que tots partim de les mateixes capacitats potencials de base; sinó patim una disfunció. Un trastorn —de forma no rigorosa— és una alteració de tipus emocional, cognitiu i/o del comportament, en què queden afectats els

processos psicològics bàsics, dificultant l'adaptació de la persona a l'entorn cultural i social on viu i crea alguna forma de malestar subjectiu.

La qüestió aquí és la naturalesa dels trastorns mentals, des del model biomèdic de la salut els entenen com a suposades entitats naturals de base biològica. En contraposició, trobem la crítica que els considera com entitats construïdes de caràcter històric-social, més subjectes als vaivens de la vida que als desequilibris de la neuroquímica. Que siguin entitats construïdes no vol dir o no priva que siguin d'entitat real. Ara bé, la seva carta de realitat seria d'un altre ordre, més del ordre dels problemes de la vida que de la biologia i de la persona que del cervell. Aquesta perspectiva considera que la medicina moderna encara que hagi adquirit gran prestigi, les millores en salut general són molt més atribuïbles a les transformacions ambientals i socials que a la destresa mèdica.

La eficàcia dels sistemes de salubritat, una nutrició millor i el desenvolupament del clavegueram i la higiene, han tingut més influència en el moment de reduir les taxes de mortalitat infantil (McKeown, 1979 vist en Giddens). Crítics com Ivan Illich (1975) han suggerit que, la medicina moderna, més que beneficiar, ha perjudicat a causa de la iatrogènia, o malaltia creada per l'acció mèdica. Per l'autor aquesta pot ésser de tres tipus: clínica, social i cultural. Diferents autors critiquen el model biomèdic de la salut, però seguir indagant en aquesta línia ens aparta del nostre objectiu.

Sobre la naturalesa dels trastorns mentals, els autors González i Pérez (2007), presenten l'alternativa per explicar com es fan reals; són dues: o bé serien "formacions naturals" on les seves condicions biològiques s'anirien descobrint, o bé serien "construccions pràctiques" on la seva forma seria la que els clínics necessiten donar els problemes presentats per els pacients per poder tractar-los com ho fan. En realitat, expliquen què serien les construccions pràctiques que necessita la psiquiatria d'orientació biològica per tractar-los com si fossin malalties. La qüestió és que els problemes de la gent poden prendre distintes formes no ja només en relació al moment històric-social (histèria en els temps de Freud i depressió en el temps del prozac), sinó també segons la orientació dels clínics que els tracten (per exemple, com un problema neuroquímic, psicodinàmic, cognitiu, existencial, de conducta o familiar).

El cas no és, que agafin una forma o una altre (ja que alguna hauran d'agafar), sinó la forma que agafin. El tema no és que siguin construccions pràctiques, sinó pràctiques per a qui (per la indústria farmacèutica? Per el sistema de salut? Per el estatus professional? Per el pacient? Per la família?) i que és lo pràctic (passar per malalt? Arreglar una situació? Eliminar la pròpia responsabilitat en el problema? O assumir la responsabilitat?)

Aquí entren les teràpies psicològiques. El problema és que les teràpies psicològiques són varies i variades entre si. Això indica que un mateix problema podria tenir una consideració relativament diferent segons des del sistema que sigues tractat. Aquesta pluralitat de sistemes ens indica o manifesta, immaduresa científica, suposant que un únic sistema sigues lo adequat. Tanmateix, no és així malgrat els més de cent anys de psicologia científica. I per què? El que sostenen els autors és que: potser no hi ha un sistema unificat de teràpia psicològica, degut precisament a la naturalesa constructiva-pràctica dels trastorns psicològics. Si fossin entitats naturals, seria d'esperar un sistema estàndard.

El ser els problemes psicològics susceptibles d'una variada reconstrucció, ens mostra que aquesta pluralitat de sistemes manifesti el caràcter obert, constructiu-pràctic, dels problemes de la vida que derivarien, en realitat els trastorns mentals. Les diferències resultants d'enfocar un problema d'acord amb un sistema o un altre no estarien tant en el ordre del encert o del error (com així seria en el diagnòstic i tractament d'una malaltia) sinó en el ordre pràctic, sent aquí decisiu, de nou, preguntar pràctic per aquí? I en quin sentit?

Seguidament presentem tres trastorns; la depressió, el TDAH i el TOC. Veient la seva naturalesa i els enfocaments teòrics que hi ha darrera. La depressió i el TOC —com a trastorn d'ansietat— s'han escollit per ser dels trastorns més comuns. Entre 1990 i 2013, el número de persones amb depressió o ansietat ha augmentat un 50% (OMS, 2016). El TDAH en canvi per la seva polèmica de trastorn real o inventat, s'ajusta al objectiu del treball.

Depressió; problemes de l'estat d'ànim

La depressió té com a característica principal una alteració del estat d'ànim o del humor. El trastorn depressiu, es caracteritza per la presència de tristesa, pèrdua de interès o plaer, sentiments de culpa o falta d'autoestima, sensació de cansament i falta de concentració. La depressió pot arribar a fer-se crònica i dificultar l'exercici diari. Afecta al voltant de 340 milions de persones en tot el món (OMS). Amb una prevalença estimada de 15 al 25%.

El DSM-IV divideix els trastorns depressius en el trastorn depressiu major, el trastorn distímic i el trastorn depressiu no especificat. Per diagnosticar els diferents tipus de depressió, el manual aporta diferents símptomes a identificar. La clau està en que aquests símptomes tenen que mantenir-se durant dos setmanes i estar presents a diari perquè es diagnostiqui la depressió.

Els científics han trobat vincles entre la depressió i el desequilibri de substàncies químiques cerebrals anomenades neurotransmissors. Els neurotransmissors permeten que les cèl·lules del cervell es comuniquin entre sí. Sembla que hi ha una ampla gama de factors —tant de constitució biològica de la persona com de la seva experiència vital— que precipiten la depressió. També es creu que tenen que confluïr determinats factors, tant en el organisme de la persona com en la seva vida quotidiana.

Giovanni i González (2005), expliquen que la depressió no obeeix a una sola causa, contràriament a la psiquiatria biològica, defensen que és un territori multidimensional que s'arriba a través de diversos camins desbescats per factors socioculturals en interacció amb altres tipus, somàtic i de personalitat. Defensen que les depressions són distintes en cada persona, i el que tenen en comú és el sofriment que provoquen.

Trastorn Obsessiu-Compulsiu; problemes d'ansietat

Els pensaments obsessius i compulsius formen part de la vida diària. Tornem a casa per comprovar si em tancat una porta amb clau o apagat el gas. Aquests fets són part de la retroalimentació habitual entre els nostres pensaments i els nostres actes. Quan aquests pensaments es tornen freqüents i intensos, interferint en la nostra funció diària, es diagnostica TOC. Els experts diuen que una part del circuit cerebral pot estar implicada, produint aquesta molesta preocupació sobre alguna cosa que no està bé o repetint alguna acció.

El TOC es classifica com trastorn d'ansietat, perquè els factors principals semblen ser la ansietat i el malestar, que augmenten amb les obsessions (pensaments) i disminueix amb les compulsions o rituals (accions).

Les primeres teories sobre la seva etiologia inclouen la possessió per forces externes i el tractament amb formes d'exorcisme. Janet i Freud van presentar algunes de les primeres hipòtesis racionals. Janet considerava que aquest trastorn era conseqüència de la fatiga psíquica i de la disminució de l'energia mental disponible, el que generava una falta de control sobre els pensaments del subjecte (Janet, 1903 vist en Jenike, Baer, Minichiello, 2001).

Existeixen distintes idees sobre del que podria ser la causa del TOC i l'únic que es possible afirmar amb certesa és que no es coneix la etiologia d'aquest trastorn. Si coneguéssim el seu origen només existiria una teoria. Cap estudi considera que la seva naturalesa sigui només

psicològica, molts investigadors han buscat possibles alteracions químiques, estructurals o funcionals en aquests pacients.

Trastorn Dèficit d'Atenció i/o Hiperactivitat; problemes de concentració

El grup de persones que mostren problemes de concentració, control d'impulsos i en alguns casos, hiperactivitat se'ls ha anomenat persones amb TDAH. En principi, aquest trastorn està vinculat a una producció insuficient dels neurotransmissors; dopamina i noradrenalina. L'origen de les irregularitats en la producció de dopamina i noradrenalina és desconegut. Trobem especialistes que posen l'accent en factors biològics i altres en psicosocials, la diferència entre considerar l'origen en factors biològics o psicosocials són bastant significatives a l'hora de computar l'índex de nens amb TDAH.

El TDAH s'ha definit com un grau inapropiat d'inatenció amb o sense hiperactivitat-impulsivitat que causa problemes en el desenvolupament de l'individu. En la literatura internacional, ens trobem amb una alta variabilitat de prevalença del TDAH. Aquestes diferències venen produïdes per la metodologia utilitzada, depenent dels criteris de diagnosi, el rang d'edat estudiat, la font d'informació de la qual s'extreu el coneixement del pacient o l'origen de les mostres.

Dos són els enfocaments sobre l'origen del trastorn. El biològic que creu que la base del problema és genètica i que per tant, és pot resoldre mitjançant la medicació. En canvi, la perspectiva psicosocial té en compte el context del infant, creu que la causa del trastorn depèn de la socialització i per tant, de l'entorn, tant la situació familiar com socioeconòmica. Aquesta visió, busca altres tipus de solucions que no són directament la medicació, aquesta només s'utilitza en casos extrems, irreparables.

La malaltia com experiència viscuda

Sent o no els trastorns mentals originats per causes biològiques o socials, el que sí podem afirmar des de la sociologia és que la malaltia també té dimensions personals. Quan estem malalts, no només podem experimentar dolor, incomoditat, confusió o altres desafiaments, sinó que els altres també és veuen afectats. Aquells que estan en estret contacte amb nosaltres o altres que entren en contacte també poden reaccionar davant la malaltia; aquestes

reaccions ajuden a conformar les nostres interpretacions i poden qüestionar la idea que tenim de nosaltres mateixos.

Dos maneres d'experimentar la malaltia han influenciat sobre el pensament sociològic. La primera, relacionada amb l'escola funcionalista, presenta les normes de comportament que es creu que adopten els individus quan estan malalts. Parsons (1952) defensava que la malaltia tenia una clara dimensió social, apart de individual. La segona perspectiva, de la que són partidaris els interaccionistes simbòlics, és un intent més global de posar de manifest les interpretacions que s'atribueixen a la malaltia, com reacciona la gent quan li notifiquen una malaltia i com s'adapta a la notícia? De quina manera transforma la malaltia la vida quotidiana dels individus i la seva pròpia identitat? En la obra *Estigma* (1963), Goffman reconeix que una de les formes d'estigma és la malaltia mental; la experiència de la malaltia pot posar en tela de judici la pròpia identitat que un té d'un mateix i produir transformacions en ella. Tant a través de les reaccions que tenen els altres cap a la malaltia com a través de les percebudes o imaginades.

Finalment, presentem un itinerari d'un noi de 14 anys diagnosticat de diferents trastorns mentals.

Itinerari; noi de 14 anys

El noi és estudiant de 3r d'ESO (14 anys). Té diagnosticat trastorn de dèficit d'atenció i hiperactivitat, trastorn depressiu i dislèxia. També, durant l'entrevista he pogut entendre que té algunes pors i també angoixa.

El noi fins a 3r de primària “no tenia problemes en re”. A partir d'aquell moment la cosa va canviar i se'l va definir com un noi “que no para de xerrar, inquiet, hiperactiu”. En el col·legi comença a treure males notes, “no se'n sortia” diu la seva mare, a la vegada que era un nen molt espavilat “tenia tots els ingredients per treure bones notes”.

La seva mare per recomanació d'un familiar —els quals el fill tenia diagnosticat TDAH— acudeix a un especialista en TDAH, en un bon institut de medicina de Barcelona. Des d'aquell moment el noi es pren la medicació corresponent al trastorn —realitzant un control rutinari amb l'especialista cada 6 mesos—, també paral·lelament visita un psicòleg recomanat per la mateixa doctora que ha diagnosticat el trastorn.

Des de l'escola veuen aquest fet amb reticències i argumenten que “ells han vist altres nois amb TDAH i que aquest noi té TDAH per el que vol. A l'escola diuen que el nen té molta cara “i que s'excusa amb el TDAH”. Aquestes reticències es van capgira —suposadament— en el moment que a 2n de l'ESO se li comencen a caure els cabells. Des de l'escola, a partir del fet, “es van espantar i el van ajudar aprovar” diu la seva mare: “ara el feien fer el treball a col·legi i no li feien exàmens, perquè li provocaven estrés”. En aquell moment la seva mare li va deixar de medicar i no el va portar ningú, la seva mare pensava que potser era la medicació però el metge li va dir que no, “que era estrés”.

A partir d'aquests successos es decideix canviar-lo d'escola. I també de especialista, ja que en aquesta escola nova la professora li recomana que visiti a un especialista; “ja que veu que en un mateix text el nen escriu la mateixa paraula de tres maneres diferents”. Amb aquest nou especialista se li va “realitzar totes les proves i li van diagnòstica TDAH, dislèxia i depressió”. Aquests últims dies se li ha pujat la medicació i la tutora del col·legi diu que “està més tranquil a classe, més atent i amb més ganes d'aprendre”.

La seva mare no està convençuda de donar-li medicació, es una pregunta que es fa molt cops, però conclou: “a mi no em soluciona no donar-li, inclús ell me la demana”. Diu la seva mare: “la medicació no és la panacea, no li dones la medicació i ja està arreglat, no! Has de treballar-ho igual, has de parlar amb el professors, has d'estar-hi a sobre. Però hi ha una predisposició que de l'altre manera no hi és”.

Conclusions

Des de 3r de primària el pacient comença a patir dificultats d'adaptació a l'entorn escolar, no aprenia allò que l'escola ensenyava, amb un comportament destacat per una activitat i una xerrameca major que els altres. La seva mare el va portar a un especialista en TDAH, i per tant aquest va fer les proves corresponent —i només les proves del TDAH—; així un nen de 3r primària és etiquetat per els professionals en medicina. Aquest comportament per la medicina significa; un patró de disfunció comportamental biològic o psicològic de significació clínica.

Problema de la vida o de la biologia del noi, social? O biològic? El fet, que es vol destacar en aquesta part final, és que tots els especialistes visitats han donat com a solució la

medicalització. De fet, especialistes no van necessitar realitzar les proves una segona vegada per treure les pròpies conclusions, algun afirmava: “no cal, ja es veu que és un TDAH”. Tanmateix, la medicalització ha sigut la solució per el noi o només ha dormit el problema? La única cosa clara és que el noi pateix i la medicalització la incorporat ell com a taula de salvació. Però d’un TDAH, ha evolucionat a un estrés, a una angoixa, caiguda de cabell fins a una dislèxia i depressió, la medicina sembla que hagi creat, en aquest cas, una demanda artificial dels seus serveis succeint allò que Illich anomenà; iatrogènia social.

En relació les teràpies psicològiques, aquestes sí què en el cas del Guillem sempre han pres distintes formes, aquestes practiques reflecteixen la immaduresa científica que parlaven González i Pérez (2007) de la medicina. Això ens mostra la naturalesa constructiva-pràctica dels trastorns. Aquests últims, els problemes, tenen consideracions diferents alhora de ser tractats.

Amb tot, per qui han sigut pràctiques aquestes construccions pràctiques? Pel pacient va ser pràctic poder entendre que és el que passava.

Pels professionals? poder diagnosticar una malaltia en base uns comportaments i així tenir la solució pràctica —la medicalització—, sembla bastant pràctic. Tanmateix, la indústria farmacèutica és el clar també beneficiat al vendre pastilles a un determinat comportament humà.

Amb això podem entendre que una persona quan es veu afectada per alguns símptomes —que remetien a comportaments etiquetats com a trastorns des de la medicina— i acut a un especialista el primer que es fa es narcotitzar-lo amb medicaments. Quan el més important seria, senzillament escoltar el pacient, tot veient que hi ha darrera aquests símptomes, per entendre’ls i canviar-los, no dormir-los.

Bibliografia

- Giddens, A. (2009). *Sociologia*. 6ª edició. Alianza Editorial.
- Giovanni, J. González, J. L. (2005). *La depresión. Dos enfoques complementarios*. Editorial Fundamentos.
- Goffman, E. (1963). *Estigm*.
- González Pardo, H. Pérez Álvarez, M. (2007). *“La invención de trastornos mentales”*. Psicología. Alianza editorial.
- Illich, I. (1975). *“Nemesis Medica”*. La expropiación de la salud. Barral editores.
- Izenberg, N. (2004). *“Enfermedades y trastornos de la salud”*. Volumen 3. Publicado en asociación con Center for Children’s Health Media The Nemours Foundation. Thomson Gale.
- Jenike, M. A. Bear, L. Minichiello, W. (2001). *“Trastornos obsesivos-compulsivos”*. Manejo práctico. Harcourt.
- Parsons, T. (1975). *“The sick role and role of the physician reconsidered”*. Milbank Memorial Fund Quarterly.

Annex

Guió entrevista:

En quin moment et vas plantejar de demanar ajuda a un especialista?

- Per què? Quins eren els símptomes o comportament?
- Algú et va recomanar anar a un especialista? Qui? Per què?
- Quants anys tenia el Guillem?

Que et va dir l'especialista? Per què vas escollir aquell especialista?

- Quina va ser la teva reacció davant el diagnòstic? Que va suposar per tu i per els membres de la família?
- Quina sensació vas tindre el saber el que passava?
- De quina manera va afectar aquesta situació als membres de la família?
- Va canviar alguna cosa en la rutina familiar?
- I la de ell? En Guillem? Creus que es va sentir menys responsable del seu comportament?

Quants especialistes heu visitat després d'aquell primer?

- Qui te'ls va recomanar?
- Quines contradiccions hi hagut entre els diferents especialistes que heu assistit? Algun ha negat algun dels trastorns diagnosticats per un altre especialista? O al contrari n'hi ha afegit algun diagnòstic?
- Recomanaries alguna de les pràctiques o teràpies que heu fet? I quines no recomanaries?

Actualment quina teràpia esteu fent? Quants i quins medicament pren? I per què?

- (Reconduir l'entrevista cap a la sensació del Guillem)
Responsabilitat/reacció/interpretació.
- Com creus que va interpretar ell la malaltia? Ho veu com una malaltia?
- Com es va adaptar a la notícia del especialista? En tots a tingut la mateixa reacció?
- Que és el que va canviar en la seva vida quotidiana?
- Respecte els símptomes, creus que va utilitzar alguna estratègia per explicar el fet als seus companys de l'escola o als seus amics?

