

“Es la vida, no un trastorno mental: patologización y medicalización de los malestares emocionales adolescentes”.

Natàlia Carceller-Maicas

Universitat Oberta de Catalunya (UOC)

Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili.

AGRADECIMIENTOS:

Buenos días. En primer lugar agradecer a los Organizadores del congreso en general y al Doctor Martínez en particular permitirme a formar parte de esta interesante mesa.

BREVE DECLARACIÓN DE INTENCIONES:

Con respecto a mi presentación mi objetivo es reflexionar sobre los efectos que las biopolíticas de las aflicciones tienen sobre la salud juvenil, así como debatir sobre la patologización y la medicalización de los malestares emocionales en esta etapa vital; sirviéndome para ello de algunos de los resultados que he ido obteniendo en el transcurso de mi tesis doctoral.

PATOLOGIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN DE LOS MALESTARES EMOCIONALES. LOS EFECTOS DE LAS BIOPOLÍTICAS EN LA AFLICCIÓN JUVENIL:

Adolescencia y juventud son consideradas en nuestra sociedad como periodos convulsos repletos de cambios y reconfiguraciones, tanto personales, físicas, emocionales como sociales. Estas etapas vitales son catalogadas, desde la perspectiva adulto-céntrica dominante, como las etapas con mayor exposición y tendencia al riesgo. Durante este periodo sus integrantes reciben incesantes

mensajes de advertencia en los que son prevenidos de los mil y un riesgos que les acechan y que pueden afectar de un modo más o menos severo a su salud y bienestar, tanto presentes como futuros. Esta profunda y continuada asociación entre los conceptos de riesgo y juventud es la que ha ido dando lugar a la construcción del binomio juventud/riesgo.

Pero ¿de qué se habla cuando se habla de riesgos, y más específicamente sobre riesgos para la salud?

El riesgo suele definirse como aquella “acción o situación a partir de la cual existe la probabilidad de que se deriven ciertos perjuicios o daños que no se desean”. Pero en realidad “muchas veces se hace un salto y se habla de riesgo para referirse directamente, bien sea a las consecuencias negativas de una determinada acción o situación, bien sea a la identificación del riesgo con el peligro o el daño”; saltándose el nexo de la probabilidad para postular una relación causa-efecto entre la acción/situación y su efecto negativo” para la salud.

Esta confusión es el resultado del proceso de naturalización del riesgo a partir de obviar o invisibilizar sus raíces históricas y políticas y le otorga universalidad al término siguiendo el modelo positivista de las ciencias naturales (Romani, 2016). Así pues, esta noción epidemiológica del riesgo surgida en el ámbito de la salud pública se ha extendido e incluido en los discursos sociales naturalizando lo que en un inicio era pura probabilidad estadística.

Se observa pues cómo en la construcción del binomio juventud/riesgo se da una doble naturalización de ambos conceptos, interconectándolos de tal modo que ambos quedan fusionados en el discurso social preponderante como si se tratara de

dos caras de una misma moneda. Se asume pues como dice Funes que “ser adolescente es una condición de riesgo para los riesgos” (Funes, 2009:317-318).

¿Pero para qué tipo de riesgos? ¿Quién los determina? ¿Y en base a qué? Pues concretamente uno de los riesgos que destaca el sistema médico hegemónico con respecto a la salud mental juvenil es la evitación de los servicios y dispositivos especializados. La visión adultocéntrica del sistema sanitario considera que no hacer uso de los dispositivos existentes cuando estos están disponibles, es una conducta de riesgo en la que los jóvenes están poniendo en juego su salud tanto presente como futura. Pero esta visión de la evitación de los servicios como riesgo recoge solo el punto de vista del sistema médico y de los profesionales que en él trabajan, y deja fuera la perspectiva que manejan los jóvenes sobre este suceso.

¿Qué opinan los jóvenes al respecto? ¿Perciben en esta evitación de los servicios un riesgo para su salud? ¿Cuáles son las razones que aluden para evitar dichos dispositivos?

Para dar respuesta a estas cuestiones y analizar el fenómeno en toda su complejidad se torna necesario integrar la polifonía de voces de todos los actores implicados, pues tal y como defiende Romaní, si no se parte “del análisis de las situaciones concretas en las que se pueden encontrar las/os adolescentes y jóvenes, muchas veces” se pueden proyectar “sobre ellos los miedos y frustraciones de la sociedad adulta” (Romani, 2016: 104).

El proyecto de investigación “Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad”, dentro del cual se inicia mi tesis doctoral, surgió para dar respuesta a estas y otras cuestiones por

medio de las cuales poder analizar en profundidad los malestares emocionales en esta etapa vital. Se realizaron entrevistas a una muestra de 105 adolescentes y jóvenes; además de 3 grupos focales con adolescentes, 1 grupo focal con profesionales de la salud mental, y 1 grupo de discusión mixto con profesionales y jóvenes.

El uso de esta metodología permitió incluir las voces de todos los actores sociales implicados y ampliar el foco de análisis, posibilitándonos de este modo detectar que la evitación/infrautilización de los dispositivos no era percibida por los jóvenes como riesgosa, sino más bien como factor protector, pues tal y como ellos mismos comentan, existen ciertos aspectos del sistema de salud que les resultan más peligrosos que favorables, lo cual hace que en consecuencia muchos jóvenes opten por la auto-gestión de sus propios malestares.

Nos topamos pues llegados a este punto con un nuevo concepto de riesgo, el de riesgo vivido, el cual atiende las particularidades de la situación y las propias experiencias y vivencias de los jóvenes en su proceso vital. Este modo de entender el riesgo plantea que “no se puede hablar de riesgo si no se analizan y valoran las contrapartidas a los posibles daños implícitos a esos riesgos. La lógica de la obtención de beneficios es la piedra angular en los dilemas propios del afrontamiento de riesgos: sólo cuando existen posibles beneficios en el horizonte es concebible que se asuman riesgos” (Rodríguez, 2010: 123). Pero no existe una única manera de interpretar el riesgo, sino que “cada grupo, cada sociedad, jerarquiza y evalúa los riesgos a los que se enfrenta, y los dota de un estatus propio, con connotaciones propias”.

Es desde estos parámetros desde donde “se define qué riesgos son aceptables o intolerables” y cuál es el umbral máximo que se puede asumir. (Rodríguez, 2010: 124).

Al incorporar el concepto de riesgo vivido al análisis del fenómeno se hace patente la falta de correspondencia entre aquello que es percibido como riesgo por el sistema biomédico, y aquello que los adolescentes y jóvenes designan, sienten y viven como tal. Atendiendo a este riesgo vivido es donde se observan aspectos clave relacionados con los efectos perniciosos que las biopolíticas de las aflicciones pueden ocasionar en la salud juvenil.

Ante esta etapa liminal de aparente caos vital la hegemonía biomédica en general, y las biopolíticas de las aflicciones en particular, han encontrado un filón poblacional al que objetivizar, patologizar y medicamentar; pues los acontecimientos y circunstancias típicas de esta etapa vital pasan un filtro de cribaje bajo la mirada adultocéntrica del sistema médico que deja tras de sí un inventario de nosologías clínicas donde previamente solo había experiencias vitales.

Esta patologización de sus experiencias cotidianas se hace patente en los resultados que se han ido obteniendo en la presente investigación. El análisis de narrativas nos muestra cuáles son las causas de malestar emocional más frecuentes en estas edades, emergiendo los estudios, la familia, el mal de amores, los amigos y el Bullying, como los 5 motivos principales. Estos ámbitos, lejos de ser percibidos por los adolescentes como patológicos, son considerados por ellos como problemas cotidianos que quedan dentro de la normalidad del proceso de crecimiento y aprendizaje vital en esta etapa. Nos topamos pues aquí con un primer desencuentro entre el saber lego y el saber profesional, pues *“el adolescente que tiene un malestar*

no se siente paciente, se siente un adolescente con malestar". Tal y como expone uno de los profesionales entrevistados en nuestra investigación:

"si el adolescente se acerca al dispositivo y lo que recibe por parte del profesional es una respuesta en términos de trastorno, en el sentido de decirle...tú tienes un determinado trastorno, (ya sea) tú tienes un trastorno de conducta, tú tienes un trastorno negativista desafiante, (o) tú tienes...un trastorno por déficit de atención,...aquí ya tenemos un desencuentro, (pues el adolescente) entra con un malestar y sale con un trastorno".

Corroborándose este desencuentro de perspectivas en narrativas como la de Jean Paul, el cual nos comenta:

"Yo soy una persona distraída y no por eso tengo que ir a un psicólogo y me tiene que decir que yo tengo TDH, porque simplemente es que yo soy un chico muy distraído y pienso mucho en mis cosas"

Y prosigue:

"¿Ayuda profesional? En mi caso sería la última en buscar. (...)"

"(los profesionales) están por encima tuyo, y el problema es que lo demuestran, y eso es lo que me hace sentir un poco mal cuando he ido a algún psicólogo, porque ir allá para que esta persona te mire por encima del hombro...pues tampoco me sienta demasiado bien. Para eso ya me lo curaré yo mismo".

El riesgo que representa para los jóvenes acudir a los dispositivos de salud mental es un riesgo que muchos decidirán no asumir, pues tal y como se puede apreciar en esta narrativa, la balanza entre daños y beneficios les es claramente desfavorable,

pues les implica asumir, entre otros muchos aspectos: la patologización de su malestar, la posible carga con una etiqueta diagnóstica, el estigma asociado a esta, así como la minusvaloración de sus propios saberes y experiencias.

Pero hay ocasiones en las que estos malestares se tornan demasiado complejos y se hacen muy difíciles de auto-gestionar, por lo que la demanda de ayuda profesional se hace inevitablemente necesaria. Una vez inmersos dentro del sistema surgen nuevos puntos de desencuentro, esta vez relacionados con las modalidades de atención clínica y los tratamientos ofertados.

Los jóvenes, cuando acuden a un dispositivo en busca de ayuda, lo que esperan es encontrar alguien que les escuche, que les entienda, y les ayude a tirar adelante.

Narrativas como las de Jean Paul y la de Cristina dan buena cuenta de ello:

“Realmente no quiero ir allí a hablar con una persona que me encasille, quiero ir allí para que una persona me escuche, una persona profesional y con la que no tengo ninguna relación, me escuche, intente entenderme, porque sabiendo como soy yo y los motivos del problema me dé una posible solución” JEAN-PAUL

“Que te den herramientas para tu poder trabajar, para tu poder ir haciendo, porque pienso que si no te dan esas herramientas, igual solucionas el problema de hoy, pero el de mañana no, porque no sabrás como hacerlo” CRISTINA

Pero estas expectativas de atención y tratamiento no siempre se cumplen pues existen ciertos profesionales cuya práctica clínica se centra en la cosificación, en la objetivación del malestar, queriendo darle una etiqueta diagnóstica y una solución química.

Las percepciones, visiones y vivencias en torno al riesgo referidas por expertos y legos vuelven a chocar al surgir el tema de la medicamentización de los estados de ánimo. Mientras los profesionales la consideran como una solución efectiva, segura y recomendable para lidiar con este tipo de aflicciones; muchos jóvenes se muestran reacios, prefiriendo otro tipo de abordaje para hacer frente a dicho malestar.

Patricia una de nuestras jóvenes nos comenta:

“Los psiquiatras.... bueno, no tengo muy buena imagen de ellos porque a mí, en un cuarto de hora, me pusieron en la mano los antidepresivos, (...) me preguntó si me drogaba, si fumaba, si bebía, y me dio esto. Me dijo: “Te veo en tres semanas y no te olvides de tomarlas. Ya verás cómo te sube el ánimo”. y eso me pareció muy mal”.

Aunque los motivos que refieren los jóvenes contra la toma del fármaco son diversos, todos confluyen en aludir al riesgo vivido, pues en base a sus propias vivencias y experiencias destacan más daños y peligros en su consumo que posibles beneficios.

A Lorena la psiquiatra que la atendió le dijo que unas pastillas la ayudarían un poco:

“...la verdad es que van bien, pero cuando las dejas...” “A mí no me gustó. No sé. Pienso que tampoco te ayuda realmente” “Cuando dejé las pastillas...es como que te crean adicción...como que las necesitas...Yo pensaba ¡¡¡Que me vuelva a dar las pastillas!!! Porque cuando las tomaba estaba súper en las nubes. Todo me resbalaba. Nada me alteraba. Estuve dos años tomando pastillas. Pero cuando las deje....buffff....todo seguía ahí...las angustias, la tristeza, la desesperación...Estaba...buffff...pero claro, tampoco es bueno porque crean adicción”.

Pere, otro de los chicos reflexiona también, en base a su propia experiencia, sobre los riesgos de tomar medicación, explicándonos los daños que a él le ocasionó:

“Comprobado, medicarse con psiquiatras puede que vaya bien a una persona, pero en mi caso no me fue bien, y puede llevar a efectos secundarios, como el trastorno del sueño que tuve yo que, bueno, perdón por la palabra, pero jode bastante la vida. Ese tiempo que estás así, es que te levantas por la tarde, con toda la mañana que ya ha pasado. Todo el día desperdiciado” (...) Yo estaba estudiando aeronáutica, pero al final tuve que dejar los estudios por culpa del trastorno del sueño y el estado en el que me dejaba”.

Vemos en base a estas narrativas como la medicamentización de los estados de ánimo es concebida por los jóvenes en base a su experiencia, como una vía de tratamiento que implica riesgos demasiado elevados. Lo cual hace que la descarten y opten por estrategias de afrontamiento basadas en la auto-gestión, tal y como defiende Joan en esta cita:

“A ver, yo no veo que algo así [refiriéndose a los malestares emocionales] se tenga que tratar con pastillas y con medicamentos. Yo creo que es más en plan psicólogos, en plan comprender mentalmente, e intentar superarlo por él mismo, ¿sabes? No a base de pastillas”.

Lorena, la joven de la que hablábamos antes que estuvo dos años tomando pastillas también reflexiona en este sentido en base a su experiencia dentro del sistema de salud mental, defendiendo la auto-gestión como solución definitiva. Tal y como nos comenta se dio cuenta al empezar a dejar las pastillas de que realmente lo que éstas

habían hecho no era curar su supuesta enfermedad, sino ponerle un parche al malestar que ella sentía. La herida seguía abierta, y su caja de herramientas vacía.

“Si que el problema era mío de autoestima baja, de que me dejaba hundir por los demás, y eso si que lo podríamos haber trabajado. Pero no. Yo la autoestima ha sido ahora, durante la carrera, de coger yo fuerza y yo valerme por mi misma, o sea, he sido yo por mí. No por todo aquello”.

REFLEXIONES FINALES:

Vemos pues en base a las narrativas analizadas cómo mientras el sistema biomédico, por medio de las biopolíticas de las aflicciones tiende a patologizar y medicalizar los malestares emocionales de adolescentes y jóvenes, sus protagonistas, atendiendo al riesgo vivido y a su subjetividad y experiencia propias defienden un modelo explicativo bien distinto; Pues tal y como ellos lo viven, aquello que les pasa no tiene nada de patológico, sino que es un proceso normal, ante el cual lo que necesitan son herramientas para hacerle frente, y no etiquetas diagnósticas y pastillas que les cataloguen de enfermos y funcionen como parches emocionales que tapen el problema en lugar de solventarlo. Ante este balance de daños y beneficios, la solución biomédica es considerada pues por los jóvenes como demasiado riesgosa, tanto para su salud presente como futura; configurándose pues La auto-gestión como la mejor estrategia de afrontamiento, puesto que tal y como ellos mismos afirman: “es la vida, no un trastorno mental” y “yo por mi mismo saldré adelante”.