

XIV CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA.

"COMPONENTES SUBJETIVOS DE LAS CONDUCTAS DE SALUD".

José Manuel García Arroyo (1); María Luisa Domínguez López (2); Pedro Fernández-Argüelles Vinteño (3); Olga García López (4).

Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Sevilla.

1. Introducción.

Definir la "salud" es una empresa problemática, de ahí que en el pasado se hayan realizado numerosos intentos y como resultado se obtuvieron diferentes presentaciones, dependientes del momento histórico en que se hicieron. En realidad ha sido la práctica médica del momento, y la correspondiente visión del profesional de la medicina, la que en cada ocasión ha matizado las diferentes concepciones.

La primera definición con la que contamos especifica que la salud es la "ausencia de enfermedad" y tiene que ver con la dedicación de la medicina, en ese preciso instante, a curar al enfermo, contemplándolo desde un prisma exclusivamente biológico, ésto es como "organismo alterado". Se añade que la enfermedad es un estado relativamente fácil de percibir, pues se acompaña de manifestaciones sintomáticas ostensibles para quien los padece, mientras tanto el estado de salud pasa completamente desapercibido pues nadie piensa en que se encuentra sano cuando lo está y, en cambio, sí que se reflexiona acerca de la pérdida de la salud al enfermar. Por tanto, el indicador básico de esta primera definición es el síntoma, que ocasiona un malestar y altera el estado de "tranquilidad" del cuerpo. Leriche había dicho que "la salud es la vida en el silencio de los órganos" (1).

Con el correr del tiempo, los médicos se dieron cuenta de que la labor médica no podía centrarse solo en la curación, sino que era factible poner medios para que la enfermedad no se produjera, acción que disminuía el coste tanto en vidas como económico. En este contexto surgió una definición "positiva" de la salud y así, en el Congreso de Constitución de la OMS se la entendía como: "el estado completo de bienestar físico, mental y social y no la ausencia de enfermedad". La novedad consistió en que se negaba una negación: "salud no es no enfermedad sino ...", al tiempo que se incluyeron los aspectos psicológicos y sociales y, sobre todo, se ingresa al "sujeto" en el campo de la salud, reconociéndose la experiencia personal ("bienestar"). Además, esta nueva idea incluía al sujeto en una comunidad, haciendo dependiente la salud del grupo en el que el individuo se desenvolvía y considerando los aspectos relacionales.

A partir de ahí se produjeron muchas más definiciones de la salud, pero nos quedamos con una que parece prometedora: "el nivel más alto de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permiten los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad" (2). Con ésta nueva reformulación se indican dos cosas: a) la posibilidad de adquirir cierto nivel de salud que no puede ser "absoluto" o "total", y b) se establecen límites a la salud dependiendo de las condiciones medio-ambientales (p. ej. si vivimos en un lugar donde existen condiciones poco salubres, es posible contraer más enfermedades) y psicosociales (p. ej. si nos desarrollamos en un medio culturalmente deprimido se pueden descubrir más conductas insalubres debido al desconocimiento) (ver Esquema 1).

Se trata, por consiguiente, de una visión mucho más psicológica e integradora que aquellas otras que atendían tan solo a las conexiones del organismo con su medio, donde solo se consideraban las condiciones higiénicas, ecológicas, etc. Se presenta, en esta línea, una visión de la salud como una problemática amplia y compleja que incluye al sujeto como responsable directo de su "estado de bienestar". Ahí es donde hacen su entrada las "conductas de salud" a las que este trabajo está dedicado.

En efecto, si la salud es más que un estado orgánico, es un "proceso de optimización" en el que interviene la persona con sus costumbres, hábitos, conocimientos, metas, valores, expectativas, creencias, etc, entonces, tendremos que pensar que se pueden asumir ciertos cambios necesarios para lograr el "bienestar". De este modo, el individuo se convierte en agente que direcciona a su organismo hacia la salud o la enfermedad.

El trabajo que ahora presentamos intenta responder a la pregunta sobre cómo un sujeto puede intervenir en su propia salud. Hemos visto que los modelos antiguos no responden a esta cuestión porque aquel no aparece por ningún sitio, pues el organismo sano no era objeto de intervención médica alguna, pero el cambio que incluyeron las acciones preventivas hizo que mantener la salud también fuera un objetivo del médico. Desde el punto de vista psicológico, se desprenden de ahí dos tendencias: 1) la que atiende a los factores sociales que intervienen, a menudo confundidos en la literatura con los ecológicos o provenientes del medio físico y 2) la que trata a la persona tan solo en lo relativo a sus conductas, que se hallan en el centro del panorama psicológico.

En consecuencia, se trata de modificar el medio y de cambiar los comportamientos. Como vemos, en ambos casos se desprecia el "mundo interior" de la persona, la subjetividad. En cambio, si tenemos en cuenta estos aspectos íntimos o personales, estamos haciendo una

integración plena del sujeto en la salud. Entonces, surge una pregunta: ¿por qué nadie se ha ocupado de los aspectos subjetivos de estos procesos, si la OMS los ha insinuado? La respuesta es que se trata, por un lado, de una cuestión práctica pues resulta mucho más sencillo cambiar ciertos mensajes sociales o modificar algunas conductas mediante pautas, y también, por otro, de una cuestión teórica, como veremos seguidamente.

Nuestra propuesta aquí consiste en que el término "conducta de salud" está bien, pero no vamos a quedarnos solo en la "exterioridad" que supone este concepto, sino que vamos a estudiar el "correlato interno" de cualquier conducta de salud y cómo puede asimilarse subjetivamente. No está de más recordar que la conducta de salud ha sido definida como "comportamientos promotores o protectores de la salud, que tienen una función básicamente preventiva" (3).

Esta pretensión entra de lleno en el ámbito de la Psicología Médica, entendida como la "psicología de la práctica médica" (4). Trátase de una inclusión que se sostiene en que las directrices derivadas de esta disciplina deben acompañar a todo acto médico (1) y, precisamente, las actuaciones del profesional de la medicina han pasado de ser exclusivamente curativas a convertirse en preventivas y promotoras de la salud. Luego, cualquier contingencia en la que participe el médico debe acompañarse de una identificación de las eventualidades psicológicas que pudieran presentarse. Ello supone una ampliación de los objetivos clásicos de la Psicología Médica de acuerdo con premisas más actuales acerca de que el médico no debe ocuparse exclusivamente del enfermar, sino de otras actividades relacionadas con la consecución de la salud. Evidentemente, entre estas actuaciones hay que incluir las "conductas de salud" y al sujeto que las ejecuta.

No creemos que este posicionamiento vaya a desdiferenciar a la Psicología Médica, asimilándola a otras disciplinas, como podría ser el caso de la Psicología de la Salud. Existen tres diferencias entre ambas, que hemos de tener en cuenta:

1º) Respecto al objetivo. El de la Psicología Médica no reside exclusivamente el estudio de la conducta o de las cogniciones que la acompañan, sino que va más allá porque se centra en el plano subjetivo. No dejan de considerar los elementos externos, pero se busca aquello que los sostiene. Al respecto, dice Alonso Fernández: "Para la psicología médica el sujeto es un "tú"... una persona considerada en su subjetividad" (4).

2º) Respecto al método. La psicología médica tradicionalmente se sustenta en el análisis, la comprensión y la interpretación. Los dos primeros derivan de la

fenomenología, tal como fue presentada por Jaspers (5), y el tercero por el psicoanálisis, territorio tradicionalmente médico desarrollado por Freud y después reinventado por Lacan (6). Estas posiciones, particularmente las psicoanalíticas, han sido despreciadas por la mayoría de las facultades de psicología en un intento de hacer ciencia a costa de eliminar el material más genuino del hombre (7). La psicología de la salud, por lo tanto, se mueve en el paradigma cognitivo-conductual, como queda reflejado en la mayoría de los textos al uso, aunque con excepciones.

3º) En relación a los medios técnicos de los que se vale, la psicología médica se basa en entrevistas espontáneas con el paciente, donde se consideran tanto los elementos técnicos como los movimientos afectivos que se producen durante las mismas. Sin embargo, la psicología de la salud emplea medios técnicos entre el paciente y el profesional, como son: pruebas, tests, cuestionarios, escalas, entrevistas estructuradas, etc (4) (ver Esquema 2).

2. Material y método.

Para estudiar los aspectos subjetivos de las conductas de salud hemos de utilizar un material humano ubicado en un contexto en el que se expresen de manera clara estos dos elementos: los comportamientos citados, en sus distintas formas, y los resortes internos de los mismos (motivacionales, desiderativos, creenciales, etc). Para este menester contamos con los pacientes que acuden a realizar psicoterapia reglada en la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla (APPS) y cuyo motivo de consulta es por síntomas leves (ansiedad, depresiones, fobias, etc) o bien, por cambios vitales difíciles de sobrellevar (divorcio, final de los estudios universitarios, separación, "nido vacío", mudanza, etc). La condición *sine qua non* para ser incluidos en esta investigación consiste en que sus producciones sintomáticas no deben ser determinantes de las conductas de salud, sino que éstas se muestran de forma paralela a la demanda de atención, pero que se tratan debido a la importancia que muestran en la vida del consultante. Contamos con un grupo de 19 pacientes en los que hemos estudiado estos fenómenos, de edades comprendidas entre los 21 y los 60 años; de ellos presentamos aquí solo cinco casos para facilitar y acortar la exposición; son los siguientes:

*** Paciente 1 (P-1).** Varón de 56 años, divorciado, consulta por las exigencias en el trabajo que le llevan a un cuadro de ansiedad reactivo. Dándose cuenta de su exceso de peso, ha comenzado todas las mañanas, cuando se levanta, a hacer movimientos de

carrera en su habitación. La duración es de 15-20 minutos. La finalidad, según indica, es "perder peso".

* **Paciente 2 (P-2)**. Varón de 38 años, casado, tiene un trabajo sedentario (informático). Consulta por no adaptarse a la vida de pareja y perder la paciencia con sus hijos. El médico de familia le prescribe caminar todas las noches, antes de cenar pues es el único momento del día en que puede hacerlo. Realiza estas acciones durante los dos meses siguientes a la indicación y los abandona después por: "trabajar todo el día y ser ese el único momento que tiene para relajarse viendo televisión y no apetecerle salir a andar".

* **Paciente 3 (P-3)**. Mujer de 42 años, consulta por síntomas depresivos reactivos a una ruptura sentimental reciente. Durante el tratamiento se plantea comenzar una dieta hipocalórica, a base de verduras y carne o pescado a la plancha, tal como le ha explicado una dietista a la que acudió. Comienza a realizarla con regularidad y finalmente abandona.

* **Paciente 4 (P-4)**. Mujer de 35 años, consulta por tener una relación conflictiva con su actual pareja. Presenta estreñimiento desde muy joven, que le provoca grandes molestias, e intenta paliarlo desde hace algún tiempo tomando kiwis. Esta conducta la realiza todos los días con resultados bastante buenos, pues le ha desaparecido el estreñimiento prácticamente por completo.

* **Paciente 5 (P-5)**. Mujer de 48 años, casada, consulta por miedo a relacionarse con los demás y depositar en su marido casi todas las iniciativas en las actividades sociales. Confiesa asustarle mucho ir al médico y la última vez que fue le aconsejó que ya era hora de hacerse controles mamarios, pues no los había hecho nunca. Accedió por el miedo que le produjo la posibilidad de padecer cáncer de mama y las secuelas de la enfermedad, una vez se las explicó su médico y obtuvo información de internet.

El método es cualitativo y consiste en realizar entrevistas semanales con los pacientes, en las que se recogen fielmente sus expresiones verbales. Se supone que estas son isomórficas con el comportamiento que realizan y con los componentes subjetivos que intervienen en aquel. Los criterios para considerar un "comportamiento saludable" son los siguientes: a) el individuo goza de buena salud y las manifestaciones por las que consulta, debido a su levedad, hacen que no podamos considerarlo enfermo en sentido estricto; a pesar de ello, nos tomamos la licencia en el texto de hablar de "pacientes", b) procura mantenerse en ese estado o realiza intentos para que la enfermedad no

aparezca y c) la realización de ciertos hábitos nocivos no es una condición excluyente.

Para lograr un registro fiel de las verbalizaciones, hace falta observar una serie de reglas durante las entrevistas:

a) Se ha de estar en una actitud atenta a cuanto el consultante exprese, dejando de lado cualquier representación que pueda interferir en la captación del discurso, incluidas teorías o autores al uso. En otro lugar, hemos llamado a esta actitud metodológica "descontaminante" pues produce un material espontáneo libre de influencias del observador (juicios de valor, creencias, ideas, preocupaciones, recuerdos,...) (8).

b) La experiencia que estudiamos es compleja, quiere decir que se halla formada por numerosos componentes psicológicos, de ahí que el proceder tenga que ser necesariamente la descomposición en elementos (análisis). Esto se constata por la cantidad de enunciados que obtenemos, donde cada uno de ellos descubre una faceta particular del problema.

c) Durante las entrevista se obtienen numerosos enunciados y, entre ellos, los más interesantes de cara a la investigación son aquellos que plasman los aspectos afectivos de la experiencia y que habitualmente no suelen expresarse en otros contextos fuera de la consulta, por distintas razones (vergüenza, temor a dañar, miedo a recibir una crítica, etc). Éstos no se presentan cuando nosotros queremos sino aleatoriamente, de ahí la necesidad de prestar mucha atención. Dado que nuestro esfuerzo no consiste en una confesión forzada ni tampoco en dirigir al paciente, hubo que tener la paciencia debida para que las expresiones sobre el problema estudiado emergieran. En otro lugar, hemos hablado de "enunciados útiles" e "inútiles" (8).

d) A medida que avanzamos en el proceso expresivo que supone la psicoterapia, los pacientes van enriqueciéndose con material verbal y así es posible observar cómo el análisis que realizan de sí mismos se hace bastante más fino. Esto se debe a que el lenguaje tiene la particularidad de poder nombrar las experiencias y al hacerlo las aclara y les da una estructura. Miller habla de "significantización" para referirse a este mecanismo (9).

Obsérvese que en ningún momento hemos hablado de emplear métodos cuantitativos (escalas, cuestionarios, tests, ...) y las razones de ello son obvias: a) cuando se le presenta al paciente cualquier cuestionario o prueba se le obliga a centrarse en el mismo, perdiéndose entonces un material verbal precioso que da cuenta de sus dificultades con las conductas de salud, al tiempo que actúa como una distracción respecto a las pretensiones de la investigación y b) las producciones subjetivas de los pacientes, como

demostramos en otros trabajos, no tienen una cualidad numérica, es decir no son de naturaleza cuantitativa sino cualitativa (10-12).

3. Resultados.

El presente estudio no consiste en una revisión bibliográfica, sino una investigación que tiene como objetivo registrar las formulaciones verbales que dan cuenta de las conductas de salud y sus conexiones internas. Para ello, las distintas frases obtenidas se han separado y reunido después en apartados, donde cada uno de ellos revela un componente subjetivo particular; algunos de ellos favorecen o mantienen dichos comportamientos, mientras que otros los limitan en su desarrollo. Vamos a estudiarlos:

3.1. Las motivaciones. En los sujetos tratados hemos hallado una serie de motivaciones para realizar las conductas de salud, pero hay que tener en cuenta que los encuestados no cuentan directamente cuál es el motor que les lleva a realizar dichos comportamientos y que obtenerlo a nivel verbal es un producto de paciente espera. Hemos separado los siguientes:

a) Cuestiones estéticas. Los paciente desean perder peso no por estar más saludables sino por un motivo estético, en concreto "parecer más joven" (**P-1**: "Tengo una barriga asquerosa que me quiero quitar, yo aún soy joven y quiero gustar"; "Lo que más deseo en esta vida es ser interesante y eso en mi caso está por encima del dinero". **P-3**: "Creo que físicamente me he abandonado un poco y eso no es bueno para mí, particularmente ahora que tengo que salir y entrar, ya que me estoy recuperando. Las mujeres cuando están en pareja se ponen como focas y yo soy una de esas").

En realidad a la mayoría de los pacientes les importa bien poco el tema de la salud (**P-1**: "A mí la salud me importa un pito, de hecho no sé como tengo el colesterol o la glucosa. Lo que quiero es ponerme chaquetitas monas y veo que no me entran. Esto para cualquiera sería una tontería, pero para mí es un drama, pues si me están bien de barriga, de hombros me quedan fatal y al contrario". **P-3**: "Más importante que la salud para mí es estar guapa. Me da vergüenza decirlo, pero a mí me gusta estar sexy. No pienso en este asunto de la salud porque creo que no estoy enferma; cuando no pueda tirar del cuerpo, ya pensaré en cuidarme más"). Se trata de una paradoja: ¿cómo es posible que una persona se afane en conseguir lo que ya tiene? Sin embargo, el asunto de la enfermedad es otra cosa distinta porque, cuando uno está en este estado, quiere conseguir lo que no posee: la salud (**P-1**: "Cuando esté malo, me preocuparé. Ahora tengo otras cosas en la cabeza". **P-3**: "Siempre he pensado que la vida es de por sí complicada como para echarle encima más cosas. Hay que vivir". **P-2**:

"Yo lo que quiero es que me dejen en paz, todo eso de estar sano es una monserga").

b) Temor a enfermar. En el **P-2** encontramos como elemento que facilita el comportamiento el miedo a padecer la enfermedad (**P-2**: "¿Por qué tengo que andar? Es sencillo: a mí me da un miedo terrible estar postrado en una cama o en un carrito. Me asustan mucho esas enfermedades que te dejan para echarle azúcar a las tortas y te tienen que dar de comer, se te cae la baba, te cagas encima, etc. Yo no podría vivir así, me pegaría un tiro"; "La verdad es que no me gustaría quedarme como un vegetal, eso es imposible de imaginar").

Estas actuaciones tienen más peso si existen antecedentes de enfermedad en la familia: (**P-2**: "Recuerdo que un tío mío se quedó fatal y era un hombre bastante activo. Cuando yo lo vi en ese estado me quedé helado, creo que tenía 8 ó 9 años... El derrame cerebral acabó completamente con su vida. Es curioso porque de este asunto no me he acordado en todo este tiempo...").

A veces el miedo es inducido por otra persona, como puede ser alguien del personal sanitario o de su medio, e incluso es posible la influencia de los medios de comunicación (**P-5**: "Cuando mi médico de cabecera me explicó cómo era el cáncer de mama y los efectos que producía, y que podía prevenirse, a mí se me heló la sangre. Desde entonces voy a hacerme mamografías de esas y me exploro el pecho con frecuencia". **P-3**: "Esta mujer me explicó qué pasa cuando una persona tiene cáncer de colon y si digo la verdad, me sobrecogió. Pero, con estas cosas del cuerpo soy muy olvidadiza... Mi primer impulso fue hacer esa dieta por el miedo, después fue otra cosa").

c) Miedo al sufrimiento. A veces no realizar la conducta saludable comporta dolor físico que provoca miedo al mismo dolor y promueve el comportamiento como forma de evitación (**P-4**: "Yo soy estreñida de toda la vida, pero ese no es el problema fundamental. El problema está en el momento en que tengo que entrar en el cuarto de baño, sufro entonces un grandísimo dolor al hacer las deposiciones"; "Aunque alguna vez me acojoné porque eché sangre, no me asusta tener cáncer porque soy joven, sino el dolor enorme que siento. Lo más importante es que voy posponiendo entrar en el cuarto de baño por lo mal que lo paso allí").

3.2. El Esfuerzo. Si la persona no presenta síntomas y se encuentra bien, es muy complicado que realice conductas de salud, debido a la energía que requieren. Si el esfuerzo a realizarlas es tolerable, es posible que se lleven a cabo (**P-1**: "Muchas mañanas no tengo ninguna gana de hacer el ejercicio, pero lo sigo haciendo, total de ahí no voy a sacar nada malo". "Puede que a lo largo de la mañana esté un poco más cansado de lo habitual, pero no hay falta de fuerzas que no quite un buen café", **P-5**: "Ahora está puesto

en mi agenda los días que tengo que hacerme la revisión y no supone para mí ningún trauma, como yo creía, y es que ya conozco al personal de allí y son muy simpáticos. Recuerde que yo me bloqueo muy pronto cuando estoy con la gente”).

En cambio, si el esfuerzo es grande lo más seguro es que dejen de realizarse (**P-2**: “Creo que vd. no puede imaginarse el empeño tan grande que hay que poner en salir a andar diariamente después de venir de trabajar... Estoy todo el día empleado a fondo con miles de historias que hay que solucionar y cuando llego a mi casa tengo ganas de tumbarme en el sofá y ver la tele. Ni siquiera me apetece hacerle carantoñas a mis hijos, lo que quiero es estar sin hacer nada, solo eso”. **P-3**: “Al principio, cuando esta mujer me hablaba, me convenció plenamente y me puse las pilas. Después, fuí flaqueando y poco a poco volvía a comer comida basura: hamburguesas, enchiladas o perritos con mucha salsa. Ahora estoy como al principio, comiendo porquerías y creo que de ahí no voy a salir”).

Según hemos comprobado, existe más esfuerzo cuando una conducta saludable va en contra del “estilo de vida” de la persona considerada y, si es así, no suele realizarse. Aunque se entiende por “estilo de vida” el “conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona” (3), habría que añadir aspectos como las creencias, la afectividad o la personalidad del sujeto que, evidentemente, intervienen en su forma de vivir.

En el caso **P-1**, el paciente tiene una vida estructurada en torno a “no perder tiempo” de manera que el ejercicio sigue esta línea y la conducta no le altera demasiado (**P-1**. “En realidad no pierdo demasiado tiempo, creo que es llevadero. Si tuviera que emplear más, tenga por seguro que no lo haría”). En el caso **P-5** tampoco existe demasiada alteración en su “estilo de vida”, dado que éste consiste en una evitación del contacto con desconocidos, que tanto desconcierto le producen, y sí con los miembros de la familia (**P-5**: “Tampoco me supone tanto tener que ir a hacerme esa prueba, si es cada 6 meses”). En cambio en **P-2** está claro por qué abandona las conductas (**P-2**: “Yo soy una persona comodona y cualquier cosa que altere este modo de vivir, me pone fatal. A título de ejemplo le diré que unos amigos me propusieron hacer senderismo y, por compromiso, fuí solo un día y no me quiero acordar lo mal que lo pasé: moscas, bichos, dolor de pies, sed, cansancio, tortilla de patatas llena de tierra, calor,...”). En **P-4** la conducta no altera su rutina, incluso la apoya ya que hay alguien que se la suministra (**P-4**: “Me tomo los kiwis siempre cuando voy a comer a casa de mis padres y es mi madre quién los pela y me da los trocitos. A mí me gusta estar con mi familia y todo esto me hace sentir mucho más unida a ellos”). En el caso **P-2** registramos una queja de que en su casa no lo ayudaron en ese comportamiento que empezaba a

realizar y que lo hubiera seguido de haber tenido apoyo (**P-2**: "Mi mujer nunca me acompañaba a andar, se quedaba haciendo tareas de la casa. Creo que si hubiera venido conmigo, todo hubiese ido mejor, pero ¿qué le vamos a hacer, las cosas salen como tienen que salir y no hay que matar a nadie!").

Podemos concluir de lo anterior que si la conducta de salud (Cs) está incluida en el estilo de vida (Ev), entonces se ejecuta, pero si no está incluida entonces no se lleva a cabo. Esto lo podemos escribir como dos condicionales lógicos:

$(Cs \supset Ev) \mid Cs$

(Se lee: "Si la conducta de salud está incluida en el estilo de vida, entonces se realiza la conducta de salud").

$(Cs \supset \neg Ev) \mid \neg Cs$

(Se lee: "si la conducta de salud no está incluida en el estilo de vida, entonces no se realiza la conducta de salud").

3.3. Beneficios. Ciertas comportamientos saludables producen beneficios a quiénes las practican, pero no todos. En aquellos casos en los que se dan, la conducta continúa realizándose (**P-4**: "Es increíble, pues esta frutita verde me ha salvado la vida ¿quién lo diría! Ahora voy a hacer mis necesidades todos los días sin dolor y ya no me asusta este asunto que ha sido para mí un calvario"). En cambio, si no se producen efectos positivos lo más seguro es que la conducta se abandone (**P-2**: "Es increíble comprobar que después de un tiempo andando de noche solo, no conseguí absolutamente nada, cuando me pesé vi que no había perdido nada de peso, ¿cero!". **P-3**: "Con este plan pretendía estar guapa, pero lo hice y he seguido tan foca como antes, entonces ¿para qué meterme en esta historia tan complicada?").

Los beneficios, según hemos comprobado, están en relación directa con lo que se espera en cuanto a logros y en relación a la velocidad. Si las metas están demasiado elevadas o bien, no se da el tiempo necesario para conseguirlas, el abandono está asegurado (**P-2**. "Comprendo que soy demasiado impaciente, yo quiero las cosas rápidas. Mi madre me decía que yo era: melón tajada en mano, y es cierto". **P-3**. "Creía que lo que me dijo esta mujer iba a ser visto y no visto, pero comprobé que hay que esperar y esperar y yo no estoy ahora para eso"; "Ciertamente he esperado demasiado, cuando estos años me he estado abandonando. Pensaba que iba a ponerme hecha un pincel casi sin esfuerzo"; "Yo siempre espero demasiado de las cosas, ahora es con la dieta, pero con la terapia me he dado cuenta que también es un problema que tengo con los hombres. Les exijo demasiado").

Un asunto importante a tener en cuenta en este apartado consiste en que a veces se obtienen beneficios inesperados, que no son los que se buscaban, pero que le vienen bien al paciente y que hacen que la conducta de salud se afiance (**P-1**: "No he perdido ni un gramo, a pesar de que llevo un mes haciendo los ejercicios, pero sí que hay algo bueno. Antes sentía que yo llevaba mis piernas, eran pesadas, y ahora ellas son las que me llevan a mí. Las siento más ágiles y eso me gusta. A lo mejor por eso no dejo de hacerlo"; **P-5**: "Vd. sabe que yo soy muy corta, pero cuando voy allí se portan muy bien conmigo y yo me siento cómoda. Cuando salgo me encuentro más valiente, por eso me siento mejor").

3.4. Clasificación de las conductas de salud. Estamos sosteniendo a lo largo de la exposición que si una persona no está enferma es muy complicado realizar cualquier comportamiento favorecedor de la salud. Eso hace que las conductas saludables sean muy poco estables en cuanto a su realización y lo más frecuente es que se abandonen o se realicen temporalmente.

Los comportamientos saludables en realidad pretenden bloquear el paso del estado de salud al de enfermedad y requieren, para ser efectivos, la consistencia de la conducta y de no ser así, no se producen los efectos sobre la salud planteados como finalidad (ver esquema 3). Siguiendo este hilo argumentativo, para nosotros existen dos clases de conductas de salud:

a) Las "inconsistentes". Son aquellas que se realizan durante un tiempo y después se abandonan. Generalmente, se llevan a cabo por una "norma", que puede ser dictada por el médico, por cualquier otro miembro del personal sanitario o por alguien que tenga trascendencia sobre el paciente. Pero, también es posible que el sujeto se la autoimponga debido al temor (**P-3**. "Me propuse con gran fuerza de voluntad seguir aquellas comidas asquerosas y lo hice durante algún tiempo. Luego se acabó el tormento y me quedé muy tranquila").

El abandono sucede por una razón muy sencilla: cualquier norma (auto)impuesta provoca una reacción contra ella, generalmente de rebeldía, dado que supone una privación de algo que gusta (p. ej. ver televisión, descansar, divertirse, comer lo que apetece, estar tranquilo, etc). Este es el caso de un paciente que tratamos quién, por orden del médico, empezó a privarse de los pasteles que le gustaban bastante, aspecto que le provocaba una gran ansiedad hasta dejar de realizar ese comportamiento saludable. Lo que le llevó a hacerlo es el peso que tenía la autoridad del médico sobre él.

Es frecuente que al ser abandonadas estas conductas "inconsistentes" provoquen el efecto contrario al que pretendían. El paciente antes mencionado dejó de comer

pasteles durante enero y febrero, tras realizar la "promesa de año nuevo" a su médico de familia, pero tan pronto como empezó marzo se dio atracones como nunca antes había hecho; él decía que "se estaba desquitando por el tiempo de privaciones".

Entre los sujetos que hemos presentado algunos mostraron con toda claridad conductas "inconsistentes" y en ellos el enfado a veces presenta la característica de ir dirigido contra quién propuso la conducta (**P-2**: "Como ya le comenté mi médico me dijo que anduviera, pero le van a dar porque a mí ésto me cansa muchísimo. ¡Que se dedique a andar él, que está muy gordo! ... Me pide que haga un esfuerzo descomunal, qué gracioso ¿por qué no lo hace él?"; **P-3**: "Esta muchachita monísima y delgadísima, recién salida de la facultad, que no entiende nada de la vida, pretende que yo me someta a los planes que le han enseñado sin conocerme siquiera").

b) Las "consistentes". Se trata de aquellas que no se abandonan por ser incorporadas subjetivamente. Quiere decir que no son impuestas por ninguna circunstancia ni por nadie y, por el contrario, la persona las integra en su vida psíquica y, como consecuencia, en las acciones diarias que lleva a cabo.

Su realización parte del convencimiento, ésto es, el sujeto cree firmemente que lo que está haciendo es lo mejor para él y si es así, no provocan el rechazo ni rebeldía y consiguen el efecto deseado (**P-1**: "Pienso que esto que hago me viene muy bien para mi salud y seguiré por ese camino. Sí, lo creo"; **P-4**: "Estoy muy contenta, tengo que decirlo pues me he librado de una buena, y pienso que nunca voy a dejarlo"; **P-5**: "No sé por qué tenía tantísimo miedo a las exploraciones. Le digo siempre a mis amigas y a mis vecinas que esto no es nada y que, sin embargo, puede salvar la vida").

Evidentemente, cuando un paciente se encuentra realizando psicoterapia, ésta puede ayudarlo en el proceso de "interiorización" de las conductas saludables. Esto se basa en el efecto de la palabra, que va provocando una elaboración de las conductas a fin de incluirlas en el "estilo de vida" (Cs ┘ Ev). En tal caso, muestran la característica de ponerse en marcha automáticamente pues forma parte de la vida del sujeto (**P-1**: "Cuando me levanto no tengo ni siquiera que pensar en lo que voy a hacer, simplemente me pongo y lo hago". **P-4**: "Si voy a mi casa, ya sé que después de comer vienen los kiwis. No tengo ni que pensarlo") (ver Esquema 4).

5. Conclusiones.

En esta exposición se ha intentado abordar las conductas de salud de una forma diferente a lo que suelen presentar los textos o los artículos de investigación: centrándonos en la subjetividad de los pacientes. Para

ello, hemos intentado definir qué es la salud, una empresa complicada dado que su concepto ha ido transformándose de acuerdo con la idea sobre cuál es la función del médico.

La "medicina centrada en la enfermedad" se transformó en la "medicina centrada en el enfermo" y ello posibilitó el paso de la función curativa a la preventiva. En este orden de cosas, la salud no puede entenderse como un fenómeno estático, sino como un "proceso": se gana o se pierde en salud. Entonces, la propia persona tiene una responsabilidad que cumplir en esta dinámica, la cuál ha de ser favorecida desde cualquier ámbito. Pero, cuidado, porque nadie que esté sano va a esforzarse en conseguir algo que ya posee. Se trata de una paradoja que cada cuál tiene que resolver a su manera, que es personal y propia.

De ahí la importancia en estudiar las conductas saludables, pero no como se ha hecho hasta ahora: mediante el desarrollo de modelos teóricos más o menos alejados de la experiencia, desde el punto de vista social o desde la perspectiva de la mera conducta. En cambio, merece la pena abordar los aspectos subjetivos del paciente, que son los que se muestran en el contacto con él y que la propia experiencia terapéutica desvela al lograr que se sincere con su médico y produzca un discurso diferente al de la calle y al que Lacan, sabiamente, nombró como la "palabra vacía" (13).

Para llevar a cabo el estudio, hemos usado las entrevistas que se producen a lo largo de un proceso psicoterapéutico reglado. Trátase de una propuesta que puede agrandar bastante a la psicología médica, ya que ésta no interpone ningún material entre médico y paciente (escalas, cuestionarios, entrevistas estructuradas o semiestructuradas, etc), sino que la relación es directa y personal (4). De esta manera, ha sido posible dirimir diferentes componentes subjetivos de los comportamientos de salud pero, para ello, fue necesario crear un clima de confianza en el que el paciente se sintiera cómodo, un contexto exento de críticas o de juicios de valor acerca de sus acciones y/o pensamientos. En las entrevistas así realizadas entresacamos las expresiones verbales del consultante, pero cuidando mucho de que su transcripción fuera completamente fiel; esto se logró observando una serie de reglas que hemos detallamos en el texto. Posteriormente, se agruparon los enunciados en distintos apartados que expresaban otros tantos componentes (subjetivos) de las conductas estudiadas. Este mismo procedimiento nos ha aportado resultados muy útiles para nuestra práctica al estudiar distintos trastornos como los hipocondríacos (14), distímicos (15, 16), duelos (17), así como las reacciones ante determinados problemas físicos, como es la dismenorrea primaria (18) o el cáncer de mama (19-21).

Véase que hemos tratado la salud como una cuestión personal, más que como un problema social o político, de manera que el sujeto no puede hacer responsable ni a los médicos, ni a la sociedad y ni siquiera al sistema sanitario (22). En esta línea, se han separado distintos componentes subjetivos en las conductas de salud: 1º) Las motivaciones halladas eran muy primarias o nada elaboradas (miedo al dolor, temor a enfermar, la imagen, ...) y, a veces, ha sido posible relacionarlas con experiencias anteriores. 2º) El esfuerzo, que hemos relacionado de modo directo con el "estilo de vida", de tal manera que si el contenido de la conducta saludable es contrario a este último es muy probable que el esfuerzo sea mayor. 3º) Los beneficios, que pueden ser "esperables", dependientes a su vez de las expectativas y de la capacidad de espera para lograrlos, e "inesperados", que son colaterales y llegan a sorprender a la persona implicada.

La conducta de salud, como resultado final, se hace dependiente de la "composición interna" de estos elementos, lo que supone un juego de pros y contras que determinan en cada momento si la conducta va a seguir realizándose o se va a interrumpir.

Hemos procedido a clasificar las conductas saludables en "inconsistentes" y "consistentes", basándonos en que estos comportamientos no gozan de estabilidad, lo habitual es que se adopten transitoriamente (23). En el primer caso, claramente se dejan de realizar, mientras que se ponen en acción mediante el concurso de una norma proveniente del exterior o autoimpuesta. El abandono tiene lugar porque cualquier norma suele provocar un efecto de rebeldía (expresada o no), que puede llegar hasta ocasionar efectos contrarios a los esperados (atracones, abusos, excesos, etc), que pueden poner en riesgo la salud. Conocer estos fenómenos es muy importante para el personal sanitario, pues la inducción de miedo, la imposición de obligaciones o los forzamientos en algún sentido, hemos visto que se acompañan de conductas de salud "inconsistentes" y de efectos posteriores que pueden ser nefastos.

En cambio, las actitudes de escucha y comprensión del paciente, que llevan a conocerlo mejor y a saber más sobre su personalidad y su forma de vivir, conducen a hacer sugerencias serenas sobre actitudes o comportamientos, inducen a conductas "consistentes". Buscar aliados para una determinada acción es importante también, pues sabemos que la oposición de algún allegado a su realización hace inconsistente la conducta.

Para terminar, diremos que la psicoterapia es un arma muy poderosa en la subjetivación de las conductas de salud y así se ha demostrado en el caso de nuestros pacientes. De hecho, una indicación del tratamiento psicoterapéutico es cuando el sujeto necesita realizar estos comportamientos al

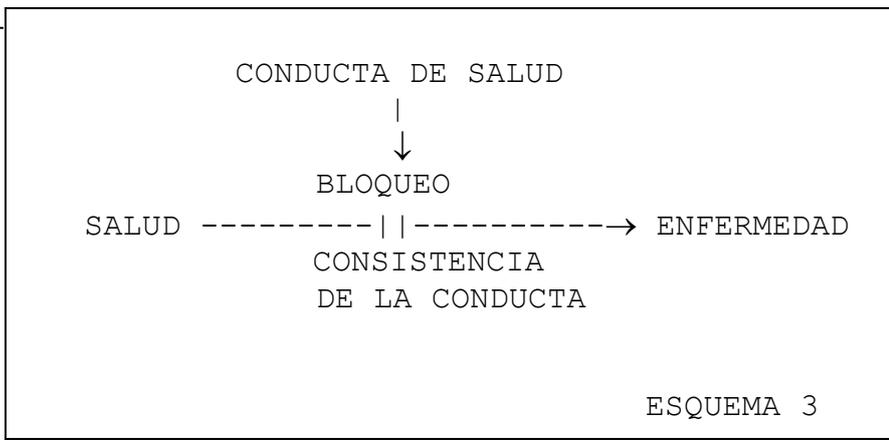
hallarse ante algún tipo de riesgo para la salud, a pesar de encontrarse sano. Entonces, el médico podrá identificar las conexiones subjetivas de las que aquí hemos hablado y por eso las hicimos explícitas. Pero, se puede decir aún más, cuando se habla de "cuidado de la salud" la referencia es lo físico pero también lo psíquico y acudir a realizar sesiones puede entenderse como una conducta de salud, al funcionar de manera preventiva sobre muchos de los cuadros que tratamos y que, de no ser así, podrían ir a más y complicarse. Sí, el cuidado psíquico es importante, no solo porque ayuda a englobar subjetivamente conductas saludables, sino porque hace que éstas no sean estereotipadas, sino que el sujeto pueda, con su creatividad, hacerlas más propias y originales. En este sentido, tendríamos que darle la razón a Oscar Wilde cuando decía que: "la máxima de la vida es el desarrollo personal. Darse cuenta por completo de la naturaleza de uno mismo: ese es el motivo por que estamos aquí".

DEFINICIONES DE SALUD		PUNTO DE VISTA	PARTICULARIDAD

Primera	Ausencia de enfermedad	Biológico (relación organismo/medio).	Enfermo como "organismo alterado. La salud no tiene representación, sí la enfermedad.
Segunda	Bienestar físico, psicológico y social.	Biológico, psicológico, social. (relación sujeto/grupo)	Se incluye al sujeto y las experiencias personales
Tercera	Nivel de bienestar posible	Depende de condiciones medio-ambientales y psicosociales.	Se establecen los límites de salud.

	Psicología Médica	Psicología de la Salud
Objetivo	Subjetividad	Conductas observables. Cogniciones.
Método	Análisis, comprensión e interpretación.	Observación.
Paradigma	Fenomenología. Psicoanálisis.	Conductismo. Cognitivismo.
Medios técnicos	Entrevista espon- tánea, consideran- do aspectos téc- nicos y afectivos. afectivos.	Entrevistas estructu- radas, escalas, pruebas, cuestionarios, tests, etc.

ESQUEMA 2



CS INCONSISTENTES	CS CONSISTENTES
Se realizan durante un tiempo y después se ABANDONAN.	No suelen abandonarse por ser incorporadas SUBJETIVAMENTE.
Son impuestas por una NORMA.	Se realizan por CONVENCIMIENTO.
Se ponen en marcha con DIFICULTAD.	Se ponen en marcha AUTOMÁTICAMENTE.
No se INTEGRAN en la vida del sujeto.	INCORPORADAS a la vida del sujeto.
Provocan RECHAZO y REBELDÍA.	No provocan RECHAZO o REBELDÍA.
Pueden producir el EFECTO CONTRARIO al que pretendido.	No suelen provocar EFECTOS COLATERALES.

ESQUEMA 4

BIBLIOGRAFÍA.

1. Jeammet P; Reynaud M; Consoli SM. Psicología Médica (2ª ed.). Barcelona: Masson, 1999.

2. Salleras L. Educación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos, 1985.
3. Rodríguez Marín J. Psicología Social y de la Salud. Madrid: Síntesis, 2001.
4. Alonso Fernández F. Psicología Médica y Social (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.
5. Jaspers K. Psicopatología general. México: FCE, 1993.
6. Lacan J. Escritos (2 vols). Madrid: Siglo XXI, 1977.
7. Rojo Sierra M. Fundamentos doctrinales para una psicología médica. Barcelona: Toray, 1978.
8. García Arroyo JM; Domínguez López ML. ¿Por dónde seguir investigando en psicopatología? Inform Psiquiatr 2010; 199(1): 39-56.
9. Miller JA. La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica. Barcelona: Paidós, 2003.
10. García Arroyo JM. Lo cuantitativo y lo cualitativo en Psicopatología: una aproximación desde la subjetividad (Primera parte). An Psiquiatr 2001; 7(17): 319-24.
11. García Arroyo JM. Lo cuantitativo y lo cualitativo en Psicopatología: una aproximación desde la subjetividad (Segunda parte). An Psiquiatr 2001; 7(17): 325-32.
12. García Arroyo JM. ¿Es posible cuantificar la subjetividad? Interpsiquis (revista electrónica de psiquiatría), 2007.
13. Lacan J. Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis, en Escritos 1. Madrid: Siglo XXI, 1977.
14. García Arroyo JM; Domínguez López ML; Fernández-Argüelles P; García López O. ¿Qué desvela la psicoterapia sobre el paciente hipocondríaco? Interpsiquis (revista electrónica de psiquiatría), 2011.
15. García Arroyo JM; Fernández-Argüelles P. Los "otros duelos" o los fundamentos inconscientes de la distimia. Inerpsiquis (revista electrónica de psiquiatría), 2007.
16. García Arroyo JM; Domínguez López ML; Fernández-Argüelles P. Estudio psicológico del trastorno distímico en la mujer. Actas Esp Psiquiatr 2011; 5(39): 331-3.

17. García Arroyo JM; Domínguez López ML; Fernández-Argüelles Vinteño P; García López O. Los dos tipos de duelo tal como pueden identificarse en la clínica. *Interpsiquis (revista electrónica de psiquiatría)*, 2012.
18. García Arroyo JM; Domínguez López ML. Aspectos psicológicos de la dismenorrea primaria. *Gin y Obs Clin* 2009; 4(10): 221-8.
19. García Arroyo JM; Domínguez López ML. Aspectos psicológicos de la mujer diagnosticada de cáncer de mama. *Gin y Obs Clín* 2010; 4(11): 190-8.
20. García Arroyo JM; Domínguez López ML. El problema de la "imagen corporal" y de la "feminidad" en las mastectomizadas. *Rev Hosp Psiquiatr de la Habana* 2011; 1(8): 13 pg.
21. García Arroyo JM; Domínguez López ML. Psychological problems derived from mastectomy: A qualitative study. *Intern Jour of Surg Oncology* 2011, article ID 132461, 8 pg, doi: 10.1155/2011/132461.
22. Morrison V; Bennet P. *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson, 2007.
23. Harris DM; Gutten S. Health-protective behavior. An exploratory study. *Jour Health and Soc Behavior* 1979; 20: 17-29.