

Los conceptos de bienestar y satisfacción. Una revisión de tema

The concepts of well-being and satisfaction. A literature review

José Fernando Ossa Ramírez

Psicólogo
josefossa@hotmail.com

Elsy González Velásquez

Psicóloga
elsy156@hotmail.com

Luz Estela Rebelo Quirama

Psicóloga
luzrebelo@hotmail.com

Julián David Pamplona González

Psicólogo
orihon_@hotmail.com

Grupo de investigación en *Estéticas urbanas y socialidades*
Universidad de San Buenaventura-Cali

Resumen

Esta es una revisión de tema de la literatura sobre los conceptos de bienestar y satisfacción de una investigación sobre *Retórica e ideales de salud mental familiar*. Inicialmente se hace un breve recuento de la irrupción de los conceptos de salud y normalidad en la tradición clínica y la modernidad. Luego se muestran investigaciones actuales donde se reconoce la pluralidad de concepciones y medidas de bienestar. En ellas se cuestionan las certezas universalistas y estáticas que imponen definiciones únicas, tales como reducir el bienestar a indicadores económicos o materiales. Por último, se justifica la necesidad de realizar estudios culturales y retóricos que reconozcan el carácter complejo y plural del tema al situarlo en contextos sociales, locales y epocales.

Palabras claves: Clínica, salud, bienestar, satisfacción, antropología cultural.

Abstract

This article presents a bibliographic review of research on the concepts of well-being and satisfaction for an investigation on *Rethoric and family mental health*. Initially, there is a short account of the advent of the concepts of health and normality in the clinic tradition and modernity. Then, the article shows current research in which the plurality of conceptions and present measures of well-being are recognized. In these research studies, the universal and fixed certainties that impose unique definitions, such as reducing the concept of well-being to economic or material indicators, are questioned. Finally, the need to do cultural and rhetoric studies that recognize the complex and plural character of the topic, when situating it in local and epochal social contexts, is justified.

Keywords: Clinic, health, well-being, satisfaction, cultural anthropology.

* Artículo de revisión del proyecto de investigación *Retórica e ideales de salud mental familiar*, del grupo de investigación *Estéticas urbanas y socialidades*, registrado por Colciencias e inscrito en el Centro General de Investigaciones de la Universidad de San Buenaventura Cali.

Fecha de recepción: Julio de 2004

Aceptado para su publicación: Septiembre de 2004

Introducción

A continuación se presenta una breve revisión de tema de la literatura sobre la noción de salud mental, la cual forma parte de un marco teórico de una investigación sobre el tema de *Retórica e ideales de salud mental familiar* (con énfasis en las concepciones populares de "malestar" y "bienestar"). Esta investigación, realizada en la ciudad de Cali y auspiciada por el Centro General de Investigaciones de la Universidad de San Buenaventura, tiene como objetivo hacer un estudio comparativo de las producciones discursivas de dos generaciones (diez padres y diez hijos), sobre el tratamiento que unos y otros dan a las relaciones familiares en términos de bienestar y malestar, buscando indagar, mediante un "análisis de discurso", el cómo las culturas producen cambios o continuidades en estas nociones de salud y cómo desde ellas mismas se podría promover otras lecturas.

Inicialmente, se hace un breve recuento de la irrupción en la clínica de conceptos como normalidad y anormalidad en la modernidad; asimismo, y bajo una dirección crítica, una breve historización del nacimiento de la clínica, mostrando como a nombre de una científicidad universalizante y de unas políticas de Estado, en apariencia filantrópicas, se han impuesto discursos y prácticas médicas y psicológicas hegemónicas (en contra de una terapéutica propia de las comunidades, acusadas de sentido común, atraso o superstición). Luego, en concordancia con el nacimiento de la clínica, se muestra cómo con los cambios del siglo XX (y con mayor radicalidad desde los años sesenta hasta nuestros días) han irrumpido

nuevos ideales de salud y bienestar más centrados en valores individualistas y hedonistas que en valores comunitaristas.

Continuando la revisión, se pretende mostrar en este trabajo las investigaciones actuales donde el bienestar tiende a ser asociado con "satisfacción con la vida" o "calidad de vida", reconociéndose así la complejidad y la pluralidad de las concepciones de bienestar. En ellas también se cuestionan las certezas universalistas y estáticas que imponen sentidos hegemónicos. Finalmente, se señala la necesidad de "estudios culturales" que, desde análisis antropológicos, permitan el develamiento de sutiles campos de conflicto, encuentro y negociación entre los discursos dominantes de la salud y los saberes populares. Se toma partido por el estudio de la interculturalidad a partir del reconocimiento de la pluralidad y las diferencias.

Igualmente, se reseñan unos aportes para una "antropología de la salud", en los cuales se señala la importancia de reconocer y situar las definiciones de salud y enfermedad en los contextos culturales de origen, como opción necesaria para salir al paso de lecturas etnocéntricas. Se señala allí la actual irrupción en la medicina, de una rama de la antropología cultural que cuestiona los límites de las lecturas universalistas de la medicina biológica occidental (cuanto intenta explicar por fuera de los sistemas culturales donde aparecen los problemas). Se justifica también la necesidad de vincular la salud a una reflexión cultural que reconozca la construcción social de los conceptos, las prácticas y el carácter complejo, plural y cambiante del tema, al situarlo en contextos sociales locales. Los discursos e idea-

les hegemónicos de salud niegan la diversidad de saberes y las prácticas terapéuticas de las culturas locales sobre el estar sano o enfermo o tener bienestar.

Planteamiento de la temática

La clínica actual surge simultáneamente con la lenta irrupción de un nuevo sistema económico, tecnológico y social, no sólo de producción material, sino también de prácticas, saberes, costumbres, ideales, valores. El auge de la sociedad capitalista modifica lo simbólico, las concepciones de identidad sexual, generacional, las relaciones con el trabajo, el espacio, el tiempo, la vida, la muerte. Se presenta una serie de reformas humanistas que en nombre del progreso, la normalidad y el bienestar de los pueblos, erigen una nueva propuesta socializadora (Elías, 1968).

Se necesitaba urgentemente de la interiorización de las lógicas de poder y las reglamentaciones sociales por parte de todos los miembros de una cultura; es decir, nuevas formas de autocontrol sutil. La garantía del orden y la organización de un sistema social supone, entonces, la instauración de valores universales de normalidad-anormalidad, lógico-ilógico, bienestar-malestar, salud-enfermedad, racionalidad-irracionalidad. En esta distribución, la clínica ha ocupado un lugar fundamental (Foucault, 1966).

En las sociedades premodernas el papel de la colectividad predominaba en la socialización, transmisión de apellidos, poder, casta,

rango, prácticas sociales, elaboración colectiva de procesos como el paso de la niñez a la vida adulta, identidad, iniciación, muerte (evitando la proliferación de imaginarios de cada sujeto). Cada grupo intervenía sobre las identidades y las relaciones hombre-mujer, adulto-menor, amo-vasallo, mediante rituales religiosos, reglas de parentesco, juramentos de fidelidad, vínculos ancestrales, de sangre, linajes, pactos de honor (Baudrillard, 1976; Aries y DUBY, 1987).

El cambio a la modernidad dio paso a las sociedades disciplinarias ante el surgimiento de grandes ciudades, por migraciones y explosión demográfica; se precisa la individuación, el dominio y la "domesticación" de poblaciones de orígenes diversos (campesinos analfabetas, plebe grotesca y poco refinada, espíritus irracionales, cuerpos desmesurados, nómadas y bárbaros) mediante dispositivos disciplinarios que buscan el control, la clasificación y el manejo de estos cuerpos indóciles. Se aspira a una magnificación de la utilidad de las fuerzas corporales, mediante estrategias de vigilancia, educación y corrección, que buscan la normalización de los cuerpos.

Los nuevos poderes ya no son amenaza de destrucción simbólica o mágica (brujas, dioses), sino que emergen como poderes calculados que no tienen el antiguo derroche aristocrático y ritual.

Los nuevos poderes son anónimos, soterrados, transversales; ya no del príncipe al vasallo o del cura a su feligresía, sino del jefe a sus obreros, del médico al enfermo, del profesor a sus alumnos, del militar a sus soldados (Foucault, 1976).

Con el auge de las fábricas, las industrias mercantiles y manufactureras aparece el dispositivo de la disciplina. La cual se propaga en escuelas, talleres, fábricas, cuarteles, hospitales. Esta supone la clasificación y localización organizada de los individuos y sus funciones, mediante distribución en espacios, estratificación del saber y del poder, distribución de las ciudades en calles, plazas, manzanas. Se producen cambios arquitectónicos que desritualizan los espacios, volviéndolos funcionales de control, vigilancia, disciplina, urbanidad.

Se desarrollan a la par saberes especializados y sistematizados como la botánica, la medicina clínica, la psiquiatría, que aspiran “ir más allá de lo visible”; es decir, pretenden buscar, encontrar, ver y nombrar (clínica significa exactamente eso: “reducir con la mirada”), los procesos o sistemas ocultos, las estructuras subyacentes, las regularidades universales a todos los entes estudiados. La disección, la clasificación y el registro de animales, plantas o cadáveres, como método anatómico-clínico, se ven favorecidos con los adelantos técnicos y tecnológicos.

Mirada jerárquica que investiga y clasifica todo, que experimenta con todo, que busca comprender para sistematizar (comprender es normalizar, sistematizar es controlar). Mirada panóptica que busca que nada se escape al control; la disciplina busca asignar un puesto, un rango, una sanción normalizadora que apunta al rendimiento, a la optimización de resultados: buen soldado, buen ciudadano, buen alumno; es decir, normalizar las conductas, adaptar, encuadrar en la vida, en la fábrica, en la ciudad, en la escuela, en el hospital. La norma es el nuevo dispositivo de poder

que reemplazó a los ancestros, antepasados o castas (Foucault, 1976).

Otro procedimiento disciplinario es “el examen”; clave de la mirada jerarquizadora que normaliza las prácticas y comportamientos sociales. La idea es que entre más normal sea el sujeto, más adaptado, más socializado estará. El examen normaliza las prácticas sociales en escuelas, hospitales, talleres, manicomios, incluso desde los procesos mismos de selección o ingreso (mediante tests, entrevistas, pruebas de aptitudes, etc.). Se busca con lo anterior una mayor y mejor producción, distribuyendo las relaciones y funciones entre los sujetos. Se afianza la lógica del trabajador asalariado. El campo es abandonado cada vez más o se tecnologiza, se concentra la mano de obra en las ciudades, en sociedades de encierro.

Con la modernidad ya no se permite perder ni tiempo ni espacio. Se redistribuyen los ritmos de vida, el juego, la fiesta, el deporte; se critican y desvalorizan los antiguos órdenes monárquicos, sagrados, folclóricos, etc. La modernidad neutraliza los saberes, relatos y prácticas de las pequeñas y múltiples colectividades premodernas (muchas de ellas tenían su propio idioma, música, culinaria, divinidades, creencias, valores, medicinas, festividades, economías domésticas, prácticas agrarias, vestimentas, formas de educar a sus hijos, etc.). Con la modernidad y la llegada de la tecnología y la cientificidad se cuestiona y se socava estas pequeñas y múltiples colectividades, obligadas a convivir encuadradas ahora en ciudades y encierros. Lo ritual, los múltiples idiomas, las medicinas milenarias, las creencias, se acusan de ser tontería, atraso,

ignorancia. Bajo los lemas y preceptos del progreso todos debían adaptarse a la andanada civilizadora.

Se imponen nuevas formas de relación, que buscan la autocontención de comportamientos grotescos o agresivos, idiomas únicos, formas educativas, vestimentas, alimentos. Se produce el control estatal de la educación y el tiempo libre, festividades, salud, orden jurídico, etc. Se trata ahora de construir sujetos aptos, mano de obra cualificada de alto rendimiento para la escuela, la fábrica o el cuartel. Las minorías intentan ser encuadradas por mecanismos estatales de regulación masiva, medios policíacos, políticas generales pedagógicas, médicas, sanitarias. Es decir, todas las etnias deben normalizarse (Elías, 1968).

Foucault sospecha que las disciplinas, más que formas liberadoras del saber, de la razón autónoma, del espíritu universal o de la democracia, ocultan el control y la dominación. Las oposiciones clínicas entre pares duales, lo sano y lo mórbido, lo normal y lo patológico, penetran diversas disciplinas humanas, convirtiendo a la clínica médica en estructura constituyente de los discursos o saberes de la tradición antropológica, sociológica y psicológica. La vida social e individual es leída y decidida a partir de su reducción a lógicas, sistemas o esquemas coagulados, desde los cuales se explica y se construye lo anormal y lo irregular (dándoseles una realidad discursiva).

La medicina, la salud y el bienestar se convierten en asuntos de Estado, es una área nacional. Se despliegan políticas y sistemas de salud y de educación que se generalizan en casi todos los países occidentales.

La convergencia de la ideología política y la tecnología médica, al instaurar una hegemonía clínica sobre la realidad, genera ideales desmesurados (casi una racionalidad enloquecida) que busca controlar, organizar y predecir todo. Con el monólogo de los especialistas, los saberes cotidianos se desvalorizan, los sujetos y las comunidades son enmudecidos o hablan en vano, se vuelven sólo campo de constatación, objeto de investigación-comprobación (Grosso, 2001).

Hay un despliegue de la discursividad y la explicación como razón de la patología. La clínica médica hegemónica instaura una tecnología sutil, introduce modelos y estructuras gramaticales, matemáticas, químicas, técnicas de registro y desciframiento del sentido. La enfermedad es conquistada en sus signos. Una acción disciplinaria (médica), formaliza e instaura lo normal y lo patológico como producción discursiva. Lo regular es comparado con lo menos regular. Lo irregular y lo regular son puestos a la luz, produciéndose la configuración de una clínica analítico-discursiva (Grosso, 2001).

Se hace una apertura iluminista de la medicina sobre lo social para civilizarlo, racionalizarlo, librarlo del atraso y la miseria. Médicos y filósofos extienden su acción de intervención a las enfermedades sociales, ampliando la clínica en las patologías de la vida social. Ante la irrupción de lo diverso, lo diferente, la modernidad urbana impuso la contención de las conductas explosivas y las pasiones desmesuradas, el control de las materialidades, los vestidos, la música, las iconografías y los cuerpos; ordenándolos, clasificándolos, normalizándolos, imponiendo formas, vigilando y pro-

hibiendo lo grotesco de la sensualidad, los modelos, los gestos y actitudes.

Esta normalización social generalizada implica la redirección del cuerpo hacia la producción. Distribución de espacios y de cuerpos. Establecimiento de categorías dualistas de diferenciación y sensibilidad: racional-irracional, legal-ilegal, alto-bajo, ruin-humano, ordinario-refinado, bárbaro-civilizado, urbano-rural, aseo-desaseo y, en fin, toda suerte de medidas contra toda suerte de conductas consideradas a partir de allí como anormales (libertino, caótico, inmoral, blasfemo, promiscuo, ocioso, burlesco, carnavalesco).

Las reformas civilizadoras o humanistas y luego ilustradas, al imponer asuntos como las estéticas cultas y el deporte, tuvieron un lugar central en la formación del autocontrol civilizatorio y el alejamiento de las expresiones de lo popular, consideradas bajas (Grosso, 2001).

Así, pues, allí donde se plantean valores universales comienza a visualizarse y a controlarse lo considerado como expresión de anomalía o anomalía. Se vuelve objeto de estudio, se ubica, se localiza, se gobierna. La razón y la normalidad, al ser valores centrales de la cultura occidental, se protegen con las prácticas de encierro, pues el loco atenta contra la idea de normalidad del sistema y organización social. Esta segregación da vida a los encierros escolares, hospitalarios, manicomiales. El valor primordial de occidente es la razón. Surge una nueva concepción de la enfermedad mental como "falta de razón", falta de racionalidad. Se trata, entonces, de disciplinar lo bárbaro, normalizar conductas. Para ello es necesario crear ministerios de todo tipo.

Crisis de la modernidad y surgimiento de ideales de bienestar en el siglo XX

Simultáneamente al avance del capitalismo, con su mayor producción de mercancías, comienza a difundirse por todos los rincones de la Tierra un nuevo tipo de sociedad, basada en la promoción de los derechos individuales, el disfrute y el individualismo (expansión del yo). Las sociedades anteriores, apoyadas en valores comunitaristas, por un lado, y nacionales y disciplinarios, por el otro, comenzaron a ser cuestionadas fuertemente por amplios sectores sociales (sobre todo a partir de los años sesenta). Se consolida, entonces, un nuevo acontecimiento: la vida privada se va imponiendo sobre la vida comunitaria; hay que recordar que en las sociedades premodernas se privilegiaban los valores de la colectividad y la familia por encima de la persona y el cuerpo (Aries y Duby, 1987).

El cuerpo irrumpe como el nuevo lugar de identidad y afirmación, se convierte casi que en "el yo mismo". Mostrar el cuerpo es casi mostrar la persona misma. Antes, en las sociedades premodernas, el cuerpo era la morada efímera del alma ("salva tu alma, libérate del cuerpo"). Para muchas religiones, el cuerpo era una superficie y una amenaza. Incluso en la cultura de nuestros abuelos el cuerpo era básicamente "fuerza física, resistencia", cuerpo fiel para el trabajo, poco investido de forma narcisista (ver la actual irrupción de espejos y la alta inversión económica en el acicalamiento corporal).

Hoy se evidencia un mayor culto al cuerpo, o sería mejor decir a la apariencia física; al cuerpo-forma; impulsado por los medios masivos

en una sociedad de consumo que despegó en la década de 1920 y se afianza en la de 1960: surgiendo así nuevos ejércitos de consumidores a escala mundial, lo que conllevó a la liberación de las costumbres, a la aceptación de una nueva sensorialidad del cuerpo, liberación de nuevas actitudes, costumbres y formas de relacionarse con los otros y consigo mismo; liberación de la gestualidad, nuevos modelos de identidad del hombre y la mujer. Se produce una rebelión contra la autoridad y los tabúes. Algunos autores plantean en ello una "revolución dirigida", una "desublimación represiva"; es decir, manipulada hacia una nueva forma de explotación comercial y de alineación ideológica y, por lo tanto, una rebelión adaptada, conformista y desarraigada como factor de subversión, desequilibrio o transformación radical (Lipovetsky, 1983).

El anterior planteamiento parecería estar reafirmado en la alta inversión en publicidad que en vez de "obligar", incita, seduce. Se crean verdaderas ordas de consumidores de modas, belleza, deportes, productos dietéticos, etc., decadencia de las grandes prohibiciones, los tabúes y los ideales a la par de la multiplicación de las normas, vía sociedad de consumo.

Los nuevos imperativos sociales de bienestar son vivir mejor, ser feliz, gozar de una imagen corporal bella y sana. El cuerpo es para "habitarlo", "mostrarlo" (exhibir y mostrar es vender). Con esto, el cuerpo irrumpe como un nuevo dios, el cual permitirá encontrar el paraíso perdido, el ideal sagrado de salvación (belleza, salud, placer, eterna juventud). El pla-

cer, la belleza, la salud, la alegría, el disfrute son más una obligación que algo conveniente, deseable, necesario o legítimo. El cuerpo es liberado para el bienestar, para la realización personal. Hoy día, a diferencia de otras culturas o épocas, ocuparse del cuerpo, ostentarlo, exhibirlo como espectáculo, ya no es inmoralidad ni superficialidad. Hoy día, ocultar el cuerpo es señal de mojigatería. Ocultar el tema de la sexualidad es señal de moralismo anticuado, es ser anacrónico. Vivir es asumir la condición carnal; hoy día la nueva religiosidad corporal y narcisista tendría como lema: "salvar el cuerpo, liberarse del alma", de la moralidad, la profundidad o los trascendentalismos (Aries y Duby, 1987).

Surge una nueva preocupación por la salud, la higiene, el aseo; generalización del baño corporal diario facilitado por la incorporación de nuevos espacios en la vivienda para dicha actividad, (antes reducida al baño dominical en el río). Hasta 1950 es poco frecuente el aseo dental (palpable en la abundancia de prótesis dentales en los abuelos). Desde 1960, la protección de los dientes moviliza amplias campañas institucionales y publicitarias dirigidas a los niños (ampliándose a la idea del uso del hilo dental, la visita frecuente al odontólogo y la sugerencia de "cepillarse después de cada comida"). En este momento la preocupación por la dentadura se ha vuelto incluso un problema de estética con la aparición de la ortodoncia.

En términos generales, el tiempo que un joven le dedica al aseo corporal hoy día supera al de tiempos anteriores (podemos durar más de un día al mes encerrados en un baño). El auge de la industria del aseo personal va a la

par de la preocupación por el cuerpo. Piénsese, por ejemplo, que las industrias más florecientes y productivas de los últimos años se refieren a los artículos “sanitarios”, de higiene personal, jabón, crema dental, desodorantes, talcos, toallas higiénicas.

En la vestimenta masculina de nuestros abuelos sobresalía el sombrero y la ropa almidonada. El traje femenino es el que más cambios ha tenido: pasó de trajes “islámicos”, corsés, enaguas, fajas y faldas que no dejaban ver ni siquiera los tobillos. A partir de los sesenta los vestidos se acortan, irrumpe el bikini, junto a toda suerte de miniaturizadas faldas, sostenes, bragas, tangas y modas insinuantes, que resaltan un cuerpo funcional, obsesionado por la forma y la línea. Asimismo, la ropa deportiva invade la cotidianidad (Aries y Duby, 1987).

Los bailes antiguos, basados en la apropiación de códigos y rituales grupales de distinción (por ejemplo el vals, la contradanza), son absorbidos por la danza moderna, donde se comienza a bailar en pareja (bolero, jazz, salsa) e incluso en solitario (el rock es lo más cercano a la nueva lógica social del cuerpo individualizado). Se insiste en la conveniencia del deporte diario, el trote, los aeróbicos, que buscan flexibilizar el cuerpo y controlar los abdomenes abultados.

Hay una obsesión por la línea, las comidas ligeras o light. Antes ser gordo era señal de salud y riqueza; hoy día es señal de descuido, negligencia o, en el peor de los casos, como un síntoma de “bulimia” o “baja autoestima” (Aries y Duby, 1987).

El maquillaje, privilegio de actrices y mujeres díscolas de comienzo de siglo, hoy es un man-

dato y un signo de poder: “no hay mujeres feas, sino mujeres mal arregladas”. Pululan la literatura y la industria cosmética. Multinacionales de champú, desodorantes, cremas milagrosas para todos los usos. Florece una curiosa forma de medicina: la cirugía estética y cosmética.

La salud se vuelve un “asunto de Estado”. Las terapéuticas y medidas preventivas para preservar la salud se multiplican. Se crean ministerios de la salud pública en todos los países del mundo; se promueven vacunas colectivas y obligatorias para los escolares.

Se crean institutos de protección al menor, se institucionalizan las asistencias de salud y los cuidados prenatales. Las políticas sanitarias crean reglamentos públicos que se generalizan en muchos países a mediados del siglo XX.

Se promocionan organismos oficiales en lucha contra la enfermedad, seguros sociales, medicina gratuita o a bajo costo para los sectores populares. Se disparan los consumos médicos y la inversión en salud. Los hospitales e instituciones de salud se sofistican técnica y terapéuticamente, casi volviéndose templos científicos del cuerpo. Hoy día buena parte de los seres humanos nacen y mueren en hospitales, en medios asépticos lejos del espacio doméstico (Aries y Duby, 1987).

La obsesión por la salud llega a extremos insospechados, se vuelve asunto de seguridad social. Emerge la idea de preservar el cuerpo de la enfermedad, el envejecimiento y la muerte. Se vive bajo el temor a enfermarse, envejecer o morir (casi como una hipocondría colectiva)

a la par de un culto al cuerpo bello y joven (Aries y Duby, 1987).

Nuevas concepciones de bienestar: la salud como preocupación constante y la vivencia del cuerpo amenazado

Hoy día todo lo que amenaza al cuerpo es sobredimensionado. Actualmente se vive una sobrevaloración de la violencia en la vida cotidiana. Hay una mayor sensibilidad social ante los actos violentos. Las agresiones corporales son vistas como lo peor. Hay nuevas normas que piden un respeto integral por el cuerpo (Lipovetsky, 1983). Algunos autores plantean una ostensible disminución de la violencia cotidiana, a contrario de siglos anteriores, donde la muerte de menores y adultos y las agresiones físicas eran mayores en todas las situaciones y estratos sociales.

La gente tiene miedo a enfermarse o a envejecer y hay ofrecimientos comerciales para evitar esto. La dietética, el deporte, la higiene, la cosmética, la cirugía, parecen sostener este ideal de rejuvenecimiento y control de la enfermedad. La personalidad ("ser uno mismo") influida por estos ideales, se confunde con el cuerpo. La salud y la vida no es ya asunto de azar o de resignación sino "un derecho". El miedo a la enfermedad que invade lo social produce industrias de todo tipo. Hay una confianza excesiva en las medicinas y terapéuticas oficiales (la medicina y la psicología son carreras altamente apetecidas y valoradas). La gente consulta al menor problema.

Recuperación bibliográfica

Conceptos y medidas de bienestar

El siglo XX fue notable en cuanto a calidad de vida material, especialmente en los países industrializados, con una magnitud que no se había logrado nunca antes. Hay allí muchas ganancias relacionadas con la salud pública, la sanidad, el mejoramiento de la nutrición y agua potable y los alcances de la medicina. Usos masivos de vacunación e inmunización, el desarrollo o evolución de los antibióticos, el tratamiento farmacológico y quirúrgico de enfermedades crónicas. En estudios acerca de las tendencias sociales en cuanto a los conceptos de bienestar, se ha valorado, por ejemplo, qué épocas han estado más deprimidas y que otras han sido mejores.

El factor económico, los bienes materiales y servicios son importantes en las expectativas de vida, pero no son todo en términos de bienestar y de calidad de vida. Diferentes gobiernos e instituciones han creado ministerios, secretarías y comités de salud, educación y bienestar para generar datos necesarios y así proveer una base o un fundamento para decisiones de políticas. Un reporte social en Estados Unidos (Cohen, 1969) suministró datos importantes y urgió la recolección de muchos más en siete áreas: salud y enfermedad, movilidad social, medio ambiente, ingreso económico y propiedad, orden público y seguridad, aprendizaje, ciencia y arte; y participación y alienación. El objetivo principal del reporte era habilitar el tema del bienestar.

En la implementación de las políticas públicas de bienestar, el Estado genera acciones

pero basándose en la lectura de las “tendencias sociales”. En la década del 70 hubo un alto interés por medir el bienestar y para ello muchos países emplearon un gran esfuerzo en la creación de “indicadores sociales”, convirtiéndose en un movimiento internacional preocupado por el bienestar y el rol de los gobiernos en alcanzarlo. Fue un tiempo de gran uso de términos como “estado de bienestar” y de “sociedad grandiosa”. En los últimos años los reportes mostrados en los Estados Unidos por la National Survey of Midlife Development (Encuesta nacional del desarrollo de vida media, 2000), han tenido mucha visibilidad, pero poco apoyo de las agencias patrocinadoras.

Este esfuerzo de medir la calidad de vida continúa en muchos otros países. En Alemania, por ejemplo, el multidisciplinario estudio *Envejecimiento de Berlín* mira recursos de bienestar en las personas ancianas. En Francia, el MAPI, otro instituto de investigación de Lión, publica el *Boletín de calidad de vida*.

La Sociedad Internacional para la Investigación de Calidad de Vida (ISOQOL) es otra instancia que direcciona esfuerzos hacia este objetivo.

China, durante el año 2000, programó el *Primer simposio de calidad nacional de vida* y Estados Unidos el *Séptimo simposio anual sobre evaluación de calidad de vida*.

Como se puede apreciar, hay un marcado interés en discutir y entender la calidad de vida como un importante indicador del bienestar. Ambos simposios tuvieron como objetivo mostrar las investigaciones sobre calidad de vida en las personas con enfermedades.

En 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó la finalización de un trabajo o estudio piloto basado en una concepción más amplia de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, y no meramente “la ausencia de la enfermedad”. El propósito fue evaluar “percepciones individuales de [...] posiciones en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el cual se vive [...] para obtener metas, expectativas, criterios y preocupaciones” (Orley, 1995). Este estudio, conocido como WHOQOL, consta de 100 preguntas divididas en seis secciones: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, medio y espiritualidad. La mayoría de preguntas busca conocer el grado de satisfacción o insatisfacción de las personas en una escala con rangos de cinco-puntos desde los más satisfechos a los más insatisfechos. Algunas preguntas indagan, sin embargo, sobre la habilidad, confidencialidad o adecuación en vez de la satisfacción.

Otros cuestionarios tratan de medir la mortalidad y la morbilidad y las medidas directas de calidad de vida experimentada.

La medición del bienestar

Kahneman y otros (Kahneman, 1999) proponen cinco niveles y conceptos relevantes para la investigación sobre el bienestar. En orden descendente son: Externo (“objetivo”) condiciones (ej., ingreso, barrio, vivienda); bienestar subjetivo (ej., autorreportes de satisfacción/insatisfacción); nivel del humor persistente (optimista/pesimista); inmediatos (placeres/dolores), estados emociona-

les transitorios (goce, rabia); bioquímicos (bases neuronales del comportamiento).

Kahneman y sus colegas son críticos en su investigación sobre el bienestar porque la mayoría de los investigadores se concentran en un solo nivel de los anteriores, sin examinar sus relaciones con los otros. Además, la mayoría se apoya en sus propios datos sin examinar los sesgos. Kahneman también resalta que las medidas reportadas sobre bienestar fueron relativamente estables por décadas, cuando el ingreso y otros indicadores económicos fueron incrementados sustancialmente, citando esto como un ejemplo de las inapropiadas y modestas relaciones entre condiciones objetivas y subjetivas del bienestar.

También discuten el fenómeno de "la rutina fatigante de lo hedónico" propuesta por Brickman y Campbell (1971), en la que discutían teorías de adaptación, como una explicación importante.

La rutina fatigante de lo hedónico

Es interesante revisar esta propuesta en un sistema capitalista en el cual el bienestar se circunscribe a una constante escala de obtención de status, lo cual difiere de cómo ha sido pensado el concepto históricamente. Este modelo, basado en el hedonismo, nunca tendría fin en una sociedad de consumo, pues esta buscaría explicar el concepto de bienestar subjetivo, reducido a la objetividad de la adquisición de cosas materiales.

En un clásico artículo (Brickman y Campbell, 1971) sugieren que toda la gente trabaja con base en la "rutina fatigante de lo hedónico". A

medida que aumentan sus metas y posesiones, sus expectativas también aumentan. Pronto se habitúan al nuevo nivel y vuelven a generarse nuevas situaciones de insatisfacción. Del lado negativo, la gente es infeliz cuando se perciben desafortunados, pero pronto se adapta y no se vuelve a sentir más infeliz (o por lo menos no en el mismo grado). Sobre el fundamento de este razonamiento, los autores proponen que la gente está destinada a una "neutralidad hedónica" a largo plazo. Diener (Diener, 2000) compendia las teorías de Brickman y Campbell.

En esto hay dos cuestiones importantes: primero, el proceso hedónico de adaptación puede ser moderadamente positivo en vez de ser absolutamente neutral; y segundo, después de una experiencia particular de felicidad o infelicidad, la tendencia puede ser no a un nivel de satisfacción o insatisfacción universal, sino un punto que refleje el temperamento y la personalidad individual. Investigaciones recientes en 45 países apoyan estas calificaciones. En una escala de 10 puntos, donde 10 representa lo máximo de felicidad, 1 la infelicidad, 5 la neutralidad, la media de respuesta fue 7 y nada más bajo que esto.

Explicaciones de la estabilidad del bienestar y la felicidad durante períodos de mejoramiento sustancial en circunstancias objetivas enfatizan procesos de adaptación y de distinción entre humor transitorio y estados afectivos en términos prolongados. Lo que argumentan estos teóricos es que "la gente se adapta a sus dificultades logrando una neutralidad". El concepto de neutralidad debe ser cuestionado, sería mejor plantearlo desde un aspecto de carácter psicosocial (por ejemplo, en

vez de neutralidad podría hablarse de resignación).

Se argumenta que el factor económico en cuanto al incremento salarial, por ejemplo, crea una elevación a corto plazo, pero no una alteración a largo plazo, en el nivel de bienestar o felicidad. Asimismo, el que le rechacen a un trabajador un aumento de sueldo genera una reacción inmediata de infelicidad, frecuentemente mezclada con rabia y resentimiento, pero no altera significativamente las características individuales de bienestar y felicidad. La adaptación dinámica explica la estabilidad de la felicidad. Aunque algunos estudios apoyan la hipótesis de la rutina fatigosa hedónica, otros datos muestran que el concepto tiene límites (Diener, 2000).

Estudios comparativos transnacionales indican que en países con un alto producto nacional bruto (PNB) per cápita, el bienestar subjetivo tiende a ser más alto.

En China, por ejemplo, el bienestar autorreportado es casi tan alto como en el Japón, aunque el PNB de ambos sean muy diferentes. Los datos reportados sobre felicidad, concepto tal vez más "hedónico" que el de bienestar, muestra un patrón similar.

Veenhoven (1991) comparó un autorreporte de felicidad e ingreso (PNB) per cápita para siete partes del mundo. Los resultados indican una clara relación entre felicidad y PNB. Latinoamérica marcó casi tan alto como Europa del Este (aunque su PNB sea menor).

Actualmente existen muchas investigaciones sobre las diversas variables de bienestar. El primer tipo se concentra en las condiciones externas objetivas (tales como crecimiento del

ingreso, características del barrio, estatus de vivienda, longevidad, salud y discapacidad). Estas fueron originalmente diseñadas para estudiar las medidas convencionales del progreso social reflejado por el desarrollo en la esfera económica, crecimiento del Producto Grueso Nacional (GNP), nivel de inversión y ahorro, distribución del ingreso, nivel de consumo y cosas así. Pero una magnitud de condiciones suplementarias tiene un impacto sobre el bienestar que no es reflejado en las variables del criterio económico (proveyendo un cuadro más rico y más amplio del bienestar social).

El segundo tipo corresponde a los autorreportes subjetivos de satisfacción e insatisfacción (como se siente la gente acerca de ellos mismos). Estudios en estas áreas incluyen medidas de satisfacción global asociadas con varios aspectos de la vida de la gente, tales como sus ingresos, sus barrios, las relaciones con otros (hijos, esposos y otros miembros familiares), incluye también la investigación en el desarrollo humano, crecimiento personal y salud mental.

Investigaciones sobre bienestar

Más allá del ingreso económico, estas investigaciones estaban orientadas a saber sobre cómo las personas veían su vida, qué tan satisfechas estaban con ella.

Las encuestas aplicadas para ello emplearon más de una definición: satisfacción con la vida, salud y capacidad/discapacidad, combina-

ción de distintas variables de satisfacción-insatisfacción, entre otras.

El bienestar visto como la satisfacción con la vida

Para medir el bienestar y valorar los grados de satisfacción e insatisfacción, Campbell y sus colegas emplearon una escala de siete puntos, donde el más bajo rango se considera insatisfacción y el tope de la escala satisfacción. Asimismo, Andrews y Withey (1976), implementaron otras formas de preguntar y de evaluar, tomando como modelo la encuesta de Campbell. Ellos asumieron que la evaluación de la calidad de vida de una persona involucra tanto una evaluación cognitiva como un grado de sentimiento positivo y negativo.

En un estudio longitudinal de bienestar, realizado con la población de Victoria (Australia), Heady y Wearing (1991), midieron el índice de satisfacción de vida, basados en una escala de nueve puntos, que va desde lo más terrible a lo más satisfactorio.

Kahneman y otros (1999) apuntan a lo que Campbell (1981) había notado antes: que la combinación de las experiencias en la vida de una persona produce un estado global de bienestar; que el sentido de una persona y el nivel de bienestar son relativamente estables (en vez de respuestas frágiles o eventos transitorios); que la gente es capaz de describir su estado de bienestar a un entrevistador (y que pueden ser inducidos a hacer eso). Estos supuestos han recibido dos críticas. Primero, por la estabilidad de las respuestas de bienestar de grupos de edad (hasta en décadas de cambios significativos de ganancias a nivel material). Segundo, por la sensibilidad de las

respuestas de bienestar a procesos contruidos por factores emocionales y cognitivos) que moldean la evaluación de cada encuestado de sus propias circunstancias de vida (Schwarz y Strack, 1999).

Estos autores hacen una crítica de la amplia categoría de procesos contruidos y presentan evidencia de varias fuentes de sesgo auto-reportado en evaluaciones globales de bienestar subjetivo. Tal es el caso del "efecto de asimilación", que sucede cuando un incidente feliz se recuerda y resalta el sentimiento de satisfacción de vida; del "efecto contraste", donde un evento feliz del pasado es usado como un estándar de comparación de sentimientos de felicidad (y reduce el sentir total). Otra situación que se presenta es el "reflejo de humores transitorios", evocados por eventos del momento. Sumado a ello, la respuesta acerca del sentido del bienestar puede ser alterada por una "comparación silenciosa con otros"; un marco de referencias que en la mayoría de las encuestas no es especificado por el entrevistador ni provisto por el entrevistado. Concluyen mostrando que las respuestas de bienestar están sujetas al "sesgo social de aceptación", una tendencia que varía entre individuos y es, por sí misma, medible pero raramente medida. Lo anterior es un problema metodológico serio que merece ser tomado en cuenta.

Otra crítica planteada por Schwarz y Strack, sobre la estabilidad de los niveles de bienes entre cohortes y grupos de edad, consiste en que estos niveles, basados en ganancias materiales (ingreso, propiedades, etc.), no necesariamente indica un problema de medición. Dos posibles razones se proponen para esta

situación: la primera fundamentada en el fenómeno de la rutina fatigante del hedonismo, ante las expectativas de crecimiento (o caídas) a medida que las circunstancias de la vida y sus recursos cambian. La segunda está apoyada en el hecho que la gente tiene otras formas de bienestar que no están dentro de criterios materiales.

Allardt (1976) ha propuesto que el bienestar depende de la satisfacción de tres categorías de necesidades humanas: el tener, el relacionarse (amor y amistad) y el ser (auto-realización). La primera de estas se enfoca en la posesión de cosas materiales. La segunda, el relacionarse, se da únicamente por el afecto; en las relaciones de apoyo del esposo o de la pareja, de la familia y de los amigos. Finalmente, la necesidad de ser o de autorrealización puede cumplirse por las acciones del individuo, a través de la adquisición y el ejercicio de rasgos valiosos y de habilidades. Por todo esto, se critica que el bienestar en los estudios realizados entre países tienda a reducirse a los indicadores materiales o económicos.

El bienestar como salud

Todos los estudios que intentan evaluar el bienestar incluyen más de una pregunta acerca de salud. Autorreportes de salud son predictores independientes de longevidad, hasta después de que los factores de riesgo anteriores de mortalidad han sido controlados estadísticamente. Se muestra cómo la mayoría de las preguntas están orientadas a comparar "niveles de actividad" como una "salud satisfactoria". Campbell y otros (1976) intentan evitar los sesgos de enfermedades menores, por lo que

preguntan asuntos como: "la mayoría de la gente se enferma una que otra vez, ¿qué tan satisfecho está usted con su salud?" Estudios longitudinales encuentran que la gente tiende a adaptarse (en las personas mayores se observa un incremento pequeño en la satisfacción, aunque no en la felicidad). Se podría concluir que esto refleja un proceso de adaptación de la gente.

Indexes compuestos de bienestar

En este caso se emplean variables distintas de satisfacción de vida total combinadas con medidas de felicidad e infelicidad o afecto negativo (Adler, 1987). Adler argumenta que la "filosofía del oeste" incluye dos conceptos distintos de felicidad. Uno es la gratificación del deseo del individuo, cualquiera que fuese; el otro es "la concepción de una ética antigua de la felicidad vista como una vida entera, bien vivida, que es enriquecedora por el cúmulo de bienes de un ser humano moralmente virtuoso". Lo primero está impuesto sobre la experiencia individual de la felicidad (incluso su gratificación deriva de fuentes no deseadas por "un ser humano moralmente virtuoso"). Este argumento tiene valor, pero muchos no aceptan la conclusión de Adler, pues creen que incorporar estos tipos de fuentes de información en la definición de felicidad es contraproducente.

Una crítica diferente y más constructiva se encuentra en el trabajo de Ryff (1989; 1995; ver también Singer y Ryff, 1999), donde se argumenta que el desarrollo humano, la psicología clínica y la salud mental (especialmente salud mental positiva), tres líneas bastante se-

paradas de investigación, han estado preocupadas con las definiciones del bienestar y para ello propone seis componentes de definición de bienestar, a saber: autoaceptación, propósito en la vida, maestría con el medio, autonomía, crecimiento personal y relaciones positivas con otros.

En el estudio de MacArthur de *Vidamedia* (Midus, 2000), cada uno de estos componentes fue medido por tres ítems sobre una escala de siete puntos, con un rango de "acuerdo fuerte" a "desacuerdo fuerte". A continuación se muestran los componentes de la escala, cada uno identificado por la dimensión que intenta medir:

- "En muchas formas me siento molesto acerca de mis logros en la vida" (autoaceptación).
- "Alguna gente pasea sin rumbo a través de la vida, pero yo no soy uno de esos" (propósito en la vida).
- "Las demandas del diario vivir frecuentemente me deprimen" (maestría del ambiente).
- "Mantener relaciones cercanas ha sido difícil y frustrante para mí" (relaciones con otros).
- "Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambiar y crecer" (crecimiento personal).
- "Tiendo a estar influenciado por la gente con opiniones fuertes" (autonomía).

Estos componentes muestran patrones diferenciados en tres amplios grupos (adulto-joven, adulto-mayor y adulto-viejo). La "maestría del medio" y la "autonomía" se incrementan

entre el joven-adulto y el adulto-mayor. El propósito en la vida y el crecimiento personal muestran reducciones con la edad, especialmente entre la edad de la mediana-vida y la vejez. Las relaciones positivas con los otros se incrementan constante y significativamente de los jóvenes a los más viejos. La autoaceptación no muestra diferencias con la edad (Ryff, 1995).

Todos estos acercamientos miden el bienestar en el estado presente o el juicio retrospectivo sobre un período extendido, pero ellos no reflejan la variabilidad de la salud, felicidad y bienestar sobre el tiempo que todo el mundo experimenta. El momento a momento que Kahneman y sus colegas obtuvieron de la gente, sobrellevando procedimientos llenos de estrés, demuestra un término corto de variabilidad, donde el uso de tiempo provee más introspección en los individuos, experimentada bajo las condiciones del día a día de la vida.

Las variaciones más tardías y las diferencias acompañadas entre los individuos en sus magnitudes y duración, implican la necesidad de un criterio adicional de bienestar. Este criterio podría ser denominado "resiliencia", y mediría la habilidad de un individuo para manejar efectivamente acontecimientos llenos de estrés. Incluirían la magnitud de la desviación de las características del individuo en un punto establecido de bienestar; la duración de la reducción y la rapidez de integración de sus retornos al punto establecido. Estos aspectos son de especial importancia para el bienestar de hombres y mujeres más viejos por su promedio de vida y exposición a la enfermedad.

El bienestar como capacidad de resiliencia

Este término se explica como la habilidad de reponerse rápidamente de los desaciertos y males que padece una persona (estrés, amenazas, daños). Los eventos de la vida son atributos importantes a cualquier edad, pero adquieren importancia adicional a medida que la gente envejece. Hasta la gente más anciana, quienes se describen a sí mismos como muy felices, marcando alto en la escala de bienestar, no tienen muchas probabilidades de encontrarse en ese estado todo el tiempo. Muchas veces han evitado, por diseño o fortuitamente, los eventos estresantes de la vida y los retos que amenazan el bienestar. Algunos han nacido con el tipo genético de dotación que confiere relativa inmunidad a las dolencias y enfermedades crónicas comunes de la vejez.

En esta etapa vital pueden repetirse los beneficios de una vida entera de buenos hábitos de salud, de dieta y ejercicios. La combinación de estos factores al final redundan en una vejez física y mentalmente excelente, lo cual proporciona un invariable sentido del bienestar. La experiencia más común del envejecimiento, sin embargo, involucra algunos accidentes y enfermedades que pueden menguar el sentido de bienestar expresado. Del índice más alto de tales eventos emergen las preguntas de cómo la gente exitosa los maneja y cómo afectan su bienestar a corto y largo plazo. Para investigar en esta área, Holmes y Rahe (1967) desarrollaron un amplio inventario de tales eventos negativos en un formato de cuestionario. Comparaciones transeccionales de la gente, reportando diferentes eventos

estresantes de su vida, no siempre presentan variaciones consistentes en el bienestar, ni tampoco revelan la rapidez y la integridad de recuperarse. Sólo la pérdida de un niño o de la pareja muestran prolongados efectos de penas; en tales casos Wortman y otros (1993), encontraron que sobre la medida de la satisfacción, las viudas y viudos estuvieron significativamente más bajo que un grupo que marcó alto en depresión por casi 20 años.

De los diferentes moderadores de adaptación a los eventos negativos, el apoyo social ha sido lo más estudiado y se ha demostrado que tiene un significativo efecto amortiguador (Berenbaum, et al., 1999). Aquí la resiliencia puede ser interferida desde las comparaciones transeccionales y las cuentas retrospectivas.

El bienestar pensado como satisfacción con la vida

Ruut Veenhoven aborda el tema del bienestar a partir de su *Estudios sobre la satisfacción con la vida* (Veenhoven, 1994). En él señala que el tema de la búsqueda del bienestar tiene antecedentes históricos en el pensamiento ilustrado, cuando la formulación de valores u objetivos trascendentales del hombre desencadenaron un sinnúmero de reformas sociales planificadas para el desarrollo de los Estados (control de plagas, hambrunas, epidemias, alfabetización).

Esta autora expone en sus investigaciones sobre la salud y el bienestar, que al intentar responder a preguntas como ¿qué es una buena vida?, ¿en qué consiste una vida mejor?, o ¿qué se requiere para hacer una vida mejor?, se han evidenciado muchas dificultades para

hallar indicadores objetivos que no terminen derivando en respuestas relativas e indicadores cambiantes, cargados de apreciaciones valorativas: De lo que más está satisfecha la gente es en su vida familiar o de hogar (Ver sondeos del Instituto Gallup y la encuesta mundial sobre valores, 1990-1993).

La diversidad de opiniones de la gente en relación con lo que para ellos significa "satisfacción", "calidad de vida" y "condiciones esenciales que se requieren para hacer una vida mejor", ha permitido a los investigadores buscar amplias concepciones y mediciones sobre el tema; sobre todo cuando las categorías de bienestar, reducidas a satisfacciones materiales o económicas se hacen insuficientes. Allí es donde el grado de satisfacción es bastante diverso y dispar; por ejemplo, en los países desarrollados que tienen asegurados asuntos indispensables como vivienda, alimentación, cuidados médicos o altos niveles de escolaridad (Sondeos Gallup, 1990-1993).

Por esta razón, más allá de la satisfacción de condiciones básicas indispensables para vivir la "calidad de vida" se exigiría la "práctica del bien vivir como tal", lo cual incluye condiciones como las relaciones socio-emocionales y psicológicas (bienestar mental, físico, anímico y relacional). Es decir, que una "calidad de vida realizada" verdaderamente no está garantizada con la simple existencia de indicadores de "calidad de vida supuesta" (como por ejemplo, tener buen empleo, buenos ingresos, una vivienda adecuada o un alto nivel educativo).

En suma, la satisfacción con la vida incluye apreciaciones mentales sobre estados socio-

emocionales y psicológicos y no reposa únicamente en la mera satisfacción de necesidades básicas. La satisfacción con la vida, en tanto estado mental, supondría, en el mejor de los casos, la existencia de apreciaciones valorativas positivas sobre "cómo le gusta a alguien su vida en conjunto"; es decir, mediante la evaluación global de un conjunto de cualidades (y no de unas pocas). Ahora bien, una amplia definición de satisfacción con la vida conduce a grados de diversidad tan disímiles y "caprichosos" que parece introducirse en ellos el elemento "creencia", y el juicio valorativo (que puede conducir a la distorsión, el autoengaño o la falsa felicidad) (Gallup, 1993; Veenhoven, 1994).

Ante esto surge un grave problema metodológico: ¿cómo encontrar normas de medida o grados ante creencias o satisfacciones relativas y temporalmente variables? La medición de la satisfacción con la vida parecería ser un campo del ámbito de las actitudes, las cuales sólo se reflejan de manera parcial en conductas o comportamientos externos (actividad, extroversión y amistosidad). Pero estos comportamientos externos se tornan insuficientes (una persona infeliz puede perfectamente ser activa, extrovertida y amistosa).

Se propone, entonces, formular preguntas directas y sencillas a los sujetos sobre sus "naciones" y sus "deseos normativos" de satisfacción. Las naciones hacen referencia a representaciones instantáneas sobre lo que los sujetos piensan realmente sobre sí mismos. Los "deseos normativos" son deseos basados en normas sociales sobre lo que debería ser satisfacción. En ello cobra mucha importancia lo que otras personas piensan

sobre lo satisfecho que alguien debería estar (si alguien es adinerado o tiene un doctorado “debería” ser feliz).

Lo anterior puede prestarse a objeciones y problemas metodológicos en torno a la presencia de sesgos, pues todo puede ser interpretado de varias maneras (por ejemplo, una persona puede estar satisfecha en unos aspectos e insatisfecha en otros, lo cual hace que toda respuesta sea relativa y parcial). Además, pueden presentarse dudas en la precisión de las respuestas, ya que estas son susceptibles a mentiras o exageraciones. Es posible, también, que se presenten distorsiones por el uso de estrategias defensivas que buscan negar el sufrimiento y ocultar las desgracias personales (Veenhoven, 1994).

En esto también es crucial la influencia que sufren las respuestas de factores tales como las características del lugar del entrevistador, el qué y el cómo se pregunta, la secuencia de las preguntas, la forma de comunicarlas, si se llena una encuesta o si la pregunta se produce en el transcurso de una serie de entrevistas en profundidad. Todo esto determina la interpretación que un informante hace de una pregunta formulada por un entrevistador.

Hay otra serie de sesgos culturales tales como el lenguaje y la semántica, que generan diversas interpretaciones, introducen variaciones en los conceptos, en sus significados y usos culturales (dependiendo del lugar, la época, la generación o la clase social), complejizando con ello la realización de estudios comparativos. Conceptos como “tipos de satisfacción” o “felicidad” pueden tener distintas connota-

ciones, dependiendo de si se es niño, joven o anciano, mujer u hombre, mahometano o ateo. La realización en el amor o en la sexualidad cambia de un país a otro, de un hombre a una mujer, de un niño a un adulto. La realización individualista, por ejemplo, es un ideal de bienestar más contemporáneo que los valores de realización grupal, propios de culturas comunitarias.

El asunto se complejiza ante el sesgo cultural en la medición y la falta de una norma empírica universal de medida que detenga el relativismo y los rasgos cambiantes de la satisfacción ante la vida. Al preguntarse por estudios transnacionales, Veenhoven (1994) cita algunos que muestran que la insatisfacción parece prevalecer en los países tercermundistas, debido a que mucha gente carece de niveles mínimos de subsistencia (a diferencia de los países del primer mundo). Sin embargo, Veenhoven menciona que algunos críticos sociales dudan de estas conclusiones (en apariencia contundentes y con un alto grado de validez).

El problema de los sesgos y la poca fiabilidad de las respuestas de los entrevistados, en torno al tema de la satisfacción ante la vida, plantea que tal vez la gente “miente” al ser influida por mecanismos de defensa que buscan neutralizar los sentimientos de desgracia. Las respuestas “color de rosa” (Ibsen, 1978), se podrían explicar como producto de la resignación, como fórmula adaptativa ante las dificultades. Veenhoven propone una pluralidad de explicaciones a estas contradicciones (Veenhoven, 1994). Podría decirse que la gente “oculta defensivamente sus desgracias”, así como tien-

de a asumir y adaptarse a las dificultades y adversidades y con el tiempo logra sobrellevarlas e incluso logra disfrutar de la vida. Asimismo, plantea que la gente tiene una fuerte tendencia a quejarse, a tener preocupaciones, y esto se da en clases y países privilegiados. Ejemplo de lo anterior es la ligera correlación entre una alta educación y una mayor insatisfacción (bien sea por desempleo o por la desaparición de alicientes de superación después de un ascenso en el estatus social).

¿La satisfacción depende únicamente de habilidades personales? (variable personalidad). Desde un paradigma salugénico (Antonovsky, 1979) la pregunta sobre ¿por qué algunos sujetos se sienten insatisfechos?, se puede invertir para indagar ¿por qué algunos sujetos se sienten satisfechos? Este tipo de estudio obliga a vincular el "bienestar en la vida" no sólo a la variable personalidad sino también a variables culturales y sociodemográficas (Contini, 2001).

Siguiendo con Veenhoven, este autor menciona la fuerte relación que hay entre la satisfacción con la vida y la satisfacción con el trabajo (buena remuneración, recompensas laborales, tipo de tareas, selección diferencial, etc.). También el estatus, la participación social y el trabajo en voluntariados.

Las correlaciones más altas parecen depender de "la capacidad personal para afrontar los problemas de la vida", lo cual exigiría tener una buena salud física –mucha energía– así como también una buena salud mental y resistencia psicológica. Otros factores sociales determinantes en la satisfacción con la vida se presentan en sujetos con una buena empa-

tía, extroversión, asertividad social y apertura a las experiencias (Veenhoven, 1994).

Heady y Waring (1992), en su estudio presentado en el *Cuarto panel de calidad de vida*, en Australia, establecen una relación entre "satisfacción con la vida" y el "curso de acontecimientos vitales imprevistos" (por ejemplo, gentes que sufren sucesos imprevistos de adversidad –accidentes, despidos, enfermedades, peleas familiares– o bien, de buena fortuna –conocer gente agradable, ser promocionado, hijos afortunados–). Asimismo, muestran como las personas denominadas neuróticas son más propensas a la adversidad, mientras que por el contrario, las personas jóvenes, extrovertidas, con un buen nivel educativo o con buenos lazos de intimidad y apertura psicológica son más propensos a la buena fortuna. Estas investigación explicarían el 35% sobre 100 de las variaciones vitales a lo largo de ocho años de vida.

Además de darle mucha importancia a los "acontecimientos" como causales de satisfacción (mucho más que a las "oportunidades") señala cierta "condición relativa" de los resultados determinada por las diferentes características personales que determinan un tipo de reacción u otra. Aunque las reacciones ante los acontecimientos adversos puedan ser similarmente negativas en todos los seres humanos, hay que señalar que entre las reacciones negativas se encuentran múltiples matices y diferencias.

El procesamiento personal (diferente de individuo a individuo) de los acontecimientos parece estar determinado por tres factores: las experiencias previas, la resistencia psicológi-

ca y el grado de cercanía con lo que se pierde (la pérdida de algo muy propio). Según esta misma investigación, ante las experiencias placenteras, la variabilidad de reacciones es mucho mayor. Un autor como Csikszentmihalyt, plantea que la variable "personalidad" explica el 30% de la varianza de efecto positivo, las situaciones explican otro 10% y la interacción persona-situación explica un 20% (Csikszentmihalyt, 1991).

¿Es la variable "personalidad" tan importante? ¿Qué ocurre en el interior de las personas cuando evalúan su vida? No hay muchas investigaciones sobre cómo las personas procesan o fabrican internamente sus percepciones y aversiones. Todos los seres humanos tienen experiencias de satisfacción e insatisfacción, placer o sufrimiento. Si bien el sufrimiento es una emoción más fuerte y llamativa que la misma satisfacción, parece ser menos frecuente que aquella.

Veenhoven no está de acuerdo con algunos autores que en una línea utilitarista analizan la felicidad como "la evaluación de la suma de placeres y dolores, satisfacciones e insatisfacciones" (Andrews y Withey, 1976) en la que se hace una apreciación o "balance de satisfacción en conjunto" a partir de diferentes subevaluaciones de diversos aspectos de la vida, como la satisfacción con el trabajo o el matrimonio. Se busca comparar "cómo es la vida realmente" frente a "cómo debería ser", mediante correlaciones (Michalos, 1985). Al final de esta evaluación se da como resultante el predominio del beneficio o del infortunio.

La subevaluación de "cómo nos sentimos en conjunto" en los diversos aspectos de la vida

supone hacer comparaciones con ideales sociales de estándares de éxito o integración en esos campos. Socialmente existen nociones de "deber ser" que se vuelven ideales y que pesan sobre las conciencias individuales. Tales ideales hacen referencia a "lo que se quiere", "lo que se tuvo", "lo que se esperaba", "lo que otros tienen", "lo que uno piensa que se merece". Estos ideales parecen permitir hacer evaluaciones de la vida "en su conjunto" a partir de comparar las discrepancias entre la realidad y el deseo (Heady y Veenhoven, 1989).

Críticas a estas investigaciones

Según Veenhoven, estas correlaciones pueden ser arbitrarias. ¿El bienestar depende de habilidades personales o de oportunidades socio-culturales? Después de varios casos de correlación entre el bienestar y variables subjetivas y sociales, Veenhoven duda de la precisión de ciertos indicadores y la contundencia o consistencia de los datos de las investigaciones; sobre todo en el momento de su universalización o generalización a distintos lugares, situaciones y culturas del mundo. Estas correlaciones pueden variar de país a país (se hallan, por ejemplo, amas de casa satisfechas con su trabajo en unos casos y en otros no, jubilados con una vida satisfactoria en un mismo país donde otros asocian la jubilación con el malestar).

Otro problema de las correlaciones es el sesgo al seleccionar la muestra. Cuando se dice,

por ejemplo, que los casados están más satisfechos que los solteros, de hecho hay una implicación que se vuelve un presupuesto obvio en la muestra seleccionada: las personas casadas siguen siéndolo por estar satisfechas y los casados que están insatisfechos, tienden fácilmente a separarse (es decir, dejan de pertenecer a la muestra elegida para la investigación con lo cual pueden quedar sesgados los resultados obtenidos).

Otro problema es definir si el bienestar ¿es la causa o es el efecto? No es fácil definir cuál es el huevo y cuál es la gallina: ¿El matrimonio produce satisfacción? O ¿es la satisfacción la que produce un buen matrimonio? Hacen falta más estudios longitudinales, en diferentes contextos y a lo largo del tiempo. Lo anterior, es importante si tenemos en cuenta que las expectativas ante el matrimonio cambian; hoy día ser soltero no es lo mismo que ser soltero hace treinta años; igualmente, no es lo mismo estar casado en un país religioso y conservador que en uno de costumbres liberadas (sin contar que una misma relación matrimonial puede cambiar en un trayecto de tiempo).

El proceso interno de evaluación de la satisfacción es más una autoevaluación o valoración de estados de ánimo que un cálculo o una estimación. Cuando un sujeto evalúa frecuentemente cómo se siente, lo que él dice depende de su estado de ánimo y de afectos positivos y negativos (Diener, et al, 1991). ¿El estado de ánimo del momento puede ser representativo del estado de ánimo en general? (Schwarz, 1991). Ante la complejidad de la pregunta sobre la satisfacción en la vida total, los cálculos parciales son los más comunes.

Calcular la satisfacción con la vida requeriría juicios globales, pero esto introduce muchas operaciones mentales y decisiones arbitrarias. Es por ello más fácil calcular a partir de dominios específicos de la vida.

La satisfacción con la vida es un rasgo relativo y parcial

Si la "satisfacción con la vida" implica mejoras en las condiciones de vida que no reducen el descontento de las personas, esto implicaría un reconocimiento de que la satisfacción con la vida "es relativa" y sólo es "un rasgo".

La respuesta a "cómo es la vida en realidad" en comparación con el "cómo debería ser" depende de las interacciones con los otros. Al cambiar los estándares de comparación se dificulta que una "satisfacción ante la vida" permanezca igual. Si alguien que aspiraba ganar determinada cantidad de dinero lo logra, puede sentirse satisfecho, pero si esta misma persona descubre poco tiempo después que sus compañeros de trabajo ganan mucho más que él, ya no se sentirá satisfecho. Entonces, la "satisfacción con la vida" será un fenómeno de corta duración (el ideal de bienestar se eleva dependiendo del ideal de comparación). Luego, la satisfacción con la vida no puede ser igual en todos los países (Veenhoven, 1994). Los ideales de satisfacción con la vida pueden variar y pueden ser de alta exigencia en países pobre o ricos (Easterlin, 1974).

Otros ejemplos muestran que muchos ganadores de lotería no están más satisfechos con la vida que personas que han sufrido accidentes graves (Brickman, et al, 1978). Los cambios en las condiciones de vida no afectan de manera duradera la satisfacción con la vida si de por medio ocurren acontecimientos

como un infortunio (pérdida de un ser querido, enfermedad de un hijo) (Veenhoven, 1991). Veenhoven cita como muchos judíos que vivieron en campos de concentración, siguen experimentando una vivencia de trauma o amargura aunque vivan hoy día en medio de excelentes condiciones materiales.

Finalmente, otro ejemplo de evidencias empíricas, es la poca correlación entre un alto nivel de ingreso con la satisfacción con la vida en individuos que viven en países ricos (la correlación entre ambas variables está cerca de cero).

Cognitivamente la “satisfacción con la vida” es relativa. Son más determinantes las necesidades no conscientes y los elementos emocionales (por encima de los meramente cognitivos). Toda evaluación con la vida es siempre un cálculo mental parcial más que una evaluación global que tenga en cuenta otros aspectos determinantes (como las emociones afectivas y los deseos no conscientes). Aunque la satisfacción de necesidades básicas no sea relativa, sí es una exigencia absoluta para el funcionamiento humano, es indispensable para la adaptabilidad del hombre a la realidad. Pero no sucede lo mismo con los deseos. La gente es afectada por sus deseos cuando evalúa sus éxitos económicos, laborales o educativos. Allí no es fácil encontrar una satisfacción global.

La “satisfacción con la vida” es un rasgo personal que depende de múltiples experiencias. Sus reacciones valorativas no se correlacionan de manera exacta en los sujetos ante eventos como “ganarse la lotería”, “ascender laboralmente” o “ganar más dinero”. Tampoco de-

pende enteramente de causas internas o intrapersonales, ni es un rasgo que permanezca inmutable a lo largo del tiempo o de una vida. La satisfacción cambia afectada por eventos personales y condiciones de vida. En ello influyen de manera determinante las apreciaciones personales y los eventos traumáticos (viudez, divorcio).

Sin embargo, aunque las características personales internas no puedan borrar los efectos de eventos externos, permiten modificarlos e incluso reorientarlos. Ante la dificultad de encontrar métodos científicos precisos o indicadores empíricos globales o medidas estadísticas contundentes, es importante reconocer los efectos determinantes de los caracteres culturales nacionales, locales o folclóricos, en la satisfacción con la vida; para mostrar su influencia en las causas de bienestar, en apariencia, exclusivamente originados en la personalidad interna (Veehoven, 1991, 1993, capítulo 5).

Tendencias en el campo del conocimiento

A pesar de su origen común en la pregunta por el hombre, la medicina y la antropología, entre los siglos XVIII y XIX, fueron sufriendo un proceso de separación que marcó una brecha entre estos dos cuerpos teóricos, volviéndolos independientes. La medicina en su interés organicista y biológico –impulsado por la clínica, la teoría microbiana y los adelantos tecnológicos y científicos– dejó de lado los factores culturales e históricos en la explicación

de la salud y la enfermedad y se convirtió en un modelo eminentemente biomédico. Este modelo se hizo rápidamente hegemónico y desplazó a otros modelos, llamados profanos, como el curanderismo, el autocuidado, los remedios caseros o el chamanismo, entre otros, en un proceso de medicalización de la sociedad (De la Torre, 2003).

La antropología continuó, sin embargo, de cierta forma unida a la medicina y, por ejemplo, en el siglo XIX se hicieron los llamados estudios de folclore, como los de Giuseppe Pitri (Pitri, 1886, en De la Torre, 2003), en los que se analizaban distintas culturas y sus modelos médicos entre algunos de sus componentes y se identificaban diferencias raciales; pero detrás de estos estudios, el modelo biomédico continuaba imperando y la medicina popular se consideraba un estadio primitivo de la medicina culta, en donde no es posible hacer diferencia entre la magia, la medicina y la religión. La medicina oficial no considera la "eficacia simbólica" de estas medicinas, ni mucho menos las sanaciones por la fe, las creencias o la religión.

Otros estudios fueron los de salud pública, que dan origen a la medicina social en el siglo XIX, y que se interesaron por las condiciones de salubridad y los hábitos de vida de la gente, con el fin de controlar las epidemias que diezmaron a la población de Europa durante el siglo XVIII.

Dentro de esta medicina social el principal teórico fue Alfred Grotjahn, médico alemán que prefiguró desde esta ciencia, buena parte de los postulados que definen actualmente a la antropología de la medicina (De la Torre, 2003):

El uso de la noción de enfermedad como objeto de estudio operacional; la articulación entre dimensiones biológicas, sociales y culturales de la enfermedad; la variabilidad cultural de las formas de enfermar y su significación social; el problema de la eficacia terapéutica en relación con los contextos sociales; la necesidad de proyectos aplicados que legitimasen la investigación, el uso de la estadística, la demografía, la antropología, la antropometría, la economía y la sociología.

Estos postulados permiten indagar por aquello que las diferentes culturas conciben como enfermedad; es decir, malestar ante las dificultades en la eficacia terapéutica, pero aún queda pendiente lo que es concebido como salud o bienestar, que marcaría el rumbo del proceso terapéutico.

A partir del particular aporte de Franz Boas a la antropología cultural, a comienzos del siglo XX, (que sólo hacia 1930 produjo la llamada revolución antropológica), el modelo biomédico pierde su hegemonía dentro de los estudios antropológicos. "...Boas propuso un esquema interpretativo de las diferencias y semejanzas culturales más adecuado a la complejidad de los procesos y de los desarrollos concretos e históricos, más atento y respetuoso con la dimensión histórica particular y singular de cada cultura, lo que llevó al relativismo cultural..." (Harris, 1998).

Con Boas esta ciencia comienza a reconocer la especificidad cultural en el estudio de los modelos e instituciones médicos alternativos, llamados así a partir de estos aportes, y se da valor a las dimensiones sociales y psicológicas de la cultura; es decir, se le da valor a lo

que cada cultura concibe como salud y enfermedad y a la forma como estas abordan y solucionan tales asuntos y se dejan de estudiar los diferentes modelos bajo la óptica del modelo biomédico.

Esta rama de la antropología social y cultural, que estudia las diversas medicinas y las dimensiones culturales de la enfermedad, contempla, además de las circunstancias biológicas implicadas en la enfermedad, otros factores como los sociales, culturales, económicos, psicológicos y estilos de vida. Se reconoce en esta definición que las disciplinas de la salud paradójicamente continúan estableciendo su énfasis en lo patológico, en el síntoma y lo desajustado, quedando pendiente la salud que es, incluso, el concepto que las denomina.

Se entienden como factores culturales las creencias, hábitos, modos de vivir, ideas compartidas, costumbres y valores que cambian de acuerdo con la época y el lugar y que influyen en lo que cada cultura en particular entiende y define como enfermedad y en los medios que construye para combatirla (Aniorte y Martínez). El estudio de estos factores fortalece a la medicina en la realización de intervenciones colectivas a los problemas de salud, principalmente en lo referente a la prevención, al ajustar la práctica médica a la cultura de la población intervenida (Seppilli, 2000, en Aranda, 2002), aunque la labor que se realiza realmente consiste en la transformación o eliminación de aquellas costumbres que en la cultura están generando condiciones insalubres.

Cada cultura define de manera particular un contexto terapéutico y unas herramientas, y realiza interpretaciones diferentes del síntoma.

Desde esta perspectiva la enfermedad no es sólo la interacción de factores biológicos, sino también ecológicos y culturales (Aniorte y Martínez, 2002); y si se va un poco más allá se podría decir que es una construcción cultural en la que se combinan diversos factores de manera particular.

Si se considera que cada sociedad tiene un saber sobre los procesos de salud y enfermedad, estos ya no son concebidos como estados individuales en oposición sino como amplias expresiones de determinación histórica y social y el cuerpo ya no es receptáculo de la enfermedad. El modelo biomédico, al considerar estos procesos de manera individual, los deshistoriza, deja de lado al sujeto, su medio social, su historia, su inscripción en una trayectoria cultural (Candal, 2000).

El estudio de modelos médicos permite entender que estos son más que avances científicos y reconocer que son también instituciones sociales, estructuras de poder y aparatos ideológicos culturales, productos de la historia y objeto de investigación; estos son andamiajes con los cuales se construyen ideologías, concepciones del mundo y sujetos que necesitan y caracterizan a una determinada sociedad, cultura o colectivo humano. Por ejemplo: un elemento importante dentro de un modelo médico es el lenguaje, en cuyo análisis no sólo se puede encontrar la concepción de enfermedad subyacente en él, sino también el poder y la dominación que se ejerce sobre el sujeto al que se está tratando y sobre otras explicaciones que arrogantemente son llamadas profanas desde el modelo biomédico (Aranda y Olivas, 2002).

No obstante el avance en los modelos médicos, queda mucho por indagar; por ejemplo; las técnicas indígenas y los conocimientos urbanos pluriculturales que son resultado de las migraciones del campo a la ciudad. También está pendiente el estudio de lo político y lo económico en los modelos médicos, que en un contexto social macro determinan o sitúan el estudio de la relación médico-paciente en un contexto social micro.

Por ello hoy se exige una antropología que entienda la cultura en la cual se monta el modelo biomédico y sus concepciones de estar sano y enfermo, comprendiendo que éste es una construcción social particular a la cultura occidental moderna. Esto no implica negar la dimensión biológica, sino correlacionarla con las representaciones que el grupo social está haciendo al respecto; es decir, relacionar el síntoma con el modelo médico (Candal, 2000).

Se debe superar el estadio de la antropología médica en el cual sólo se buscaba estudiar factores socioculturales (que inciden en problemas de salud a nivel del comportamiento o estilos de vida), con el mero objetivo de imponer la medicina oficial. Estos estudios son importantes para ajustar las intervenciones a la cultura, para ver porqué muchos modelos de intervención fracasan al chocar con la tradición de la población y para generar cambios en la cultura en pro de producir condiciones de salubridad en la población. Pero no dejan de subordinar la antropología a la medicina, cuando resultaría mejor transformar la medicina al acercarla a los aspectos sociales y culturales de los fenómenos que estudia y recuperar al sujeto y a la cultura que hay detrás de la enfermedad.

La salud y la enfermedad a la luz de otra concepción novedosa de “asistencia”

La razón de hacer esta revisión respecto a la antropología de la medicina es, precisamente, porque en ella se encuentran antecedentes de la pregunta por la enfermedad en cada cultura que se hila de alguna manera al bienestar. Si tradicional y actualmente lo que se hace en este tipo de estudios biomédicos sobre la enfermedad es llegar a analizar diferentes culturas con un concepto único de salud y enfermedad, preconcebidos desde la biomedicina, se encuentran hoy autores como el español Comelles (1997) que rescata la forma particular como cada cultura concibe la enfermedad.

Si se reconociera lo cultural, las formas de atención a la crisis de la salud se transformarían, pues cada colectivo humano crea, a partir de la experiencia, un saber y una práctica respecto a qué hacer frente a las crisis y estos saberes se transmiten generacionalmente. De esta forma la historia de la enfermedad se enlaza con la historia de la medicina, vista como experiencia colectiva o, mejor, como experiencia social amplia (pragmática y no solo lógico-verbal-racional).

Comelles amplía su paradigma y supera el concepto de medicina al hablar del proceso asistencial, que en este caso se entiende como el esfuerzo y la atención que cada cultura se da a sí misma, desde sus valores, para gestionar sus dificultades; este esfuerzo no siempre es médico sino que también puede ser de protección social, de religión o, incluso, mágico; de acuerdo con los recursos con que cada cultura cuente.

“...Los procesos asistenciales son itinerarios contruidos en un complejo asistencial-contextual, contruido a partir de los recursos intelectuales, emocionales, sociales, institucionales y culturales de los micro-grupos implicados con una enfermedad” (Comelles, 1997); es decir, que las personas hacen uso de todo aquello que, como producto de sus experiencias, tienen a su disposición para hacer frente a la crisis y no siempre dependientes de la institución médica.

El proceso asistencial está cargado de representaciones, prácticas y experiencias subjetivas y hace referencia a un entorno social micro, que no siempre se relaciona con la institución y la profesión médica; es decir, que el proceso asistencial está ligado a los remedios que se encuentran en el contexto inmediato, mientras la institución médica hace parte de la organización estatal y social; esto que plantea el autor es, por supuesto, claramente visto en sociedades como las latinas, donde la tradición y los remedios caseros prevalecen debido a que no se ha dado en gran medida el proceso medicalizador que desplaza otras concepciones e impone el modelo biomédico, o a que las tradiciones se oponen al avance de la ciencia en este sentido hegemónico.

Un punto importante del planteamiento de Comelles (1997) es que permite desligar el concepto de enfermedad como dolencia orgánica y da lugar a percibir otros problemas como “crisis”, pues muchos de estos no son de origen biológico; por lo tanto, no son siempre “médicos” sino también morales, culturales o religiosos (ejemplo de esto son las explicaciones de la enfermedad como

“posesiones”).

Lo anterior pretende superar el medicocentrismo, el estudio de la enfermedad en las distintas culturas y reconstruir el concepto al preguntarse por lo que para cada cultura es síntoma y sufrimiento. Claro que en este punto aún no se supera el patologicismo que paradójicamente caracteriza a las disciplinas de la salud, pero sí es un gran paso que se da a partir de la sociología durkheimniana, posibilitando pensar la medicina como una práctica y la enfermedad como una representación, pero ambas contruidas por lo social (sobre un sustrato biológico).

A partir de lo anterior se comienza a pensar más la enfermedad como una evidencia empírico-biológica (a verla desde una visión holístico-existencial como un mal, una desgracia o un infortunio) conceptos más amplios que incluyen aquellos aspectos que la medicina biológica no reconoce. El mal no es una metáfora; una tuberculosis pulmonar no es una metáfora, tampoco el hambre, la pobreza o los malos tratos a mujeres y a la infancia, pero sí es un objeto de representaciones producto de la experiencia, que constituye un saber respecto a lo que es el mal y cómo tratarlo, saber qué constituye el proceso asistencial particular a cada cultura (Comelles, 1997).

De lo anterior resultan una serie de cosas. Primero, que para ser asistido no es suficiente estar enfermo, sino que es necesario ser reconocido en la cultura como tal, este reconocimiento equivale al diagnóstico realizado por un especialista en la biomedicina. Segundo, que hay dos saberes diferentes en cuanto hay dos procesos asistenciales. Esto queda más claro con el siguiente ejemplo: cuando

alguien tiene un resfriado y es tratado con remedios caseros (asistencia en casa) sin ser remitido a una clínica, la medicina (saber común a "todas" las sociedades) deja de adquirir un saber al respecto en tanto la institución no trata el resfriado, de esta manera se diferencia el saber médico del popular. Tercero, que la institución médica entra en acción en cuanto la asistencia en casa es desbordada o desautorizada, y el mal pasa a ser responsabilidad de los especialistas o las instituciones estatales. Y cuarto, que cada colectivo humano cultural construye una representación particular de lo que para ellos es mal(-estar) y de la forma de afrontarlo.

Acerca de la diferencia generacional y el papel del relativismo cultural

Hay dos elementos que marcan la diversidad cultural: uno es la distancia espacial, en la cual no se hará énfasis dado que es estudiada por la antropología de la medicina; y el otro es el factor epocal o temporal, que resulta de gran importancia (dado el objetivo comparativo generacional de la presente investigación).

De forma análoga a como cada cultura construye un concepto particular de lo que es mal, "cada generación escoge nuevas cosas y actitudes para clasificar como buenas y hermosas... las diferentes épocas generan nuevos problemas psicológicos" (Pipher, 2000) o mejor, en cada época nuevas cosas son consideradas como problemas psicológicos; por ejemplo, el castigo físico que un padre le daba a su hijo y que hace unos años era reconoci-

do como normal dentro de las pautas de crianza hoy es considerado anormal al ser nombrado como "maltrato infantil".

Los cambios en la cultura a través del tiempo tienen diversas causas, entre otras: los cambios demográficos, los adelantos tecnológicos y los estilos en las construcciones; no es lo mismo vivir en una comunidad pequeña, donde todos se conocen, a vivir en una urbe donde la población es tan grande que en los "puntos de encuentro" (si así se les puede llamar) como el supermercado, rara vez una persona se encuentra con alguien conocido. Los adelantos tecnológicos como la comunicación también generan cambios culturales; por ejemplo, antes para hablar con alguien había que visitarlo y esto implicaba estar toda la tarde con esa persona; ahora, con la aparición del teléfono, simplemente se hace una llamada de unos pocos minutos y no se sabe qué pasa en la vida del interlocutor; y ni hablar del cambio en la arquitectura, que favorece la privacidad con la construcción de unidades residenciales cerradas que desplazan la vida de barrio.

Todos estos cambios contribuyen a generar una cultura marcada por la individualidad y la autonomía y un predominio de lo privado sobre lo público. Mientras nuestros abuelos estaban pendientes de aquello que pasaba en la vida de sus vecinos y esto era visto con buenos ojos, hoy en día una prueba de educación es saber mantener la distancia y no estar pendiente de la vida de los demás.

Muchos conflictos al interior de las familias surgen de los malos entendidos entre las distintas generaciones a causa de lo que Pipher

llama problemas relacionados con las zonas del tiempo (Pipher, 2000). Por ejemplo, para un abuelo cuestionar la autoridad de su padre era impensable; de esta forma pueden llegar a pensar que las relaciones que los hijos entablan con sus nietos son demasiado laxas cuando en la actualidad se vuelve normal discutir alrededor de las normas para llegar a un acuerdo de convivencia.

Sin embargo, un elemento más contundente no sólo en el cambio cultural sino también en el cambio del concepto de aquello que es normal y lo que es patológico (salud, enfermedad, bienestar, malestar) es la incursión de la ciencia en la vida cotidiana y más específicamente de las disciplinas de la salud como la psicología (Pipher, 2000). Lo que para los abuelos eran simples conflictos cotidianos que carecían de importancia, se pasaban por alto o se solucionaban trabajando, orando o socializando, hoy son diagnosticados como problemas a ser tratados bajo la óptica de los especialistas. Esto sin contar con ejemplos de cosas que eran normales en una generación y se vuelven patológicas en otras. Tal es el caso de la crianza exigente y las representaciones de "maltrato infantil" dado anteriormente; hoy en día no es raro escuchar a las personas hablar de autoestima, depresión, fobias y pánicos, temas que ni siquiera eran pensados por los abuelos.

Obviamente, si no se consideraban problemas mucho menos se trataban y menos de la forma como se hace hoy. Para un anciano es confiable el médico en tanto persona familiar, ese que además debe ser su "conocido" desde hace varios años, mientras resulta completamente indebido ir a contar sus pro-

blemas a un extraño. Se pretende, por ejemplo, en las psicoterapias actuales, que un anciano cuente sus "problemas íntimos" a un desconocido (puesto que se parte de la premisa de que si el psicólogo es un amigo o conocido, perturbaría las condiciones óptimas de la relación terapéutica). No es de extrañar que muchas de estas psicoterapias fracasen.

En conclusión, estas diferencias generacionales muestran como algo se convierte en problema (por no decir enfermedad) con solo reconocerlo como tal, al nombrarlo al interior del marco referencia de la cultura que cada generación construye.

En relación con el tema de la cultura y la salud, Fernández, Salovey, Vera, Ramos y Extremera (Fernández, 2002), en su estudio sobre inteligencia emocional, plantean que la percepción es fuertemente influida por factores emocionales (inteligencia y ajuste emocional) y por el tipo de cultura; como las individualistas o las femeninas, que dan una atención diferente al mundo de las emociones.

En este sentido, lo que los miembros de una cultura perciban como bienestar está influido por el nivel de atención que esta presta al plano de lo emocional. Incluso estos autores definen la calidad de vida en términos de las emociones (la calidad de vida subjetiva sería un balance entre las emociones negativas y positivas del individuo). Si bien las emociones influyen en la percepción, estas no son ajenas a los factores sociales.

De Vos (1947), plantea que al estudiar el concepto de salud mental se debe tener en cuenta no sólo la dimensión individual (relaciona-

da con procesos como el ajuste psicológico o la integración individual que hablan de la coherencia interna que el sujeto tiene), sino, además, una segunda dimensión, que es la social, relacionada con el proceso de "adaptación", definida por De Vos como "...la coherencia que el sujeto tiene con el contexto en el que se encuentra..." (De Vos, 1974). Un problema de salud mental aparecería no sólo cuando hay un desorden en la estructura interna del sujeto. También puede haber problemas de salud cuando lo que el sujeto hace –así su estructura interna esté bien– está en desacuerdo con lo que es normal en el contexto en el que se encuentra.

Así, "...los antropólogos notan que variadas culturas no definen el mismo comportamiento como aberrante, o la misma idea como extraña y estas a menudo insisten en una medida relativista para medir el comportamiento 'normal'. Lo que es definido como neuroticismo en una cultura puede ser definido como una adherencia a instrucciones religiosas en otra..." (De Vos, 1974).

Sólo cuando alguien tiene comportamientos que molestan al grupo es definido como "enfermo" y se reconoce para él la necesidad de intervención o ayuda de algún especialista dentro de la cultura, independiente de la explicación que puede ser mágica, religiosa, científica o de otro tipo. La intervención siempre está encaminada a la restauración del individuo dentro del orden particular del grupo social en el cual vive o del cual proviene.

"...En la literatura antropológica han aparecido algunos intentos de encontrar elementos sociales estructurales para explicar síndromes

particulares de enfermedades. Por ejemplo, Harper (1962) describe posesiones de espíritus en el sur de la India como respuesta a tensiones particulares en la estructura de parentesco. En una casta que examinó, encontró que entre el 10 y el 20% de sus mujeres registraban alguna forma de posesión espiritual, muy a menudo durante sus años jóvenes de matrimonio. Parece obvio que la posesión es una forma inconsciente de rechazar al marido por un tratamiento desconsiderado, cuando la joven esposa no encuentra otro recurso y entra en la familia del marido. Conscientemente, ella sólo puede escoger entre el suicidio o la huelga de hambre como arma en contra del maltrato. Si ella es ubicada como una persona 'poseída' –una idea culturalmente disponible–, puede pedir sacrificios costosos como precio que el espíritu demanda por dejarla. La niña puede ser enviada a su casa materna por una estadía prolongada. La posesión da origen a que ella reciba una atención y tratamiento deferente que no estaría disponible para ella, y de ninguna forma será castigada..." (De Vos, 1974).

Si bien este es un buen ejemplo de la forma en que la enfermedad y el síntoma se enlaza al factor cultural, aún hay cierta perspectiva etnocéntrica al mencionar que hay un "rechazo inconsciente" en la explicación del "síntoma"; conceptos propios de la ciencia psicoanalítica de occidente. Esto puede impedir que el investigador se introduzca en el sistema de explicación que la propia cultura hindú le da a la enfermedad.

Por otra parte, el avance en los medios de comunicación y las migraciones que ha posi-

bilitado un mestizaje cultural en las ciudades, abre un campo de investigación interesante y pendiente en lo que respecta a la dimensión social y cultural de la salud mental y de la salud en general, aparte de la tarea pendiente de introducirse en los marcos de referencia, propios de las culturas estudiadas, dejando de lado conceptos preconcebidos que muchas veces dan origen, sin saberlo, a juicios etnocentristas.

Conclusiones

Las investigaciones aspiran medir el bienestar subjetivo con preguntas comparativas sobre los dominios principales de la vida en diversos tipos de poblaciones. La cantidad de instrumentos y métodos para evaluar el bienestar se ha incrementado notablemente en los últimos años. Las escalas de satisfacción-insatisfacción y felicidad-infelicidad aún predominan, aunque los trabajos de algunos investigadores (Ryff, 1989) van más allá. Es notoria, sin embargo, la dificultad de encontrar métodos científicos precisos e indicadores empíricos globales y medidas estadísticas contundentes para cumplir el cometido científico de “no distorsionar la realidad” y saberla reflejar adecuadamente.

El debate entre definiciones de objetividad y subjetividad en el bienestar persiste. Ese debate es complejo; las condiciones e indicadores objetivos parecen ser insuficientes para entender la calidad de vida de una manera generalizable. El ambiente, el barrio y la comunidad en la cual la gente vive, el trabajo

que hagan, el ingreso que reciban, todos son esencialmente determinantes, pero estas medidas objetivas no son suficientes para revelar que la gente encuentre satisfactoria o insatisfactoria, colmada o frustrante, su vida. El mayor testimonio de esta dificultad se expresa en los paradójicos resultados comparativos entre países ricos y pobres. La principal hipótesis explicativa parece ser que “la rutina fatigante de lo hedónico” impide que el bienestar esté garantizado “permanentemente” por la simple existencia de indicadores de calidad de vida en un sujeto o grupo social. Lo anterior tiene diversas explicaciones, bien sea porque la satisfacción de necesidades parece ir siempre detrás de un deseo incolmable o porque hay un procesamiento diferenciado de los acontecimientos y las oportunidades de persona a persona.

Recíprocamente, las investigaciones y encuestas basadas en autorreportes que producen respuestas subjetivas, presentan problemas de validez y confiabilidad en tanto introducen inevitables sesgos; informaciones insuficientes, falseadas o parciales (un mismo sujeto puede sentir bienestar en su matrimonio y malestar en su vida laboral); creencias culturales, ideales sociales y concepciones relativas; juicios variables en el tiempo por cambios en los estados anímicos de los entrevistados; el procesamiento diferenciado de los acontecimientos y oportunidades sociales entre una persona y otra. Los elementos imaginarios y no conscientes de la personalidad (por ejemplo, la persistencia de deseos imposibles y caracteres neuróticos) en las apreciaciones valorativas introducen toda suerte de elementos o problemas

semánticos, lingüísticos y retóricos (exageraciones, evasivas, ambigüedad, minimizaciones, velamientos, normalizaciones, justificaciones, estrategias defensivas) que develan, en suma, el "carácter construido y contextual" de las respuestas allí donde los relatos de vida y las descripciones están determinados por marcos y convenciones interpretativas (Bruner, 1986; Kuhn, 1962; White, 1987).

Por otra parte, los "gustos" y las "creencias" ofrecen dificultades para ser objeto de comparaciones o interpretaciones (por su carácter múltiple, a veces caprichoso y difícilmente generalizables en culturalidades, géneros o generaciones disímiles). Todo lo anterior podría ser visto como impedimentos serios para una lectura científica del tema de las concepciones de bienestar. Sin embargo, sus medidas y valoraciones subjetivas y culturales deben ser reconocidas, estudiadas y desarrolladas, pues estos datos (como las creencias) aparecen permanentemente en las encuestas como un aspecto supremamente determinante en la evaluación de la calidad de vida (asunto agravado, además, por la dificultad de encontrar normas empíricas y medidas universales).

Los datos sobre la autopercepción de la salud y el bienestar que la gente siente sobre su propia vida, más que ser invalidados, pueden ser estudiados, tomados "al pie de la letra" como efectos de sentido, para lo cual son necesarias otras estrategias metodológicas, como los estudios lingüísticos y retóricos (Gergen, 1994) e investigaciones que reconozcan no sólo la existencia y convivencia de una pluralidad de interpretaciones sobre un

mismo material, sino también la existencia de variables socioculturales que obligan al investigador a una vinculación en cercanía con los marcos de referencia propios de la cultura y la época investigada. Las épocas, los países y las culturas difieren bastante en las expectativas de vida. Las investigaciones muestran que la evaluación de un individuo de su propia salud o bienestar es un predictor fuerte.

Las "creencias subjetivas" de la gente, aunque sean inexactas o equivocadas, determinan sus vidas. Tales evaluaciones pueden ser obtenidas fácilmente y pueden ser consideradas como indicadores válidos de estados actuales y asuntos por venir. Las investigaciones sobre bienestar y malestar pueden, entonces, verse favorecidas por acercamientos antropológicos, culturales y estetico-retóricos.

Bibliografía

- ADLER, M.J. *We Hold These Truths*. New York: Macmillan. 1987.
- ALLARDT, E. *Dimensions of welfare in a comparative Scandinavian study*. Acta Sociológica 19:227-239. 1976.
- ANDREWS, F.M. y S.B. WITHEY. *Social Indicators of Well-Being*. New York: Plenum. 1976
- ARANDA, P y OLIVAS, M. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Región y Sociedad*, Vol. XVI, No. 25. http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/25/25_9.pdf. Publicado en la red: en noviembre de 2002. Consultado el 7 de febrero de 2004.
- ARIES, P. y DUBY, G. 1987. *Historia de la vida privada*. Tomo 4, Taurus, Madrid, 1989.
- BALTES, P.B., y K. U. MAYER. *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press. 1999.
- BAUDRILLARD, J. 1976. *El intercambio simbólico y la muerte*. Monte Avila, Caracas, 1992.
- BERENBAUM, H. et. al. *Disturbances in emotion. In Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*,

- D. Kahneman et al., eds. New York: Russell Sage. 1999.
- BRICKMAN, P., and D.T. CAMPBELL. *Hedonic relativism and planning the good society. In Adaptation-Level Theory: A Symposium*, M.H. Apley, ed., pp. 287-302. New York: Academic Press. 1971.
 - BRUNER, J. (1986). *Realidad mental y mundos posibles*. Gedisa, Barcelona, 1998.
 - CAMPBELL, A. *The Sense of Well-Being in America*. New York: McGraw Hill. 1981.
 - CAMPBELL, A., P.E. CONVERSE, and W. RODGERS. *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage. 1976.
 - CANDAL, LEILA. MIR. *Construyendo recorridos: hacia el reencuentro de la Antropología y la Medicina*. SAMA: 2000. <http://www.sama.org.ar/Leila.html>. Publicado en la red: en septiembre de 2000. Consultado 14 de febrero de 2004.
 - COHEN, W.J. 1969. *Toward a Social Report*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
 - CONTINI, Norma. *Hacia un cambio de paradigma: de la psicopatología al bienestar psicológico*. Acta psiquiát Psicol. Am lat. 2001, 47(4):306-315. 2001.
 - COMELLES, Josep. *De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual*. Departamento de Antropología Social y Filosofía, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona: España, 1997. Publicado en la red. <http://www.naya.org.ar/articulos/med01.htm>. Publicado en la red: en octubre de 1997. Consultado el 21 de febrero de 2004.
 - DE LA TORRE FERNÁNDEZ, Julio. En: *Antropología de la salud*. Publicado en la red. <http://club.telepolis.com/torrefdz/antropusi39.htm>. Publicado en la red, diciembre de 2003. Consultado el 22 de febrero de 2004.
 - DE VOS, George. *Estudios de antropología psicológicamente orientados en comportamiento cultural comparativo*. En: *Frontiers of anthropology* de Murray J. Leaf, (Ed) D. van Nostrand Co., New York, 1974. Traducción de Tomás Austin Millán. 1992, para la Escuela de Psicología de la Universidad de Temuco. http://www.geocities.com/tomaustin_cl/ant/antpsicouno.htm_Hlk503957251. Publicado en la red en agosto de 2003. Consultado el 28 de febrero de 2004.
 - DIENER, E. 2000 *Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index*. American Psychologist 55(1):34-43.
 - ELIAS, Norbert. 1968. *El proceso de la civilización*. Fondo de Cultura, Bogotá, 1997.
 - FERNÁNDEZ-BERROCAL, Pablo, et. al. *Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar*. 2002. http://www.psicooactiva.com/Noticias/n_00007.htm Publicado en la red en 2002. Consultado el 6 de marzo de 2004.
 - FOUCAULT, M. 1966. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI, México, 1989.
 - FOUCAULT, M. 1976. *Vigilar y castigar*. Siglo XXI, México, 1984.
 - Gallup, Instituto. *Sondeo y encuesta mundial sobre valores*. 1990-1993.
 - GERGEN, K. (1994). *Realidades y relaciones*. Paidós, Barcelona, 1996.
 - GROSSO, J.L. 2001. *Reclinando la clínica*. 2001. Escrito de circulación interna en la USB.
 - HARRIS, Marvin. *Antropología cultural*. Madrid: Alianza. 1998.
 - HEADEY, B., and WEARING, A. *Subjective well-being: A stocks and flows framework. In Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective*, F. Strack, M. Argyle, and N. Schwarz, eds. Oxford: Pergamon Press. 1991.
 - HEADY y WEARING, 1992. *Cuarto Panel de Calidad de Vida en Australia*. 1992.
 - HOLMES, T.H., and R.H. RAHE 1967. *The social readjustment scale*. Journal of Psychosomatic Research 11:213-218.
 - HOUSE, J.S. *Age, work, and well-being: Toward a broader view. In Impact of Work on Older Adults*, K.W. Schaie and C. Schooler, eds. New York: Springer. 1998.
 - INGLEHART, R. *Culture Shift in Advanced Industrial Society*. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1997.
 - JUSTER, F.T., y F. STAFFORD, eds. *Time, Goods, and Well-Being*. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research. 1986.
 - KAHN, R.L. *Work and Health*. New York: Wiley. 1981.
 - KAHNEMAN, D.; E. DIENER, y N. SCHWARZ, eds. *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage. 1999.
 - KLEVMARKEN, N.A. *Measuring investment in young children with time diaries. In Wealth, Work, and Health: Innovations in Measurement in the Social Sciences*, J.P. Smith y R.J. Willis, eds., Ann Arbor, MI: University of Michigan Press. 1999. pp. 34-63.
 - KUHN, T.S. *La estructura de las revoluciones científicas*. Paidós, Barcelona, 1982.
 - LIPOVETSKY, G 1983. *La era del vacío*. Anagrama. Barcelona, 1998;
 - MARCUSE, H. 1954. *El hombre unidimensional*. Seix Barral, Barcelona, 1984.
 - MIDUS. *National Survey of Midlife Development in the United States*. 2000 Available: <http://www.icpsr.umich.edu/cgi/ab.pr1?file=2760> [2001]. Publicado en la red en 2002. Consultado el 8 de febrero de 2004.
 - MYERS, D.G., y E. Diener. *The pursuit of happiness: New research uncovers some anti-intuitive insights into how many people are happy-and why*. Scientific American 274(5):70-72. 1996.
 - ORLEY, J. *The WHOQOL Measure: Production of the WHOQOL-100 Field Trial Form*. Quality of Life Newsletter 12:3 (April). 1995.

Los conceptos de bienestar y satisfacción. Una revisión de tema

- PIPHER, Mary. *Un país desconocido*. Bogotá: Grupo Editorial Norma. 2000.
- *Programa antropología de la salud*. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_antrop_salud.htm. Publicado en la red en enero de 2004. Consultado el 15 de febrero de 2004.
- RILEY, M.W., y J.W. RILEY. *Generational relations: A future perspective*. In *Aging and Generational Relations over the Life Course: A Historical and Cross-Cultural Perspective*, T.K. Hareven, Ed. Berlin: De Gruyter. 1994
- RYFF, C. *Happiness is everything-or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology* 57:1069-1081. 1995 *Psychological well-being in adult life*. *Current Directions in Psychological Science* 4:99-104. 1989.
- SCHWARZ, N., y F. STRACK. *Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications*. In *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*, D. Kahneman et al., eds., pp. 61-84. New York: Russell Sage. 1999.
- SELIGMAN, M.E.P., y M. CZIKSZENTMIHALY. *Positive psychology: An introduction*. *American Psychologist* 55(1):5-14. 2000.
- SINGER, B., y C.D. RYFF. *Hierarchies of life histories and associated health risks*. *Annals of the New York Academy of Sciences* 896:96-115. 1999.
- STRAUSS, G. *Is there a blue-collar revolt against work?* In *Work and the Quality of Life*, J. O'Toole, ed. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press. 1972.
- VEENHOVEN, R. *Questions on happiness: Classical topics, modern answers, blind spots*. In *Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective*, F. Strack, M. Argyle, y N. Schwarz, eds., Oxford: Pergamon Press. 1991. p. 13.
- VEENHOVEN, R. 1994. "Intervención Psicosocial", vol. 3, Róterdam, Holanda, 1994.
- WARE, J.E., y C.D. SHERBOURNE 1992. *The Mos 36-item, short form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection*. *Medical Care* 30:473-483.
- WARR, P. *Well-being and the work place*. In *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*, D. Kahneman et al., eds. New York: Russell Sage. 1999.
- WHITE, H. (1987). *El contenido de la forma*. Paidós, Barcelona, 1992.
- WORTMAN, C.B., R.C. SILVER, and R.C. KESSLER. *The meaning of loss and adjustment to bereavement*. In *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Interventions*, M. Stroebe, W. Stroebe y R. Hansson, eds. pp. 349-366. Cambridge: Cambridge University Press. 1993.