

FACTORS PSICOLÒGICS, ALIMENTACIÓ I SALUT

RAMON BAYÈS

Departament de Psicologia Experimental i Psicofisiologia
Universitat Autònoma de Barcelona
Facultat de Lletres. Bellaterra (Barcelona)

D'acord amb un informe donat a conèixer per la revista nord-americana *Healthy People*, 7 de les 10 principals causes de mort als països occidentals es troben determinades, en gran part, per factors de comportament (Cfr. Deleon i Pallak, 1982). I –afegim nosaltres– l'etiologia, el curs i la prognosi de la major part de trastorns i malalties –sinó tots– estan també, probablement, afectats pel comportament de l'home.

Com ja assenyalàvem fa pocs mesos en el Primer Congrés del Col·legi Oficial de Psicòlegs (Bayès, 1984a), la influència dels factors psicològics –cognitius, emocionals i motivacionals– tant en el procés d'emmalaltir com en la prevenció dels trastorns i les malalties, i en el manteniment d'un nivell òptim de salut, constitueix un fet ben establert, encara que els mecanismes mitjançant els quals aquesta influència es produeix siguin, en alguns aspectes, encara poc coneguts. En l'actualitat, hom pot defensar que les variables psicològiques incideixen *sempre*, en alguna mesura, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en *tots* els trastorns i malalties –i no únicament en els anomenats psico-somàtics– des del dolor crònic fins al càncer, així com en el manteniment i enfortiment de l'estat de salut. I, a la vegada, estem igualment convençuts que tots els trastorns i malalties tenen repercussions, grans o petites, en l'àmbit psicològic.

A casa nostra, la influència del comportament humà en els problemes de salut és destacada, cada vegada amb més insistència, per llurs responsables i experts. Així, per exemple, el Dr. Josep Laporte (1982), conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, escrivia fa un parell d'anys:

Tot i que generalment l'etiologia de les malalties cròniques és múltiple i els factors biològics i la disponibilitat i qualitat dels serveis d'assistència sanitària puguin jugar un cert paper, actualment és àmpliament acceptat el fet que els factors més importants en la causalitat d'aquestes malalties són els ambientals (contaminació física, química, psico-social i socio-cultural) i les conductes humanes o estil de vida (drogodependències, hàbits alimentaris, pràctiques en relació amb l'exercici físic, etc.).

I a Madrid, el Dr. Pedro Zarco, cap d'exploració cardiopulmonar de l'Hospital Clínic, en unes declaracions fetes al diari *El País*, després de remarcar que el 44 per cent dels morts que es produeixen a Espanya són provocats per malalties vasculars i qualificar l'arteriosclerosi d'epidèmia de l'era post-industrial, indica els tres factors

que, en la seva opinió, són els causants de l'esmentada «epidèmia»: «que la gent fuma més, que fa menys exercici i que menja molt més» (Cfr. Tinoc i Martin, 1983), que és també una manera de dir que a la base dels tres factors s'hi troba el comportament de l'home.

Quan fa pocs anys es preguntà a 193 experts de 23 països si creien que el coneixement que tenim sobre les relacions existents entre la dieta alimentària i la malaltia coronària era suficient per recomanar un canvi moderat en la dieta de la població, 176 d'ells contestaren afirmativament (Cfr. Tell, 1982). Personalment, no tenim cap dubte que el reconeixement d'aquest fet s'hauria de traduir com més aviat millor en mesures clares de política alimentària i, almenys, en campanyes de sensibilització semblants a la que està tractant de portar a terme, encara que amb pocs mitjans, la Generalitat de Catalunya en l'àmbit del tabaquisme (Vaqué, 1984). I, tal com assenyalava Tell (1982), en aquest punt és important remarcar que moltes vegades, en planificar programes relacionats amb la nutrició hom oblida que qualsevol recomanació de canvi en les pautes de consum existents *ha d'ésser acceptable per a la població i s'ha de poder adaptar als costums i tradicions ètnics, socio-econòmics i propis de l'edat*. I altra volta ens topem amb la Psicologia.

De fet, considerem que la forma més lògica, econòmica i eficaç de lluitar contra les malalties vasculars –i també contra moltes altres– no és multiplicar les unitats assistencials sinó comprendre el comportament humà que les possibilita, en el sentit de conèixer científicament les lleis i determinants de les quals aquest comportament humà és funció, i, amb aquesta base, aconseguint canvis que facin, en la mesura possible, innecessària l'existència d'un aparell terapèutic i rehabilitador costós i complex. I, en dir això, no és la nostra intenció voler psicologitzar els problemes de salut. Si ho és, en canvi, defensar –en la línia pluridisciplinar que s'ha plantejat aquesta ponència i a la qual no som els únics de donar suport a casa nostra (Casasas, 1983)– que els coneixements i les habilitats psicològiques poden i han d'assolir un paper important en el camp sanitari, al costat dels que ens proporcionen la Medicina, la Biologia, la Farmacologia, la Sociologia, la Antropologia, l'Economia, etc.

Tal com es posà de relleu a Gran Bretanya fa poc temps, els canvis que cal introduir en la dieta dels països occidentals, són cada vegada més clars. Com també ho són els obstacles que s'oposen a aquests canvis. En efecte, fa uns cinc anys el govern britànic encarregà a un grup d'experts la redacció d'un informe per tal de trobar una dieta sana per als habitants de les illes i, segons se sabé el juliol de 1983, aquest informe feia ja dos anys que estava elaborat però havia quedat bloquejat pel Departament de Salut, degut a l'acció de la *British Nutrition Foundation*, organisme que tenia representants a la comissió d'experts i que rep el 98 per cent dels seus fons de la indústria alimentària. Gràcies a una filtració, el *Sunday Times* (Cannon, 1983) en publicà les conclusions principals:

a) Qualsevol persona que en l'actualitat segueix la dieta mitjana britànica corre el risc d'emmalaltir.

b) Els trastorns i malalties següents –molt més freqüents en el món occidental que en altres societats– es troben relacionats amb la dieta: al·lèrgies, anorèxia, càncer de còlon i recte, restrenyiment, diabetis, malaltia diverticular, malaltia biliar, malalties del cor, pressió arterial elevada, síndrome de còlon irritable, dèficits minerals, obesitat, apoplexia i dèficits vitamínics.

c) Un objectiu desitjable d'aconseguir es podria concretar, a escala nacional, en: una disminució d'un 10 per cent en el consum de greix i sucre, d'un 8 per cent en el de sal, i en un augment d'un 25 per cent en el consum de fibra vegetal.

De fet, allò que, en la nostre opinió, és el més nou de l'informe no és la tendència que manifesta cap a una disminució del consum de greix i un augment del de fibra vegetal sinó la concreció dels objectius que es proposen i que, si fossin assumits pel govern, s'haurien de traduir en canvis importants en la política alimentària. I això és, probablement, el que fa que l'informe sigui considerat perillós per als interessos de determinats sectors econòmics. No hem d'oblidar, per exemple, que la concessió de subsidis als productors de llet ha contribuït a crear un augment tan gran de mantega emmagatzemada al Mercat Comú que s'han organitzat campanyes per fomentar les vendes malgrat que és perfectament conegut que el seu consum hauria d'ésser mínim degut a la seva concentració en àcids grassos saturats (Valtueña, 1984).

Que no es tracta d'una orientació nova ni revolucionària ho prova el fet que coincideix, en línies generals, amb el que podem trobar en altres informes i treballs recents (Weisburger, Wynder i Horn, 1982). Blackburn (1981a, 1981b), en dos documentats articles en els quals estudia la cardiopatia coronària des del punt de vista de la salut pública, arriba a unes conclusions que, al seu judici, es troben d'acord amb les dades proporcionades per 16 comitès d'experts sobre el tema:

1a. La hiperlipèmia constitueix un requisit important previ al desenvolupament de l'arteriosclerosi en la població i l'augment de risc de cardiopatia coronària.

2a. Els factors socio-culturals i, en especial, la dieta, tenen una influència decisiva en la hiperlipèmia de masses.

3a. Si hom modifiqués la dieta habitual de les poblacions occidentals, riques en calories, greixos saturats i colesterol, no es presentarien els problemes de masses de l'arteriosclerosi i la cardiopatia coronària.

4a. Els actuals hàbits alimentaris de les poblacions occidentals no han evolucionat segons una política a llarg termini fonamentada en unes bases conceptuals sanitàries o en la progressiva aportació de les dades científiques disponibles. Són, simplement, en bona part, el producte empíric dels factors conjunturals d'una economia de mercat. En paraules de Blackburn (1981b): «els excessos i les distorsions del sistema constitueixen forces poderoses que contribueixen a augmentar el colesterol de la societat». Així, per exemple, als Estats Units, mentre que el 70 per cent del temps dedicat a anuncis televisius es destina a promoure aliments rics en greix, greixos saturats, colesterol, sucre i sal, només el 3 per cent fomenta el consum de fruites i verdures.

5a. Fins ara, els governs occidentals no han portat a terme una política clara en el tema de la dieta nacional. Aquesta aparent neutralitat constitueix, de fet, una força social que contribueix a augmentar el colesterol de la població, el risc d'emmalaltir i els costos sanitaris assistencials.

6a. No hi ha dubte que un canvi en la dieta de la població, acompanyat d'un millor control de la hipertensió, un augment de l'exercici físic i la disminució en el consum de cigarretes contribuirien a minvar notablement la incidència de nombroses malalties i farien baixar les taxes de mortalitat. Les recomanacions de les autoritats científiques competents quant a la dieta que conduiria a disminuir el risc de malaltia cardiovascular, són totes coincidents i han estat resumides per Blackburn (1981b) en la Taula I.

7a. És d'importància vital per a la salut pública que s'alerti la població sobre el perill potencial d'hiperlipèmia que deriva, en gran mesura, dels seus hàbits alimentaris.

8a. Donat l'efecte posterior en l'edat adulta i la possibilitat d'establir una prevenció en la infància, és important aconseguir una disminució de les taxes de coles-

TAULA I. *Recomanacions per a la selecció d'aliments, llur preparació i consum, segons Blackburn (1981b).*

-
1. Disminuir el consum de carns vermelles grasses.
 2. Augmentar el consum de carn magra.
 3. Augmentar el consum de peix i aus de corral.
 4. Disminuir el consum de plats precuinats amb un alt contingut de greix saturat.
 5. Substituir parcialment la disminució de consum de greix per aliments rics en àcids grassos polisaturats, tals com els olis vegetals.
 6. Fer servir solament llet i productes lactis sense greix, menys en el que fa referència als lactants.
 7. Disminuir el consum de mantega.
 8. Disminuir el consum de rovells d'ou a un màxim de tres per setmana.
 9. Augmentar el consum de llegums, verdures, cereals de gra complet, fruites i fruites seques.
 10. Disminuir el consum de sucre refinat i d'aliments rics en sucre refinat.
 11. Disminuir el consum de sal i d'aliments amb un alt contingut de sal.
 12. Reduir la ingesta calòrica i augmentar la despesa calòrica amb el treball i/o l'activitat física.
-

terol ja en les etapes infanto-juvenils.

9^a. Cal portar a terme molta investigació per conèixer *com influir més eficaçment en els factors culturals* determinants de la cardiopatia coronària, en especial, els hàbits dietètics i el consum de tabac.

Abans d'abandonar el tema de les cardiopaties voldriem recordar que, més enllà de l'evidència epidemiològica, ha estat demostrat molt recentment als Estats Units (Cfr. Grande Covián, 1984) en una investigació amb 3.800 subjectes humans que ha durat 10 anys i ha fet servir una estratègia doble cec, que una reducció del nivell de colesterol en plasma equivalent a un 1 per cent del seu nivell inicial suposa una reducció d'un 2 per cent en la freqüència d'accidents coronaris. El Dr. Rifkind, director de la recerca, estima que la reducció dels nivells de colesterol dels membres de la població americana que pateixen de nivells elevats de colesterol podria reduir la mortalitat coronària als Estats Units en unes 100.000 morts l'any. I Grande Covián, que porta molts anys treballant en la prevenció de l'infart de miocardi per mitjans dietètics, remarca la importància del coneixement del que ja es disposa per actuar de forma preventiva i confia que els metges i organismes responsables espanyols el tinguin en compte, sobretot, a partir d'ara.

Evidentment, un canvi dietètic com el que preconitzem no solament constituïria una mesura adequada per a les cardiopaties sinó també per a molts altres trastorns i malalties alguns dels quals ja abans hem esmentat, tals com el restreïment, alguns tipus de càncer, la diverticulosi, les hemorroides, els pòlips, etc., sobretot si aquest canvi alimentari va acompanyat de canvis en altres possibles factors concomitants causants o facilitadors de malalties, ja que no podem oblidar que les diferents cultures o grups humans que normalment se solen comparar en els estudis epidemiològics es diferencien en quelcom més que en els hàbits alimentaris (Bayès, 1984b, 1984c), com, per exemple, en: la contaminació de l'aire, l'aigua i els aliments produïda per la industrialització i els insecticides; la falta d'exercici físic potenciada per l'ús de l'automòbil i les professions sedentàries; l'estrès propi de les societats competiti-

ves i les conjuntures econòmiques deprimides, especialment l'atur; el consum de drogues –sobretot, tabac i alcohol– i medicaments; i altres factors com els colorants, conservants, additius, etc., que s'afegeixen als aliments sense que sapiguem encara molt bé quins poden ésser-ne els efectes a llarg termini sobre el nostre organisme. De fet, de tots els productes químics creats per l'home que es troben en el nostre medi ambient, per exemple, només se n'han estudiat uns 7.000 respecte a llur capacitat per generar càncer i d'aquests, uns 1.500 han resultat tumorigens per als animals experimentals (Vericat, 1984); respecte a aquest problema, Ames (1979) ha suggerit que el modern floriment de la indústria química es traduirà en l'aparició d'un gran nombre de processos cancerosos durant l'actual dècada dels anys 80 i les següents, com ja està succeint. Finalment, és important considerar tot això enfront de la realitat unitària de l'home en el qual els sistemes immunitari, neuroquímic i hormonal es troben interrelacionats i qualsevol cosa que n'afecti un pot també, en alguna mesura, afectar els altres (Ader, 1981), i en el qual es donen ja per absolutament demostrats els efectes de l'estrès sobre els aparells immunitari, cardiovascular i gastrointestinal (Miller, 1980).

Aquest podria ésser un possible diagnòstic del problema considerat en el seu conjunt. Però estem massa acostumats que, en Medicina, es doni un èmfasi quasi absolut al diagnòstic i s'oblidi que si les terapèutiques o dietes prescrites no es compleixen, a efectes de salut el millor diagnòstic i la dieta més ben establerta no serveixen per a res (Liebson, Bigelow i Griffiths, 1983). Fins ara, el normal és que els pacients que segueixen els tractaments prescrits en llargues malalties no ultrapassin el 50 per cent d'observància, i percentatges al voltant del 20 per cent s'han trobat en els tractaments de l'obesitat, la tuberculosi, la hipertensió i la profilaxi del reumatisme (Ross i Guggenheim, 1983; Stunkard, 1981).

Tenim ja alguns dels objectius alimentaris desitjables. També coneixem alguns dels obstacles socio-econòmics que s'oposen al canvi. Paral·lelament –i no com a alternativa– a aquesta lluita, creiem, també, important i necessari preguntar-nos: ¿quins són els mecanismes psicològics que poden afavorir o dificultar un canvi dietètic, quins els capaços de mantenir una nova dieta més saludable, suposant que aconseguim instaurar-la? No n'hi a prou amb un diagnòstic de quina és la dieta adequada per a una població; és necessari que la població alteri realment els seus hàbits d'alimentació per adaptar-se a la dieta recomenada. I això és veritablement molt difícil. Adams (1960) arriba a dir que quan un poble és absorbit per una cultura estranya, abans perd la seva llengua, les seves idees polítiques i els seus vestits tradicionals que els seus hàbits alimentaris. No hi ha dubte però que com més bé coneguem els principis i les lleis que governen el comportament d'ingesta d'aliments i l'adquisició, manteniment i canvi de les preferències i aversions alimentàries més probable serà que aconseguim tenir èxit en la nostra tasca. I són aquests aspectes alguns dels que, nosaltres creiem, poden justificar una intervenció del psicòleg en els equips pluridisciplinars que s'ocupin dels problemes d'alimentació en relació amb la salut.

Aquesta intervenció, en la nostra opinió, podria tenir lloc a diferents nivells:

a) *Prevenició primària*. Per exemple, en la substitució dels actuals hàbits d'alimentació nocius per hàbits d'alimentació sans. Tan important com establir una dieta sana, equilibrada i factible per a una població és aconseguir que sigui *acceptada* i *seguida* per aquesta població.

b) *Prevenició secundària*. Per exemple, aconseguir que les persones posin remei immediat als primers trastorns relacionats amb l'alimentació, com per exemple, aug-

ment de pes, restreïment, etc., en el possible de forma no medicamentosa mitjançant la pràctica d'una cultura general sanitària de què hauria de gaudir tota la població: relaxació, canvis dietètics menors, gimnàstica abdominal, augment de l'exercici físic no competitiu, etc.

c) *Prevenció terciària*. Per exemple, aconseguir que els malalts crònics segueixin les dietes i terapèutiques prescrites per llurs metges. Resoldre els problemes de canvis de gust produïts per la medicació que poden conduir a anorèxies medicamentoses.

d) *Terapèutica*. Establir programes de modificació de conducta per al tractament de l'obesitat, anorèxia nerviosa, restreïment crònic, etc.

Des d'un punt de vista psicològic hi ha dos aspectes, de què ja hem fet esment, que considerem especialment importants, en els quals els coneixements disponibles són encara molt migrats i en els quals ens voldriem detenir uns moments. Ens referim a:

a) L'establiment, manteniment i canvi de les preferències i aversions alimentàries.

b) La influència dels factors psicològics en alguns trastorns i malalties de l'aparell digestiu.

No creiem necessari destacar altra vegada la importància que poden tenir les preferències i aversions alimentàries en l'adquisició, manteniment i canvi d'una dieta. Malgrat això, creiem que aquest factor ha estat ben sovint negligit pels experts en dietètica.

Les marcades diferències que podem trobar entre els hàbits d'alimentació de diferents cultures (Brothwell i Brothwell, 1969; McConnell, 1977) ens suggereixen que la gamma de preferències i rebuigs alimentaris és tan gran, complexa i variada com ho són les llengües, dialectes i argots que fan servir les comunitats humanes per a comunicar-se.

Pel altra banda, aquesta varietat no és un tret característic de la nostra espècie, sinó que també ha estat observada en altres, tant en situacions naturals com en experiments controlats de laboratori. Grantt (1944), per exemple, escriu que Stefansson, l'explorador polar, li digué que els seus gossos esquimals preferien morir de fam abans d'acceptar peix, carn o qualsevol altre tipus de menjar que no haguessin consumit quan eran petits, i que es veïe obligat a donar-los carn d'ós polar, foca, llop o d'altres animals propis del mateix hàbitat dels gossos. També hi ha evidència procedent d'investigadors (Burghart i Hess, 1966; Capretta, 1969; Hallowell, 1963; Rabinowitch, 1969; Revusky, 1974) i animals (tortugues, ocells, micos, gallines, rates) molt diferents que fan palès que *les preferències i rebuigs alimentaris* —dins de límits molt amples— *no són innats sinó productes de l'aprenentatge. I que, per tant, són susceptibles d'ésser modificats.*

Wyrwicka (1981), en una sèrie de treballs molt interessants, ens ensenya com es poden canviar els hàbits d'alimentació de les noves generacions de gats, alterant el comportament dietètic de les mares. Després d'implantar elèctrodes en l'hipotàlem de diverses gates gestants, les entrenà en una caixa de Skinner on rebien estimulació elèctrica agradable cada vegada que premien una palanca; més tard, retirà la palanca al temps que ofería a les gates dos tipus de menjar: grànols de carn —menjar preferit per aquestes gates— i un tipus d'aliment molt allunyat de llur dieta normal —trossets de plàtan, cereals, puré de patata, etc.—. Al principi, les gates, a les quals s'havia deixat sense menjar durant un temps, es llançaven afamades sobre la carn i només esporàdicament s'acostaven a l'altre plat per ensumar-lo però quan ho feien

rebien estimulació elèctrica agradable. En sessions posteriors, les gates, en entrar en el recinte experimental, sense fer cas de llur menjar preferit, es dirigien directament al plat que tenia l'altre aliment i només rebien estimulació plaent quan se'l menjaven; durant la sessió, d'uns 10 minuts, podien rebre entre 200 i 300 estimulacions. Una vegada el comportament de les gates s'estabilitzà, s'introduïren en el recinte experimental un o dos de llurs fills, que acompanyaven la mare mentre durava la sessió. Quan els gatets tenien tres mesos d'edat eren separats de les seves mares. Com a resultat d'aquesta intervenció, els gats de quatre i cinc mesos que havien menjat prèviament cereals amb llur mare, preferien aquest tipus de menjar a la carn, i els gats que havien menjat plàtan en presència de llur mare, acceptaven aquest fruit sense problemes, en contrast amb gats de la mateixa edat que mai no n'havien menjat, els quals rebutjaven el plàtan sistemàticament.

D'acord amb Wyrwicka (1981), els mecanismes responsables del desenvolupament de les preferències alimentàries en la infància serien els següents: a) imitació; b) condicionament clàssic, en el qual l'aparença i l'olor del menjar actuarien com a estímuls neutres que es convertirien en condicionats; i c) condicionament instrumental, en el qual l'acte d'ingerir determinat tipus de menjar tindria conseqüències positives o negatives per a l'individu.

Respecte a les aversions alimentàries, aquestes han estat reiteradament aconseguides al laboratori associant tipus de menjar específics a malestar o malaltia produïts per la ingesta de determinats productes químics o per l'exposició dels subjectes a dosis tòxiques de radiació (Garcia, Kimeldorf i Koeling, 1955; Garcia, McGowan i Green, 1972; Logue, 1979; Milgram, Krames i Alloway, 1977). Sorprenentment, les aversions gustatòries es poden adquirir en una sola associació, solen ésser intenses i durables, i de forma característica, la separació temporal entre la ingesta de l'aliment i l'aparició del malestar pot ésser d'algunes hores i, malgrat això, ésser plenament eficaç.

A nivell humà és també interessant remarcar que, d'acord amb Wooley, Wooley i Dunham (1972), els homes –almenys a la nostra cultura– són incapaços de reconèixer el valor calòric dels aliments que mengen i informen de llurs sensacions de gana després de períodes variables de privació, més en consonància amb l'estimació subjectiva del valor calòric que assignen al menjar prèviament ingerit, que no amb el seu valor calòric real. Tenint en compte que els fills, com hem vist, poden perfectament aprendre llurs preferències i rebuigs alimentaris del comportament de llurs pares, no hi ha dubte que en el cas que aquests pares s'alimentin correctament proporcionaran a llurs fills un bon llegat de salut. Però, i en cas contrari?

Possiblement, té raó Wyrwicka (1981) quan escriu: «sembla que l'únic camí per evitar que els nens desenvolupin preferències alimentàries inadequades consisteix a... proporcionar al menjar sa un *gust* que sigui *agradable* tant per als adults com per als nens» i «la preferència pel menjar sa només es podrà mantenir si aquest menjar és capaç de produir una satisfacció sensorial igual o superior a la que proporcionen els altres aliments». I aconseguir-ho, no ho oblidem, no és un problema de dietètica sinó un trencaclosques en el qual se suposa que els psicòlegs haurien d'ésser experts a trobar-hi solució. I enfront del qual, malauradament, tal com assenyalen Logue, Ophir i Strauss (1981), encara hi ha molt poca recerca feta i hom disposa d'escassa evidència.

Només per fer més palesa la dificultat de la tasca que cal portar a terme –la seva importància creiem que ja haurà quedat prou clara– diguem que en una anàlisi feta sobre les preferències i aversions alimentàries d'un grup de 71 estudiants de segon

cicle de la Universitat Autònoma de Barcelona, un 17 per cent dels aliments –tots ells admesos dins el nostre marc cultural– que obtenen la màxima puntuació positiva per part d'uns membres del grup són considerats, a la vegada, com els més aversius per altres membres del mateix grup (Bayés, 1983a). I que la major part de preferències i aversions alimentàries solen restar estables al llarg de tota la vida.

De fet, en la nostra opinió, l'ample varietat d'aliments preferits i rebutjats dins la gamma acceptada per la nostra cultura, i l'especificitat d'aquestes preferències i rebuigs donen suport a la hipòtesi que atorga una importància cabdal a la història individual de condicionament en la seva formació. Tant des d'una perspectiva de recerca bàsica –formació ràpida d'associacions de gran persistència i intensitat– com per la importància de l'aplicació dels coneixements que es puguin adquirir, creiem que s'hauria de fomentar la investigació en el camp de la gènesi, desenvolupament i manteniment de les preferències i rebuigs alimentaris en subjectes humans. No podem perdre de vista que si poguéssim aconseguir algun grau de control sobre les variables responsables de l'adquisició i persistència d'aquestes preferències i aversions aquest fet podria tenir notables repercussions en el camp social, econòmic i sanitari (Bayés, 1983a).

Sobre el segon punt al qual abans hem fet referència –la influència dels factors psicològics en alguns trastorns i malalties de l'aparell digestiu– ens agradaria assenyalar:

1^o. Que a molts països, els trastorns i malalties de l'aparell digestiu constitueixen la causa més freqüent d'absentisme en el treball i la segona causa en els diagnòstics d'alta d'hospitalització (González i Varela, 1983; Valtueña, 1976).

2^o. Que una part d'aquests trastorns i malalties se sol atribuir, per part dels metges, a factors psicològics encara que, sovint –potser perquè no és llur camp– no portin més lluny llur anàlisi (Cfr. *Jano*, 1982; *Profesión Médica*, 1983).

Personalment, cada dia estem més convençuts de la necessitat de substituir tan aviat com es pugui el model clínic tradicional, segons el qual la salut es recupera amb l'eliminació d'allò patològic per mitjans farmacològics, quirúrgics, verbals, etc., i on l'èxit s'avalua per la *desaparició* de símptomes o comportaments desadaptats, per un model preventiu-rehabilitador d'*orientació constructiva*, amb èmfasi en l'elaboració directa de repertoris conductuals desitjables, o per un *model mixt clínic-constructiu* en el qual es combinin ambdues orientacions –en grau diferent segons el problema que es tracti– i en el qual als coneixements professionals biomèdics eliminadors de patologia s'hi afegeixin els coneixements psicològics constructius de nous comportaments, cosa que suposa una participació el més plena, activa, responsable i informada possible dels ciutadans no professionals afectats (Bayés, 1983b; Goldiamond, 1974; Ribes, 1982).

Stalones (1972) ens ha assenyalat el camí de forma inequívoca en escriure: «El risc d'emmalaltir més baix que s'hagi observat en qualsevol població és un objectiu que pot assolir qualsevol altre població», i és perfectament clar que avui dia existeixen poblacions que es troben pràcticament lliures de molts dels trastorns i les malalties de l'aparell digestiu (Burkitt, 1971, 1980) i que n'hi ha d'altres –entre les quals es troba la nostra–, on les xifres d'incidència són molt preocupants. A tall d'exemple podem indicar que en una investigació realitzada a la Universitat Autònoma de Barcelona on s'analitzaren els hàbits d'evacuació de 200 estudiants de 18 a 22 anys, trobarem que un 23 per cent d'ells considerava que patia restrenyiment i, d'aquests, un 10'2 per cent confessà que tenia aquest trastorn «pràcticament, des de sempre» (Bayés, Alvarado, Berga, De Balanzó, Segura i Tramunt, 1984).

En resum, estem convençuts que tant pel que fa a molts trastorns i malalties de l'aparell digestiu com a les malalties vasculars de les quals abans hem parlat i, possiblement, també en alguns tipus de càncer, aconseguiríem millores dràstiques en la salut de la població si aconseguíem assolir els següents objectius:

a) Un canvi dietètic consistent, fonamentalment, en una disminució del consum de carn i greix animal, de sal i de sucre refinat i en un augment en el consum de fibra vegetal.

b) Un canvi en els hàbits de consum de drogues, especialment tabac, alcohol i medicaments (Cfr. Freixa i Soler Insa, 1981).

c) Un canvi en els hàbits d'exercici físic.

d) Un canvi en les estratègies de resposta dels ciutadans –*coping*– enfront de les situacions d'estrès.

La nostra tesi es que com més d'hora s'introdueixin aquests canvis en la vida de les persones millor. Com fer-ho és, tal com nosaltres ho veiem, una tasca de prevenció eminentment pluridisciplinària.

En el vessant terapèutic només voldríem assenyalar la importància creixent de les estratègies comportamentals en el tractament de problemes tals com: obesitat, drograddicció, hipertensió, cefalees, insomni, dolor crònic, asma, etc. (Blanchard, 1982).

Personalment, a títol d'exemple gairabé anecdòtic, podem indicar la ràpida resposta favorable que hem obtingut en un tractament no medicamentós molt senzill, consistent en: informació sobre el funcionament de l'aparell digestiu; canvis dietètics menors individualitzats, pràctica diària de curtes sessions de gimnàstica abdominal i instruccions paradòxals, per resoldre el problema de restreïment crònic de set estudiants de la Universitat Autònoma de Barcelona (Bayès *et al.*, 1984a) i la solució d'un cas d'insomni crònic per mitjà d'una simple tècnica d'autoregistre (Bayès, Güell, Masvidal i Moros, 1982).

Finalment, només voldríem donar alguns indicadors de la gravetat amb què es presenta el problema entre nosaltres, que es poden afegir a les dades que han aparegut al llarg del treball:

a) A Espanya, malgrat la crisi econòmica, el consum de carn per habitant i any quasi s'ha triplicat entre 1964 i 1979 (Rebollo, 1983).

b) Encara que s'ha demostrat l'existència d'una estreta correlació entre consum de cervesa i càncer de recte (Zaridge, 1983), a Espanya el consum de litres de cervesa per habitant i any s'ha multiplicat per 8 entre 1955 i 1979 (Freixa i Soler Insa, 1981).

c) Malgrat que l'ús continuat de laxants pot donar lloc a dolences greus (Oster, Materson i Rogers, 1980; Sierra, 1983) i es pot convertir en addictiu (Pietrusko, 1977), els espanyols consumirem, el 1979, 20 milions d'unitats de laxants (Soler Insa, 1981). Com a dada comparativa, el consum d'aspirines, en el mateix període de temps fou de 35 milions d'unitats.

d) Segons les declaracions fetes pel President de la Federació Espanyola d'Empresaris Carnissers (Cfr. Comtelsa, 1984), a Espanya el 75 per cent de la carn que hom consumeix està tractada amb productes hormonals per aconseguir més pes amb la retenció de líquids, i com assenyala Picot (1982) encara no estan clares les repercussions que poden tenir per a l'home alguns dels mètodes que es fan servir actualment en la producció industrial de carn.

e) Mentre que Canela, Navas, Salleras i Pardell (1984) troben que el 89'3 per cent de la variabilitat en la mortalitat per càncer de pulmó a Espanya es pot explicar

per la variabilitat en el consum de cigarretes per càpita, els professionals que més fumen són precisament els que haurien d'estar encarregats, en gran part, de transmetre uns hàbits sans a la població: els metges i els mestres (Generalitat de Catalunya, 1983); per altra banda, el govern espanyol, durant el quinquenni 1980-1984 ha programat un increment progressiu de la producció de tabac a fi d'arribar a les 45.000 tones anuals (Pardell, Salleras i Salvador, 1983).

f) El nivell d'informació de la població respecte al risc que està corrent és molt baix. Fins i tot en grups especialment privilegiats com els estudiants universitaris de Ciències Biològiques, ens trobem, per exemple, que atribueixen a l'alimentació habitual molt poca influència en l'origen i desenvolupament del càncer. Només un 12 per cent de 124 alumnes de 3er curs d'aquesta carrera situen l'alimentació entre els cinc primers llocs (Bayès, Elvira, Mañosa i Viladrich, 1984), mentre que els especialistes (Doll i Peto, 1981) atribueixen a la dieta el primer lloc entre tots els factors als quals es pot atribuir mortalitat per càncer. Segons aquests autors el 35 per cent de totes les morts per càncer es poden atribuir a la dieta alimentària.

I acabem ja. En un darrer paràgraf voldriem agrair als organitzadors que s'hagin recordat dels psicòlegs a l'hora de programar aquest *Desé Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Particularment, estem convençuts que la Psicologia té molt a oferir al camp de la salut i que el nou corrent interdisciplinari anomenat *Medicina Comportamental*, punt de confluència de la Biomedicina, per una banda, i de la Psicologia Experimental, per l'altra, marca el començament d'una nova era en el camp de la salut (Bayès, 1982; Costa i López, 1983; Reig, 1981). Juny 1984.

Referències

- ADAMS, R.N. *Food habits in Latin America. A preliminary historical survey*. Dins I. Galdstone (Ed.) Human nutrition historic and scientific. Nova York: Internationsl Universities Press, 1960.
- ADER, R. (Ed.) *Psychoneuroimmunology*. Nova York: Academic Press, 1981.
- AMES, B.N. *Identifying environmental chemicals causing mutations and cancer*. Science, 1979, 204, 587-593.
- BAYÉS, R. *Aportacions del conductisme a la salut mental comunitària*. Jornades de Treball «Salut Mental i Comunitat a Catalunya». Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs, 1982, 3-22.
- BAYÉS, R. *Preferencias y aversiones alimenticias en una población española*. Revista de Psicología General y Aplicada, 1983a, 38, 513-528.
- BAYÉS, R. *Psicología i càncer*. Dins: Psicologia i salut. Barcelona: Caixa de Pensions, 1983b, 37-55.
- BAYÉS, R. *Los factores psicológicos en el proceso «salud-enfermedad»*. I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos (Área 3: Psicología y salud). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos, 1984a, 73-76.
- BAYÉS, R. *Importancia de los factores psicológicos para establecer en el niño hábitos capaces de prevenir la aparición de numerosos trastornos y enfermedades*. I Symposium sobre la Importancia de las Terapias Cognitivas y Conductuales en la Psicopatología Infanto-Juvenil. Málaga, Gener 1984b, en premsa.
- BAYÉS, R. *Psicología, estreñimiento y cáncer*. 1^{as} Jornadas de Psicología Oncológica. Barcelona, Abril 1984, en premsa.
- BAYÉS, R., ALVARADO, M.J., BERGA, N., DE BALANZÓ, B., SEGURA, P. i TRAMUNT, J.R. *Tratamiento no farmacológico del estreñimiento crónico*. Papeles del Colegio, 1984a, en premsa.
- BAYÉS, R., ELVIRA, J., MAÑOSA, A. i VILADRICH, C. *Factors cancerigens: nivell d'informació en una població universitària*. 1984b, en preparació.

- BAYÉS, R. GÜELL, M.A., MASVIDAL, A.E. i MOROS, J. *Efectos del autoregistro en un caso de insomnio crónico*. Análisis y Modificación de Conducta, 1982, 8, 349-358.
- BLACKBURN, H. *Consideraciones sobre la dieta y la hiperlipidemia de masas desde el punto de vista de la salud pública (I)*. Cardiovascular Reviews & Reports (Edició espanyola), 1981a, 2(2), 18-74.
- BLACKBURN, H. *Consideraciones sobre la dieta y la hiperlipidemia de masas desde el punto de vista de la salud pública (y II)*. Cardiovascular Reviews & Reports (Edició espanyola), 1981b, 2(2), 75-86.
- BLANCHARD, E.B. *Behavioral medicine: past, present, and future*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1982, 50, 795-796.
- BROTHWELL, P. i BROTHWELL, D. *Food in antiquity*. Londres: Thames & Hudson Press, 1969.
- BURGHART, G.M. i HESS, E.H. *Food imprinting in the snapping turtle Chelydra serpentina*. Science, 1966, 155, 108-109.
- BURKITT, D.P. *Epidemiology of cancer of the colon and rectum*. Cancer, 1971, 28, 3-13.
- BURKITT, D.P. *Don't forget fibre in your diet*. (2ª edició). Londres: Martin Dunitz, 1980.
- CANELA, J., NAVAS, E., SALLERAS, L. i PARDELL, H. *Variables associades a la mortalitat per càncer de pulmó a Espanya*. Symposium on smoking and health in the southeuropean countries. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1984, 58-59.
- CANNON, G. *Battle for the british diet*. The Sunday Times, 1983, n.º 8295, 17.
- CAPRETTA, P.J. *The establishment of food preferences in chicks*. Animal Behavior, 1969, 17, 229-231.
- CASASSAS, O. «Ca ira». Annals de Medicina, Març 1983, 205-207.
- COMTELSA. *El 75 % de la carne de vacuno está tratada con estrógenos según los empresarios carniceros*. El País, 5 Juny 1984, 26.
- COSTA, M. i LÓPEZ, E. *Aportaciones de la ciencia del comportamiento en un servicio nacional de salud*. Papeles del Colegio, 1983, n.º 9, 11-21.
- DELEON, P.H. i PALLAK, M.S. *Public health and psychology. An important, expanding interaction*. American Psychologist, 1982, 37, 934-935.
- DOLL, R. i PETO, R. *The causes of cancer*. Oxford: Oxford University Press, 1981.
- FREIXA, F. i SOLER INSA, P.A. (Eds.) *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella, 1981.
- GARCIA, J., KIMELDORF, D.J. i KOELLING, R.A. *Conditioned aversion to saccharin resulting from exposure to gamma radiation*. Science, 1955, 122, 157-158.
- GARCIA, J., MCGOWAN, B.K. i GREEN, K.F. *Biological constraints on conditioning*. Dins M.E.P. Seligman i J.L. Hager (Eds.) *Biological boundaries of learning*. Nova York: Appleton-Century-Crofts, 1972.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *El tabaquisme a Catalunya. Informe 1982*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1983.
- GOLDIAMOND, I. *Toward a constructional approach to social problems*. Behaviorism, 1974, 2(1), 1-84.
- GONZÁLEZ, C.A. i VARELA, J. *Información sanitaria en la atención primaria: el libro de registro de consultas*. Gasetta Sanitària de Barcelona (Sèrie Monografies), 1983, 1, 68-75.
- GRANDE COVIÁN, F. *Nuevas prevenciones contra el infarto*. El País, 1984, 17 de Febrero, 21.
- GRANTT, W.H. *Experimental basis for neurotic behavior*. Nova York: Hoeber, 1944.
- HALLOWELL, A.I. *Personality, culture and society in behavioral evolution*. Dins S. Koch (Ed.) *Psychology: a study of a science* (Vol. 6). Nova York: McGraw-Hill, 1963, 429-509.
- JANO, Editorial: *Digestión, absorción y excreción*. 1982, n.º 507, 7.
- LAPORTE, J. *Presentació*. Dins H. Pardell, L. Salleras i T. Salvador. *Manual de prevenció i control del tabaquisme*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1982, 9-10.
- LIEBSON, I., BIGELOW, G.E. i GRIFFITS, R.R. *Mantenimiento de la autoadministración terapéutica de drogas*. Dins V.M. Alcaraz, V.A. Colotla i V.G. Laties (Eds.) *Drogas y conducta. Interacciones y aplicaciones*. México: Trillas, 1983, 193-235.
- LOGUE, A.W. *Taste aversion and the generality of the laws of learning*. Psychological Bulletin, 1979, 86, 276-296.

- LOGUE, A.W., OPHIR, I. i STRAUSS, K.E. *The acquisition of taste aversions in humans*. Behavior Research & Therapy, 1981, 19, 319-333.
- McCONNELL, J.V. *Understanding human behavior* (2^a edició). Nova York: Holt, Rinehart & Winston, 1977.
- MILGRAM, N.W., KRAMES, L. i ALLOWAY, T.M. (Eds.) *Food aversion learning*. Nova York: Plenum, 1977.
- MILLER, N.E. *A perspective on the effects of stress and coping on disease and health*. Dins S. Levine i H. Ursin (Eds.) *Coping and health*. Nova York: Plenum, 1980, 323-353.
- OSTER, J.R., MATERSON, B.J. i ROGERS, A.I. *Laxative abuse syndrome*. American Journal of Gastroenterology, 1980, 74, 451-458.
- PARDELL, H., SALLERAS, L. i SALVADOR, T. *Manual de prevenció i control del tabaquisme*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1982.
- PICOT, A. *Le veau aux hormones, est-il toxique?* Dins «La recherche sur le cancer». Paris: Du Seuil, 1982, 218-229.
- PIETRUSKO, R.G. *Use and abuse of laxatives*. American Journal of Hospital Pharmacology, 1977, 34, 291-300.
- PROFESIÓN MÉDICA. *Motilidad digestiva en el sano y en el enfermo*, 1983, n.º 1537, 12-13.
- RABINOWITCH, V. *The role of experience in the development and retention of seed preferences in Zebra finches*. Behaviour, 1969, 33, 222-236.
- REBOLLO, A. *La estructura del consumo en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983.
- REIG, A. *Medicina comportamental. Desarrollo y líneas de intervención*. Análisis y Modificación de Conducta, 1981, 7(14), 99-160.
- REVUSKY, S. *Retention of a learned increase in the preference for a flavored solution*. Behavioral Biology, 1974, 11, 121-125.
- RIBES, E. *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella, 1982.
- ROSS, D.J. i GUGGENHEIM, F.G. *Compliance and the health belief model: a challenge for the liaison psychiatrist*. General Hospital Psychiatry, 1983, 5, 31-35.
- SIERRA, M. Carta personal de 10 de Maig de 1983.
- SOLER INSA, P.A. *Abuso y dependencia de medicamentos*. Dins F. Freixa i P.A. Soler Insa (Eds.) *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella, 1981, 257-282.
- STALONES, R.A. *Community health*. Science, 1972, 175, 839.
- STUNKARD, A.J. *Adherence to medical treatment: overview and lessons from behavioral weight control*. Journal of Psychosomatic Research, 1981, 25(3), 187-197.
- TELL, G.S. *Factors influencing dietary habits: experiences of the Oslo Youth Study*. Dins Promoting adolescent health. Nova York: Academic Press, 1982, 381-396.
- TINOCO, A. i MARTIN, M. *La arterioesclerosis, epidemia de la era posindustrial*. El País, 5 Març 1983, 24.
- VAQUÉ, J. *Les actuacions contra el tabaquisme a Catalunya*. Simposi sobre el Tabaquisme i la Salut als Països Sud-europeus. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1984, 91-93.
- VALTUEÑA, J.A. *Contra la medicina del médico*. Barcelona: Barral, 1976.
- VALTUEÑA, J.A. *Vigilancia nutricional*. Jano, 1984, n.º 620, 13.
- VERICAT, J.A. *Substancias carcinogénicas en el ambiente. Importancia y detección*. 1^{as} Jornadas de Psicología Oncológica. Barcelona, Abril 1984, en premsa.
- WEISBURGER, J.H., WYNDER, E. i HORN, C.L. *Nutritional factors and etiologic mechanisms in the causation of gastrointestinal cancer*. Cancer, 1982, 50, 2541-2549.
- WOOLEY, O.W., WOOLEY, S.C. i DUNHAM, R.B. *Can calories be perceived and do they affect hunger in obese and non obese humans?* Journal of Comparative and Physiological Psychology, 1972, 80, 250-258.
- WYRWICKA, W. *The development of food preferences. Parental influences and the primacy effect*. Springfield, Illinois: Thomas, 1981.
- ZARIDGE, D.G. *Environmental etiology of large-bowel cancer*. Journal of the National Cancer Institute, 1983, 70, 389-400.