

La Psicología de la salud: Entre el paradigma patogénico y el salutogénico

Aquilino POLAINO LORENTE
Universidad Complutense. Madrid

Cada profesión acaba por deformar el modo de percibir y, a su través, el modo de pensar de quien la ejerce. No parece extraño que los médicos, urgidos como están por la asistencia al enfermo, participen de un cierto pesimismo. Acaso por esto han venido concibiendo la salud desde la enfermedad, hundiendo en el mismo concepto de salud parte del pesimismo que arrastraban como consecuencia de su familiaridad con la patología. En definitiva, el modelo de salud propuesto desde el ámbito médico tiene una fuerte y paradójica dependencia con la patogenia y con la génesis de las enfermedades. La salud se ha visto como un empeño de lucha contra la enfermedad; la salud consiste aquí en la prevención de la enfermedad.

Frente al pesimismo médico se alza hoy el optimismo de los profesionales que, distantes de la enfermedad, sólo se ocupan de la salud. Estos últimos parecen no presentir las amenazas de las enfermedades; como si la salud fuese algo permanente y estable que, de cuidarse, no tiene porqué arruinarse, al irrumpir en ella la enfermedad. Pero es un hecho de fácil comprobación, que la enfermedad está siempre rondando al hombre, que a pesar de nuestros cuidados (*sorge*) por la salud, ésta antes o después acaba quebrantándose y que no todas las enfermedades pueden evitarse. Entre el pesimismo médico y el optimismo de los profesionales de la salud cabría un término medio: el que, por otra parte, suele acontecer en cada persona, a pesar de los obvios cuidados que pone en marcha para mantenerse sano.

A los profesionales de la salud debemos, sin embargo, el haber acuñado el rico concepto de *salutogénesis* (génesis de la salud, Antonowsky, 1979 y 1984). Esta nueva perspectiva tiene implicaciones y consecuencias metodológicas de muy largo alcance. Así, por ejemplo, en lugar de cuestionarse acerca de cuál es la causa por la que determinados individuos enferman, se pregunta más bien por cuáles son los factores que hacen que determinados individuos de una determinada población no adquieran ésta o aquella enfermedad. Antonowsky ha tratado de evaluar las actitudes sociales hacia la

salud, a las que se atribuye un mayor peso heurístico. Especial importancia se ha concedido en este modelo a los agentes estresantes en relación con los cambios en las actitudes frente a la vida, señalando que aquellas personas que viven con una gran coherencia son más resistentes frente a la acción de los agentes estresantes e infecciosos. El sentido de coherencia (*sense of coherence*) es, en su opinión, algo muy parecido a lo que otros (Rahe y col., 1974) han llamado lugar de control (*locus of control*), y es un elemento crucial en la estructuración básica de la personalidad de un individuo. Como su propio autor lo define, el sentido de coherencia es una orientación global que expresa la posesión de un estable y profundo sentimiento, en la confianza de que los factores internos y ambientales son predecibles y que hay una alta probabilidad de que las cosas se comporten como razonablemente cabe esperar (Antonowsky, 1979, p. 123). Ese sentido de coherencia, puede ser modificado por la acción de los agentes estresantes, pero también puede resistir a su acción. Este segundo modo de comportarse demostraría una mayor invulnerabilidad personal frente a la acción de los estresores. El concepto de salutogénesis comienza a imponerse sobre otros conceptos relativamente recientes (*behavioral health*), quizá por la fascinación y atractivo que encierra (Matarazzo, 1982 y 1984).

Así, una nueva frontera nos aparece en la lucha por la salud. El nuevo quiasma donde hay que replantear hoy la investigación sobre la salud es, precisamente, el entrecruzamiento de lo biológico y lo comportamental; porque allí donde éstos se encuentran es precisamente donde emergen los hábitos comportamentales que, perpetuándose en el tiempo, pueden arruinar u optimizar la salud humana. Una vez que se ha superado el modelo patogénico explicativo de las enfermedades infecciosas --modelo puramente biológico, aunque no tanto--, la solución a las enfermedades mortales de la actual civilización hay que buscarla allí donde se concitan la naturaleza (biología) y la cultura (conducta). El sentido de coherencia está íntimamente asociado con los cambios potenciales del estado de salud, como

resultado del modo de afrontar los cambios internos y externos producidos en la vida por el estrés.

Algunos autores creen que cada individuo desarrolla un peculiar estilo de coherencia, en consonancia con su orientación en la vida y su filosofía personal, por cuya virtud emergen actitudes específicas frente a la salud conductual. El desarrollo del sentido de coherencia determinaría la aparición en cada individuo de un patrón comportamental (convencional no convencional) en su modo de reaccionar frente a las nuevas situaciones que se manifiestan especialmente en los periodos de cambio como la adolescencia (transición de no fumador a fumador; de abstemio a bebedor, etc.), y que pueden/configurarse, más tarde, como modos responsivos estables que, además, predicen cuál será en ese sujeto su comportamiento futuro (Jessor y col., 1982). Donovan y col. (1983) han llegado a postular una tipología para los adolescentes en función de cuál sea su sentido de coherencia, de manera que pueda predecirse, por ejemplo, quiénes tendrán probablemente en el futuro problemas con el consumo de alcohol y quiénes no, y de este modo intervenir en ellos para aminorar esa probabilidad. Otros autores (Collins y col., 1981; Mills y col., 1981), consideran más efectiva sin embargo, la intervención genérica sobre el sentido de coherencia que la específica sobre un determinado segmento comportamental que se presume de alto riesgo.

Lo que aparece necesario conocer es si el sentido de coherencia es un factor global y uniforme para todas las conductas de alto riesgo o si, por el contrario, constituye un paquete de componentes heteromórficos y diversos para cada segmento conductual de cierto riesgo. Hace falta saber además si el sentido de coherencia es estable o versátil; cuál es su génesis; cuáles son las variables de que depende; cómo puede modificarse; etc. Son más numerosas las cuestiones que quedan por esclarecer que las explicadas por este modelo. Aunque se reconozca aquí su gran valor heurístico, conviene subrayar que este valor es, por ahora, solo tentativo.

Como tal modelo, parte de la específica y personal filosofía de la vida que se tenga, cuyo producto se concreta en un paquete de actitudes que, con el tiempo, se mudan y encarnan en forma de conductas que constituyen un estilo de vida específico para cada sujeto, que estará más o menos acorde con los principios de la salud.

Hemos visto la validez del sentido de coherencia como un constructo heurístico. Pero conviene interpretarlo bien, puesto que tener un fuerte o un débil sentido de coherencia, por sí sólo, resulta insuficiente. Una persona puede tener, por ejemplo, un fuerte sentimiento de confianza acerca de sus posibilidades de control sobre ciertos eventos ambientales (elementos que entran en la definición de sentido de coherencia). En apariencia, un sujeto así tiene un fuerte sentido de coherencia y, sin embargo, puede ser una persona enormemente incoherente. Pongo por caso el ejemplo de un paciente psiquiátrico con un cuadro delirante con vivencias de omnipotencia. Una persona como la del ejemplo tiene la convicción de que puede controlar con su pensamiento el tráfico de una gran ciudad. ¿Hay algo más incoherente que esto? Lo mismo podría concluirse del análisis de ciertas circunstancias históricas. El sentido de coherencia de los ciudadanos de la Alemania nazi era muy fuerte (hacer una Alemania fuerte capaz de contro-

lar a toda Europa) y, no obstante, la historia ha demostrado su gran incoherencia.

En el otro extremo estaría la debilidad del sentido de coherencia: por ejemplo, en un paciente fóbico. Estando persuadido como está el paciente fóbico de su incapacidad para controlar los estímulos fóbicos (sentido de incoherencia), no obstante, desarrolla habilidades y estrategias comportamentales que le permiten adaptarse a su problema, para disminuir así su vulnerabilidad frente al flujo estimular fobógeno. Lo que puede interpretarse como un sentido de coherencia débil (en tanto que no tolera la ambigüedad estimular) y a la vez fuerte (en tanto que le sirve para adaptarse y disminuir su ansiedad).

No basta, pues, con afirmar que es conveniente para la salud tener un fuerte sentido de coherencia; de lo contrario cualquier persona sectaria o autoritaria sería, por definición, la persona más sana. Frente a ella los intelectuales, por sus tendencias a la duda y a la problematización, serían considerados, desde esta perspectiva, como personas habitualmente enfermas.

Antonowsky (1984) ha distinguido en el sentido de coherencia los tres componentes siguientes:

a) *Comprensibilidad*. El sujeto ve el mundo como algo comprensible, lo que supone desde el punto de vista cognitivo que la información que recibe es ordenada, clara, consistente y estructurada. Una información de esta naturaleza le permite desarrollar el sentimiento de confianza en sí mismo, por cuya virtud podrá hacer frente con cierto éxito, a cualquier situación. Un mundo percibido a sí tiene sentido y, por consiguiente, la persona se siente segura en esas situaciones, lo que le lleva a percibirse así mismo con una gran autoeficacia (Bandura, 1977).

b) *Manejabilidad*. Este concepto es equivalente al del sentido de competencia (White, 1963), lugar de control internalista (Rotter, 1966), autocontrol (Kobassa, 4 cols, 1981), y sentimiento de poder (Seeman y cols. 1981). La manejabilidad genera la autoconfianza, a cuyo través el individuo percibe las situaciones como algo que le está fácilmente sometido. Este concepto se opone al de indefensión y desvalimiento.

c) *Significación*. Es el tercer componente del sentido de coherencia y traduce el correlato emocional de la comprensibilidad. Cuando una persona dice que algo tiene sentido, cognitivamente significa que aquella información es ordenada y que, emocionalmente, esa información es significativa y valiosa.

Estos tres componentes no tienen porqué darse homogéneamente saturados. Puede ocurrir que una situación se perciba como manejable, aunque no sea del todo comprensible ni asignificativa. De ordinario, sin embargo, la robustez del sentido de coherencia implicará ciertas similitudes en la fuerza e intensidad de estos tres componentes.

Desde esta perspectiva un fuerte sentido de coherencia implica la prontitud y fácil voluntariedad para explotar a fondo las disposiciones potenciales que un sujeto tiene, de manera que afronte de forma adaptativa una situación problemática. Como puede observarse el sentido de coherencia es también un modelo inferencial, por cuanto que de él se infiere una capacidad para operar en el ambiente, disminuyendo la vulnerabilidad y aumentando la eficacia del sujeto (Henry, 1982). Desconocemos, no obstante, cuál es la génesis del sentido

de coherencia. Antonovsky considera que las raíces del sentido de coherencia están en la experiencia de la vida, considerando a ésta, especialmente, desde las tres características siguientes: Consistencia, balanceo de esas experiencias respecto de nuestras capacidades y participación en la toma de decisiones. La *consistencia* traduciría la homogeneidad y la conveniencia de las experiencias que nos da la vida, desde la infancia, de modo que nos permite predecir, según un cierto continuismo biográfico, cuál será nuestro futuro comportamiento. La consistencia está fuertemente vinculada a la comprensibilidad, componente del sentido de coherencia.

Las experiencias de la vida, resultarán de una y otra forma para la persona, en función de que sean *apropiadas o no a sus capacidades*. Lo que aburre a un niño puede hacer que un anciano se sienta agobiado. La situación estimular puede ser la misma; la experiencia de la vida a través de esa situación estimular, no. La privación emocional como experiencia de la vida, tiene, por ejemplo, diferentes efectos en un niño, en un hombre adulto y en un anciano. La solución de un determinado problema puede resultar agobiante para un sujeto, mientras que para otro puede transformarse en un entretenimiento.

La mayor o menor participación en los *procesos de decisión* cambian por completo el significado de nuestra experiencia de la vida. Entre otras cosas porque toda decisión compromete a quien decide con lo decidido, estableciendo un *feed-back* entre la libertad y la responsabilidad personal. Un mismo suceso puede experimentarse como una enriquecedora experiencia de la vida o como un frustrante suceso, en función de que los haya elegido o no el propio sujeto.

El sentido de coherencia ha de ajustarse a la ambigüedad estimular de nuestra actual cultura. Los macrocambios sociales pueden tolerarse mejor o peor, en función de los microcambios comportamentales cotidianos. ¿Quién empuja a quién? ¿Quién se resiste a qué?

En todo caso puede resultar difícil ensamblar un fuerte sentido de coherencia con una resistente tolerancia a la ambigüedad estimular del medio.

Las consecuencias que para la salud tiene el sentido de coherencia son muy numerosas e importantes.

Pondré un ejemplo. Dados los actuales comportamientos de los profesionales de la salud, ¿qué resulta más conveniente para el enfermo hospitalizado, tener un fuerte o un débil sentido de coherencia? La hospitalización, tal y como hoy funciona, implica en el enfermo abandonarse a lo institucional, perder el control de su conducta, entregarse a la pasividad, admitir que lo tiene que curar porque él, por sí mismo, no puede curarse; es decir, una cierta irresponsividad frente a sus propias respuestas y una ausencia de autocontrol, lo que es sinónimo de una relativa irresponsabilidad (e irresponsividad) frente a su salud. Supongamos que una persona con un fuerte sentido de coherencia es hospitalizada. Esta característica, que en principio nos parecía como muy conveniente para el autocontrol de la propia salud, puede resultar nefasta en el caso de la hospitalización, mientras que, precisamente, las personas con un débil sentido de coherencia se adaptan y aceptan mejor la hospitalización. El enfermo hospitalizado muy difícilmente participa en la toma de decisiones respecto del tratamiento que se le aplica. Además, la información

que recibe es cualquier cosa menos ordenada, clara y comprensible. La ambigüedad de la información, la adaptación que se le exige frente a un medio vivido como hostil y extraño y la escasa participación en la toma de decisiones, puede incrementar su ansiedad. También en este caso --y mientras que no cambien las condiciones de la hospitalización-- un débil sentido de coherencia es, paradójicamente, un buen indicador potencial de salud en la adaptación al medio hospitalario.

Si hacemos chocar los *modelos patogénico y salutogénico*, repararemos enseguida en las *diferencias* que los separan y que, siguiendo a Antonovsky (1984), resumo a continuación:

1. El modelo patogénico introduce la dicotomía sano/enfermo, formalizando luego cada una de estas categorías como conceptos excluyentes que nada tienen en común.

2. La formulación específica de la patogénesis deja fuera de foco la consideración de otros factores causales que están presentes en la génesis de esa alteración, pero que acaso sean muy difíciles de desvelar, precisamente porque no sintonizan con el modelo patogénico (estilo de vida, actitudes frente a la salud, etc.).

3. El modelo patogénico, en tanto que modelo causal, resulta insatisfactorio para explicar la salud. Este modelo procede del siguiente modo: primero busca la causa de una determinada alteración; luego busca los síntomas producidos por aquella causa y, finalmente, ataca la enfermedad para reducir su sintomatología. Con este modo de proceder resulta muy difícil tratar de explicar la génesis de la salud. Bastaría con buscar el modo de mejorar la forma en que un organismo se enfrenta con la supuesta causa o situación patógena, para conseguir una aproximación a la salud de mayor eficacia explicativa.

4. El modelo patogénico, aunque conoce la existencia de los factores estresantes, en la práctica, sin embargo, se desentiende de ellos. En primer lugar, porque resulta incómodo operar con unos factores cuya naturaleza es muy ambigua y cuyas consecuencias no son isomórficas para la patología, sino más bien muy plurales y diversas para unos y otros organismos. Y, en segundo lugar, porque esos factores estresantes pueblan el ambiente (que no siendo determinista sí que puede modificarse), pero frente al cuál el clínico se encuentra desvalido y considera que no es competencia suya esa modificación ambiental.

5. El modelo patogénico aminora y relativiza la importancia de los factores conductuales. Acostumbrado como está a habérselas con hechos patológicos, se desentiende por completo, por ejemplo, del autocontrol, a pesar de que el origen mismo de ciertos hábitos comportamentales patogénicos resida en aquél.

6. El modelo patogénico, ciertamente, vincula conductas patógenas y enfermedades, comportamientos erróneos y riesgo patológico. Pero al enfatizar lo patogénico se olvida de establecer otras articulaciones, acaso mucho más importantes para la salud, como, por ejemplo, los comportamientos ajustados y la esperanza de vida. Es curioso que sólo se hable de síntomas patológicos y no de síntomas de salud (*thesymptoms of wellness*; Brown, 1981). A pesar de que estos últimos sean tan importantes como aquéllos para el diagnóstico de salud y, en cierto modo, constituyan una imagen

invertida de aquellos, con lo que al menos, acomodativamente, pudieran corresponderse.

7. El modelo salutogénico establece una dimensión continuista entre salud-enfermedad o salud fácil (*health-ease*) y salud difícil o enfermedad (*health-disease*). Este continuismo está más en consonancia con lo que de hecho sucede en la sociedad. Cada persona tiene diferente grado de facilidad/dificultad para gozar de las diferentes parcelas o áreas en que puede dividirse la salud. Una persona, por ejemplo, puede estar completamente sana y, sin embargo, por el tabaquismo que padece, tener un mayor grado de dificultad para alcanzar la salud de su aparato respiratorio, en comparación con la salud de que goza su aparato digestivo.

8. El modelo salutogénico concede más atención a los factores generales de la salud que a los factores específicos. Precisamente por el continuismo salud-enfermedad de que parte, este modelo se interesa más por aquellas condiciones generales que están implicadas en el hecho de la salud, desentendiéndose, por contra, de los factores específicos de los que depende la enfermedad (los cuáles, en cambio, aparecen subrayados en el modelo patogénico).

9. El modelo salutogénico es ante todo un modelo *anticipatorio*; es decir, se interesa por anticipar cuáles son las estrategias comportamentales más idóneas (por ejemplo, los modos de afrontamiento del estrés) para hacer estable u optimizar la salud. El modelo patogénico, en cambio, es un modelo *futurizador*, por cuanto que estudia aquellos factores patológicos específicos que, de prolongarse, serán capaces de generar una determinada enfermedad.

10. El modelo salutogénico es un modelo *cooperativista* por cuanto que en lugar de tratar de evitar la presencia de factores patógenos --por otra parte, muy difíciles de evitar-- trata de cooperar con ellos, de convivir con ellos de modo que manejándolos no sean tan nocivos. El modelo salutogénico no trata a toda costa de evitar el estrés sino que se ocupa de cómo vivir mejor con ese estrés que no estamos seguros de poder evitar. El modelo patogénico, en cambio, es un modelo fundamentalmente *evitativo* en tanto que apunta a evitar a escapar de aquellos factores que específicamente han demostrado ser patógenos.

11. El modelo salutogénico es un modelo *adaptativo*; lo que le importa es que el comportamiento se adapte al medio, de manera que precisamente por esa adaptación, la salud sea posible. El modelo patogénico es un modelo *punitivo* por cuanto que su objetivo es la lucha contra la enfermedad.

12. Por último, el modelo salutogénico es un modelo *personalizado y relativista*. Personalizado, porque persigue la conquista de la salud para cada persona concreta. Relativista, porque relativiza los riesgos en función de las variables que caracterizan a cada persona en concreto. Desde esta perspectiva el modelo salutogénico es más flexible que el modelo patogénico, que al entender de patologías específicas acaba por rigidificarse e imponer sus generalizaciones, sin tener en cuenta las variables individuales específicas del sujeto.

Como Antonoswky (1984) señala, no se trata tanto de abandonar el paradigma patogénico (cuya utilidad para la salud es manifiesta), como de limitar sus aplicaciones al ámbito de la salud, de manera que su uso no sea para ésta abusivo.

Se trata más bien de analizar las consecuencias que se derivan para la salud de uno y otro paradigma, de manera que, en función de cuáles sean esas consecuencias, pueda determinarse en cada caso cuál de ellos sirve mejor para la prevención de las enfermedades y la educación en la salud.

De otra parte, rechazar totalmente la dicotomía salud/enfermedad sólo es posible teóricamente, pero no en la práctica. Si con ese rechazo lo que se pretende afirmar es que usando de esa dicotomía no se potencia la salud, estamos de acuerdo; pero si lo que se pretende es diluir la frontera que separa la enfermedad de la salud no se acaba de entender en qué puede beneficiar eso a la salud.

El continuismo salud fácil-salud difícil (*ease-disease*), sólo es apropiado en la medida en que sirve para identificar mejor la posición de cada sujeto y de ese modo ayudarle más fácilmente a mejorar su salud. Tal continuismo, sin embargo, es un tanto artificial y podría generar fatales consecuencias si, abusando de su uso, se consiguiera disolver la frontera existente entre la salud y la enfermedad.

Metasalud

A pesar de todas las innovaciones que ha supuesto el concepto de salud conductual, son también muchos los problemas generados por este peculiar punto de vista, tanto en relación con su posible eficacia práctica, como respecto de su rigor científico.

De ahí que Burt (1984) haya propuesto el término de *Metahealth*, de metasalud, para significar el conjunto de suposiciones que sin estar probadas --algunas de ellas, por el momento, no pueden ni verificarse ni refutarse-- constituyen, sin embargo, principios y fundamentos de la salud comportamental. *El futuro de la salud conductual y de la metasalud* --escribe Burt, 1984, p. 1241-- están *inextricablemente unidos*.

En la salud comportamental se nos recomienda un cierto control alimentario para no vivir con una alta tasa de colesterol; en prevención de que nuestro hígado enferme se nos anima a conducirnos como abstemios; para conservar la salud de nuestra dentadura se nos disuade de comer dulces; para evitar los accidentes parece ser más conveniente no conducir vehículos; y para que el enfisema y el cáncer de pulmón no acaben con nuestra vida se nos presiona para que dejemos de fumar.

Para hacer más fácil las anteriores propuestas comportamentales, se nos hace creer que cada persona es dueña de su destino y que nos apropiaremos o no de éste o aquél destino en función de que controlemos o no nuestro comportamiento y las influencias del vasto flujo estimular del ambiente en que estamos inmersos. Este planteamiento parece chocar con otras variables, cuya presentación casi siempre se escamotea. Me refiero, por ejemplo, a ciertos deseos, cuya satisfacción necesariamente exige la puesta en marcha de las conductas anteriormente detectadas. El psicólogo de la salud acaso nos enseñe a comportarnos más higiénicamente, para vivir más años; a conocer mejor los factores de riesgo que nos hacen más vulnerables frente a ciertas enfermedades; y tal vez llegue incluso a modificar nuestras atribuciones --y las convicciones persona-

les que sobre aquéllas descansan--, de manera que incrementemos el autocontrol comportamental.

Pero el psicólogo de la salud omite en sus planteamientos algunas explicaciones completamente irrenunciabiles. Por ejemplo, que en su modelo, la cantidad de vida (la duración de la vida) es más importante que la calidad de vida; que la vida es más un fin que un medio; que vivir más tiempo es más sano que la satisfacción de nuestros deseos. El psicólogo de la conducta parte de esos supuestos --sin los cuales el modelo comportamental que nos propone no quedaría fundamentado-- cuya verdad o falsedad, por otra parte, no puede verificarse ni refutar. Esos supuestos son irrenunciabiles en este plantamiento por cuanto que encarnan *valores* frente a los cuáles cada hombre, libremente, debe optar. El encubrimiento, probablemente no intencional, de la axiología que está a la base de las conductas aconsejadas como más convenientes, aminora en cada hombre sus posibilidades de elegir, es decir, supone una importante renuncia a la libertad personal. El psicólogo de la salud --continúa Burt-- haría mejor en desvelar esos presupuestos no probados, además de enseñar a su clientela las estrategias necesarias para cambiar su comportamiento frente a la salud, en función de los valores que libremente elija. El psicólogo de la salud no puede ignorar, en la práctica, las forzosas opciones que frente a la consecución del placer cada persona realiza.

Supongamos que para una persona la vida tiene un valor de medio y no de fin, y considera como un fin el éxito, fin al que debe ordenarse el medio que es su vida. Una persona que opte por el éxito como supremo valor, difícilmente admitiría la posibilidad de un estilo de vida cuyo fin no es otro que alcanzar la longevidad. El no quiere morir de viejo sino que todo el mundo reconozca su valía personal, poco importa el precio que tenga que pagar por ello. En una persona como la descrita líneas atrás, la implantación de comportamientos tendentes a mantener y mejorar la salud puede llegar a ser muy difícil.

El psicólogo de la salud debe saber que con su intervención contribuye a cambiar la voluntad de su cliente, aunque para ello no disponga --tampoco se lo ha planteado-- de su explícito consentimiento. De ahí que su labor sea muy frecuentemente persuasiva, velada y atribucional. El psicólogo de la salud también atribuye, puesto que no ha podido ni verificar, que la longevidad sea el supremo valor al que el hombre debe someter su vida con tal de alcanzarlo. Pero este valor indemostrado es muy discutible, sobre todo si nos atenemos a lo que sucede en el presente con las personas de la tercera edad. ¿Vale la pena dejar de fumar, dormir cada noche ocho horas, hacer *footing* todos los días y dejar de beber, para más tarde jubilarse a los 60 años, ser considerado un estorbo por los familiares y habitar un asilo durante los 20 últimos años de su vida?

No es que se plantee la salud comportamental como algo enfrentado al placer comportamental. Entre otras cosas porque fumar, beber, etc., ni son placeres absolutos ni constituyen para todos los seres humanos un bloque homogéneo de deseos placenteros. Por otra parte, gozar de buena salud --aunque quienes gozan de ella apenas si son conscientes de ese gozo mientras dura--, sí que puede considerarse también como un placer. Por consiguiente, discrepo del forzado enfrentamiento a que Burt somete la salud comportamental y el

placer comportamental. Entre ellos asistimos hoy a un conflicto, muy generalizado entre nuestros ciudadanos. Pero la presentación como conflicto no se debe tanto a que esté muy bien tipificado qué es y qué no es el placer, sino más bien los valores disponibles en determinado momento cultural, por los que el hombre opta.

Por otra parte, continuamos ignorando si la salud es un estado de bienestar, una particular actitud ante la vida, el modo de enriquecer la calidad de nuestra vida o el modo de alargar la cantidad de nuestras vidas. ¿Puede programarse y enseñarse la salud comportamental, cuando no estamos plenamente de acuerdo en qué entendemos por salud? ¿Puede promocionarse la salud comportamental, sin resolverse previamente los supuestos de que se parte? En estas cuestiones, Burt tiene toda la razón. Cuestiones como éstas son críticas para el éxito futuro de la salud comportamental. De aquí la importancia que en el futuro ha de tener el estudio de la metasalud. El problema desborda el ámbito comportamental, por cuanto tiene importantes implicaciones éticas que, por ahora, no pueden ser suficientemente explicadas desde la ciencia.

Es necesario estudiar las inferencias y atribuciones que sostienen esas presunciones, tanto entre los psicólogos de la salud como entre sus clientes potenciales. No se olvide que estos presupuestos --mejor o peor enraizados en la realidad--, pueden cambiar, suplantar y/o modificar a la misma realidad. Lo que cada persona presupone, atribuye e infiere respecto de su conducta, en relación con la salud, afecta tanto a su comportamiento como al conocimiento de la realidad, a pesar de que esas presunciones, inferencias y atribuciones no sean verdaderas. Pero si desconocemos cuáles son estas presunciones, en función de qué principios podemos exigir a una persona que abandone o modifique su conducta --que luche con todo esfuerzo al precio de tantas privaciones--, sin que esté aún fundamentado el principio --sin conocerlo todavía-- que, según parece (siempre, según las apariencias que aparecen) lo aconseja como más conveniente.

Burt afirma que el problema más inmediato que ha de resolver la salud comportamental consiste en conocer los supuestos y atribuciones de que parte en sus planteamientos el psicólogo de la salud. Y, en segundo lugar, en tratar de resolver ese metafactor constituido por las suposiciones y atribuciones que cada persona tiene respecto de la enfermedad y de la salud.

A pesar de la eficacia que el autocontrol comportamental tiene, hay que señalar que estamos lejos de conocer cuáles serán las consecuencias futuras de configurar, con esas suposiciones, éste o aquel estilo atribucional en determinada persona.

Un excesivo énfasis en el autocontrol comportamental podría hacer crecer en el cliente un desadaptativo sentimiento de omnipotencia; del mismo modo, la renuncia al autocontrol comportamental podría hundirle en la indefensión y desvalimiento más desesperados. Recuérdese que las atribuciones son, según parece, una importante causa en la génesis de nuestra conducta. Por consiguiente, mientras que éstas no se identifiquen y/o cambien, difícilmente podrá conseguirse el deseado cambio comportamental, que tan necesario se nos aparece para los fines preventivos. Tan utópico es atribuir al hombre el ser dueño de su propio destino, como considerarle desvalido para hacer frente a su propio

comportamiento. Las actitudes de omnipotencia también aquí, respecto de la salud, pueden ser nefastas, por cuanto si la salud depende de la conducta y frente a ésta nos percibimos como omnipotentes, la emergencia de una enfermedad será mucho más frustrante e inexplicable, a la vez que se arruinan las atribuciones que teníamos respecto del mismo autocontrol.

Los ejemplos podrían multiplicarse, tanto respecto de la prevención «natural» de ciertas enfermedades, como respecto del modo en que creemos que optimizamos nuestra salud.

Hay personas que atribuyen al alcohol los efectos de un fármaco vasodilatador de las coronarias. La evidencia experimental demuestra, en cambio, que el alcohol es sí, un vasodilatador de la circulación periférica, simultáneamente que un vasoconstrictor específico de las coronarias. Personas con una cardiopatía que consumen alcohol, a causa de estas atribuciones, desconocen que al consumirlo sirvan a su corazón en las peores condiciones de funcionamiento, por cuanto que ha de trabajar más (por la vasodilatación periférica) con menos aporte de oxígeno (por la vasoconstricción coronaria).

En otras personas hemos encontrado una enorme resistencia a guardar cama cuando enferman, lo que actualmente se interpreta como un importante indicador de falta de autocuidado en el ámbito de la salud comportamental. Quedé muy sorprendido cuando descubrí cuáles eran las atribuciones de esos pacientes, generalmente personas ancianas. Consideraban que si guardaban cama, ya no se levantarían jamás; que mientras estuviesen de pie, más difícil sería a la muerte robarles su vida.

Las consultas al horóscopo y las visitas a los curanderos (se estima que hay más de 40.000 curanderos «en ejercicio», en un país Vecino) manifiestan la importancia de estas atribuciones, que suelen ser tanto más frecuentes (paradójicamente), cuanto mayor es el nivel cultural y el poder adquisitivo de las personas.

Por poner otro ejemplo de nuestro país: el reuma, la gripe, el insomnio, e incluso la depresión, «pueden» aliviarse y/o prevenirse, según creen algunos, usando una pulsera de cobre semiabierta que termina en dos esferas de un metal diferente. En los últimos cinco años este uso se ha generalizado, incrementándose las ventas de este extraño producto (que se expende también en farmacias).

La inmunogénesis conductual ha subrayado la importancia que tiene para la salud de la persona el tomar sus propias decisiones respecto del trabajo, por cuanto que esto aumentaría su sentido de coherencia, disminuyendo su vulnerabilidad frente al estrés y aumentando su autocontrol comportamental. Esta participación en la toma de decisiones tiene una gran importancia, porque ayudaría además a estructurar el trabajo de manera que éste fuese más consistente y manejable, respecto de lo que se espera de él, simultáneamente que contribuiría a identificar y reducir los factores estresantes negativo que le acompañan. El conocimiento de la totalidad del proceso laboral serviría además para extender un espíritu más cooperativo entre los trabajadores, puesto que conocerían también otras posibles consecuencias negativas que de su trabajo pueden derivarse para sus compañeros.

Pues bien, este hecho que formulado así parece

incontrovertible, en absoluto lo es si consideramos el resultado de otras investigaciones.

Hoy sabemos, hasta el punto de ser un tópico, que los profesionales que se ven obligados por su trabajo a tomar prontas e importantes decisiones --un ejecutivo, por ejemplo-- tienen más alto riesgo de padecer estrés que quienes no se ven forzados a esta tarea. Experimentalmente se probó también (los trabajos de Harlow con sus famosos *monos ejecutivos*) que estos sujetos padecían más frecuentemente úlceras de estómago al depender de ellos la «decisión» de emitir una operante para controlar o evitar la administración de un estímulo aversivo.

No está pues claro el hecho de que la participación en la toma de decisiones disminuya el estrés y optimice el comportamiento adaptativo.

Como tampoco está claro que la sobrecarga en el trabajo sea siempre estresante, mientras que la ausencia del trabajo mejora la salud. De hecho, las personas en paro sufren tanto o más estrés que las personas pluriempleadas.

Son muchas las variables que intervienen, como hemos visto líneas atrás, en el mantenimiento de la salud. De ahí que no dispongamos de «recetas» simplificadas --tan simplificada como reduccionalista-- para promocionar, de forma generalizada, la salud entre los ciudadanos.

El futuro de las investigaciones sobre la salud conductual ha de pasar por la psicología de la atribución, si de verdad la salud comportamental quiere ser eficaz.

Todavía hoy desconocemos la raíz de muchas suposiciones que, no obstante, interfieren, moldean y acaban configurando nuestro comportamiento frente a la salud. Hay personas, por ejemplo, que están conformes, al menos teóricamente, con morir cuando les llegue su momento; otras, que consideran la salud como un fin por lo que escamotean su exposición a cualquier situación estresante; otras, que consideran que la salud sólo depende del azar y de la suerte que se tenga. Hay quienes consideran que vale la pena cuidarse y renunciar a los placeres para vivir más tiempo; otros, que optan por estrujar la vida viviéndola «a tope», aunque por ello vivan menos años; algunos, que consideran la enfermedad como un castigo; otros, que se atribuyen un gran control sobre su estado de salud; otros, que identifican la salud y la enfermedad como necesarias consecuencias del estilo comportamental que tienen; y otros, al fin, que consideran que su estado de salud es totalmente independiente de su comportamiento.

Estas y otras posibles tipologías --por otra parte bien arraigadas entre nosotros-- forzosamente han de generar una mayor o menor adherencia a los programas de promoción de la salud comportamental. De aquí la importancia que en el futuro ha de tener la investigación sobre estos temas, a los que Burt incluye bajo el concepto de metasalud.

Referencias

- ANTTONOWSKY, A.: *Health stress and coping*. San Francisco: Jossey-Rass, 1979.
- ANTTONOWSKY, A.: *The sense of coherence as a determinant of health*. Chapter 7. Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheba, Israel, 1984.

- BANDURA, A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliff, N.J.: Prentice-Hall, 1977.
- BROWN, J.: An incentive based Employee Fitness Program. *Health Education*, 1981, 12,2, 23-24.
- BURT, J.J.: *Metahealth: A challenge for the future*. Chapter 95. University of Maryland, 1984.
- COLLINS, R.L. MARLATT, G.A.: Social modeling as a determinant of drinking behavior: Implications for the prevention and treatment. *Addictive Behaviors*, 1981, 6, 233-239.
- DONOVAN, J.E., JESSOR, R., JESSOR, L.: Problem Drinking in adolescent and young adulthood: A follow up study: *Journal of studies of alcohol*. 1983, in press.
- HENRY, J.P.: The Relation of social to biological processes in disease. *Social Science and Medicine* 1982, 16, 369-380.
- JESSOR, R., JESSOR, L.: Adolescence to young adulthood: A twelve year prospective study of problem behavior and psychological development In S.A. Medneck, M. Harvard (Eds.), *Longitudinal Research in the United States*. Boston: Martinus Nijhoff, 1982.
- KOBASA, S.C., MADDI, S.R., COURINTONG, S.: Personality and Constitution as mediators in the stress illness relationship: *Journal of Health and social Behavior*, 1981, 22, 368-378.
- MATARAZZO, J.D.: Behavioral Health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology: *American Psychologist*, 1980, 35, 807-817.
- MATARAZZO, J.D.: Behavioral health challenge to academic, scientific and professional psychology: *American psychologist*, 1982, 37, 1-14.
- MILLS, K.C., PFAFFENBERG, B., McCARTHY, D.: Guidelines for alcohol abuse prevention on the college campus: *Journal of Higher Education*, 1981, 52, 399-414.
- RAHE, R.H., ARTHUR, R.J.: Life change and illness studies: Past history and future directions. *Journal of human stress*, 1978, 4, 1, 3-15.
- ROTTER, J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966, 80.
- WHITE, R.M.: Sense of interpersonal competence: Two cases studies and some reflections on origins In R.W. White (Ed.) *The study of lives*. Chicago: Aldine, 1963.