

Las enfermedades del “estilo de vida” en el trabajo: entre la vigilancia y las prácticas del cuidado de sí

Gustavo Gisbert Gandica

Universitat Autònoma de Barcelona

gus_gisbert@hotmail.com

Introducción

Las enfermedades no transmisibles o no comunicables (enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer principalmente) constituyen actualmente más del 60% de la carga de mortalidad, morbilidad y discapacidades en todo el mundo (World Health Organization, 2005). Esto, aunado al aumento sostenido de sus factores de riesgo y su terrible impacto en los entornos familiares, laborales y comunitarios hace que se esté convirtiendo en tema de interés colectivo a escala global, y conduce a preguntarnos por las formas de vida de las personas en los nuevos escenarios de trabajo, un marco donde cada vez entran más en juego regulaciones de políticas sanitarias globales, nacionales, organizacionales e individuales.

Los lugares y las condiciones de trabajo han cambiado considerablemente en las últimas décadas, no solamente con la automatización y las nuevas tecnologías, sino también con el incremento de modalidades diferentes (por ejemplo, prácticas o pasantías de estudiantes, trabajos a contrato temporal, por honorarios, el teletrabajo, entre otros). Estos cambios, además de otros que se están viviendo con la globalización y el nuevo capitalismo, como son el trabajo precario, el subempleo, el flexismo, la movilización continua de grandes empresas entre diversos países y la reducción de plantillas, contribuyen a la creación de ambientes laborales muy complejos, dinámicos, los cuales tienen múltiples efectos sobre la salud de los trabajadores.

Transformaciones de las figuras trabajo y salud

En el transcurso de la historia del mundo occidental, el trabajo ha sido considerado significativamente durante mucho tiempo en su dimensión de maldición, de servidumbre, de esclavitud, impropio de ciudadanos políticos o libres. Es solo a partir del desarrollo de la revolución industrial que empezamos a tener un modelo social que posibilita una comprensión muy distinta sobre el trabajo.

“No sólo deja de considerarse como signo de esclavitud, sino que se le atribuyen características poderosas para el logro de una vida de bienestar” (Rodríguez, 1992).

En este marco socio-histórico, la ciencia y las nuevas tecnologías son los pilares que sostienen y dirigen la organización social del trabajo. Este modelo de bienestar socioeconómico, propio de los países desarrollados en los años 20 y 30 del siglo pasado, fue denominado por muchos como “fordismo” o estado de bienestar. No obstante, hoy en día se habla de la era del “postfordismo” aludiendo a un gran cambio no solo en las organizaciones laborales, sino también del modelo de

sociedad que habitamos. Es por eso que al hablar de trabajo hoy en día suelen usarse adjetivos como “postindustrial” o “posthumano” si bien se sigue manteniendo en la práctica una cierta idea de que el trabajo está asociado a una vida de bienestar o al progreso de la sociedad.

La idea de asociar trabajo-bienestar y salud distinta a la otrora asociación trabajo-malestar y enfermedad solo parece posible a partir del cambio no solo del significado asociado al trabajo, sino también del cambio en la concepción tradicional de la salud, que la comprendía solo como “ausencia de enfermedades”, y que desde mediados del siglo XX la ha venido considerando más bien en su dimensión positiva de bienestar general.

En el transcurso del siglo XX se ha producido un cambio en la comprensión del patrón de los orígenes de las enfermedades en el trabajo, ya no atribuibles tanto a condiciones físicas, materiales o ambientales de los lugares de trabajo, sino más bien al riesgo de los estilos de vida y comportamientos de los individuos en sus vidas, en un marco de teorías sociocognitivas y el desarrollo de las disciplinas Psi.

Conformación del dispositivo salud y configuración de los estilos de vida

Los estilos de vida, se revelan entonces como un área fundamental para la comprensión de estas enfermedades. La mala alimentación, la obesidad, el consumo de tabaco, la presión arterial elevada, el sedentarismo, el estrés negativo, el burn out, entre otros factores psicosociales, son algunos de los factores de riesgo más importantes que propician la aparición de las enfermedades no transmisibles. Estas enfermedades representan cada vez más un costo elevado para las organizaciones laborales, así como también significan altos costos en el cuerpo social y los servicios sanitarios, debido a las discapacidades que generan. Y debido a esto, cada vez más comienzan a entrar en juego políticas de salud en espacios empresariales, regionales, nacionales y mundiales que regulan los comportamientos y los estilos de vida de las personas, y específicamente en el ámbito laboral es muy notorio el complejo dispositivo que regula una biopolítica de la salud en el trabajo.

De esta forma, en las últimas décadas hemos asistido a un giro en la conceptualización de salud. Más aún, durante el último cuarto del siglo XX médicos, psicólogos y sociólogos han cuestionado la utilidad del imperante y hegemónico modelo biomédico. Dicho modelo ha significado un importante progreso en la prevención y erradicación de enfermedades infecto-contagiosas, pero ciertamente impone o restringe una comprensión más holística de la salud. Es así como desde hace un poco más de dos décadas han comenzado a emerger modelos alternativos, que no sólo incorporan factores biológicos y antropológicos sino que también incluyen aspectos psicológicos, culturales y sociales. Estos modelos han sido llamados modelos biopsicosociales.

En cualquier caso, el factor más decisivo en ese nuevo enfoque en el campo de la salud, ha sido el que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. En este sentido, la concepción del riesgo nos ha marcado profundamente, y por ello se ponen en marcha cada vez más medidas de control de salud, higiene psicosocial y ergonomía en los lugares de trabajo.

El concepto de estilos de vida ha sido analizado principalmente desde la psicología social de la salud desde un punto de vista cognitivo o sociocognitivo y mentalista. Desde la óptica de estas teorías, que

conforman la hegemonía en el abordaje sobre los procesos de salud/ enfermedad y prevención desde el punto de vista psicosocial, se le atribuye al estilo de vida un sentido racionalista. De esta forma, el estilo de vida sería una especie de “elección” o toma de decisiones que realiza la persona, en función de sus cogniciones, aprendizajes, actitudes, creencias, expectativas o representaciones mentales. Siguiendo rigurosamente la lógica de estas teorías, se llega a la conclusión de que, en el momento que cambien dentro de la racionalidad del individuo estas cogniciones, aprendizajes, actitudes, creencias, expectativas o representaciones mentales, cambiarán desde luego los estilos de vida (entiéndase: comportamientos). Esta es la forma tradicional en la que se utiliza el término estilo de vida en prevención, en educación para la salud, psicología de la salud y otras disciplinas.

La idea que persigo desarrollar en este trabajo de investigación es que el concepto de estilos de vida puede ser entendido en términos no representacionistas o mentalistas, y puede ser enfocado ontológica y epistemológicamente desde una perspectiva discursiva. De esta forma, he procurado no colocar el acento sobre la cognición del individuo aislado, sino tratar de comprender las personas en relación en un entramado de componentes humanos y no humanos, conectadas de acuerdo a sus usos y juegos de lenguaje. Resulta muy útil tratar de conectarlo al concepto de “formas de vida” de Wittgenstein (2004) en la búsqueda de la comprensión de las personas en su existencia, en su pragmática de relaciones en el mundo.

En el presente trabajo, no uso entonces “estilos de vida” en la forma del enfoque tradicional, sino que empleo el término en un sentido ontológicamente diferente. Para ello he tomado como punto de referencia a Ludwig Wittgenstein, que al referirse a los “juegos de lenguaje” planteaba lo siguiente

“Llamaré <<juego de lenguaje>> al todo formado por el lenguaje y las acciones con las que está entretelado (...) La expresión <<juego de lenguaje>> debe poner de relieve aquí que hablar el lenguaje forma parte de una actividad o de una forma de vida” (Wittgenstein, 2004).

Así, de una manera muy resumida podría decirse que el uso del lenguaje, si bien tiene ciertas reglas, las mismas no existen fuera de su inmanencia, es decir, que el significado está en su pragmática, en las prácticas habituales, y no en sustitución de algo más. De esta forma, lenguaje, objetos y pensamiento se vuelven un mismo tema, lo que elimina la necesidad de hablar de agentes internos o externos. Así, las “formas de vida” que plantea el autor se refieren a los usos lingüísticos que una comunidad establece para las cosas. Quizás hasta sería posible equiparar el concepto de “forma de vida” a la noción de identidad (desprovista, claro, de la carga mentalista que sigue teniendo hoy en día). En este sentido tal vez sería preferible emplear el término “formas de vida” que el de “estilos de vida”, pero he optado por dejarlo porque su uso es el comúnmente aceptado y reconocido en la literatura, asumiendo desde luego una perspectiva teórica, conceptual y metodológica diferente a la tradicional.

En este contexto, he procurado desarrollar paralelamente dos conceptos ancla que pueden contribuir a una comprensión más crítica de los procesos de salud/enfermedad en el trabajo, que son los de “Vigilancia” y las “Prácticas de cuidado de sí”. Estos dos conceptos son tomados de M. Foucault, y los desarrollo en el marco de la conformación de un dispositivo salud global, sobre la base de la presión del entorno laboral, en un clima de incertidumbre, inseguridad, flexismo y nuevo capitalismo de las empresas, en los que parece empezar a gestarse ya no una necesidad, sino una obligación o compromiso de estar saludable a como dé lugar para poder mantener el empleo. A esto es lo que denomino “biopolítica de la salud”. La configuración de un poder sobre los cuerpos dentro del marco

de un dispositivo, tal como lo entiende Foucault, como un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas (Foucault, 2005).

Hacia una aproximación post-cognitiva en psicología social de la salud

En este sentido, parece conveniente alejarse un poco de la dimensión individualizada y mentalista de la psicología social de la salud cognitivista, y tratar de mirar en otras direcciones. La configuración de ambientes de trabajo diferentes, a través del tele-trabajo, de las redes inalámbricas, de los dispositivos telefónicos móviles, han terminado por disolver la frontera que existía entre el espacio de trabajo y el espacio de la vida privada o íntima del trabajador, su tiempo libre y su familia. En efecto, cada vez es más común la realización de trabajo desde el hogar, o las políticas que no establecen un horario definido de trabajo, sino por proyectos o por actividades puntuales. Las teleconferencias, el uso de mensajería móvil, los celulares, y otros múltiples dispositivos tecnológicos han atravesado todas las relaciones humanas de una forma impresionante. De esta manera, a pesar de que el trabajo haya perdido valor de centralidad, mediante todos estos dispositivos se ha inmiscuido en cada uno de los espacios de nuestras vidas, y resulta cada vez más difícil saber dónde está el límite entre una cosa y otra. La otrora diferenciación trabajo-vida privada debe repensarse en función de este conjunto de redes biopolíticas y biotecnológicas y resulta particularmente interesante aproximarse al fenómeno de cómo comprender los procesos de salud-enfermedad en estos nuevos escenarios.

Ciertamente, la psicología social de la salud tiene muy grandes retos en los próximos años. Las enfermedades no transmisibles han tomado prioridad en el mundo, desplazando a las enfermedades infecto-contagiosas. Y es abrumadora la cantidad de investigaciones que se realizan para recabar evidencia científica en cuanto al enorme impacto de los comportamientos, de los estilos de vida y de los hábitos en la salud, en la enfermedad y la muerte de la gente. En este escenario, vale la pena revisar los modelos teóricos que se están usando, y asimismo evaluar sus resultados. Porque resulta curioso que algunos elementos que están presentes en la modificación de comportamientos para el logro de estilos de vida saludables, tales como el poder, la vigilancia, la resistencia, la dignidad, la ética como práctica de libertad, el cuidado de sí, son realmente invisibilizados por la búsqueda de evidencia científica, por el poder de la ciencia.

De igual modo, la realidad del mundo del trabajo ha suscitado profundas transformaciones en nuestro modo de vida y nuestras maneras de entender, nuevas concepciones del mundo que queremos. La línea borrosa o difusa que vivimos actualmente, entre la *vita activa* y la *vita contemplativa* a la que nos hacía referencia Hannah Arendt, nos señala el reto de pensar de manera diferente, integradora y transdisciplinaria con respecto a los fenómenos de salud/enfermedad en el trabajo.

Analizar lo que ocurre en este continuo movimiento es una gran exigencia para nuestro pensamiento, y frente a las posibilidades que hay por delante, me gusta recordar lo que nos planteaba Arendt: resulta un reto útil tratar de pensar sin barandas.

Referencias

Foucault, M. (2005). *Vigilar y Castigar*. Madrid: Siglo XXI

Rodríguez, A. (1992). *Psicología de las organizaciones: teoría y método*. Barcelona: PPU

Wittgenstein, L. (2004a). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Crítica

World Health Organization (2005). *Encuesta Mundial De Salud*. Publicaciones OMS.