Hacia un enfoque positivo en Psicología

*Jesús Romero Croce**
Universidad de San Martín de Porres

RESUMEN

Se trata de reflexionar con respecto al estatuto de la Psicología como ciencia y profesión. Se parte de la premisa de que la Psicología ha orientado su desarrollo a la intervención pragmática en los problemas que aquejan el rendimiento del hombre en los diferentes ámbitos de su accionar. Se plantea que ello se debe a la herencia del modelo médico. Se revisan dos propuestas alternativas a la problemática planteada, la Psicología de la Salud y la Promoción de la Salud; se exponen algunas limitaciones a que se ven sometidas en su aplicación. Finalmente se analiza cómo la falta de diferenciación clara entre salud y enfermedad incide no sólo en las políticas de salud, sino en la visión que el ser humano tiene de su propia corporalidad.

Palabras clave: *Psicología Positiva, Psicología de la Salud, Promoción de la Salud, corporalidad.*

ABSTRACT

This article treats to reflect about the statute of Psychology as a science and profession. It starts on the premise that a pragmatic intervention on the man's problems that affects his performance in the various fields he moves on has been the target of its development. This is proposed as a heritage of the medical model. Two proposals are analyze, Health Psychology and Health Promotion, as well as there are pointed out some limitations on its practice. At last, it is analyze how not only health policies, but also the

* jromero@usmp.edu.pe
CULTURA: Lima (Perú) 22: 473-488, 2008
ISSN: 1817-0285

view that man has of its own body, has been affected by the lack of a clear differentiation between health and illness.

Key words: *Positive Psychology, Health Psychology, Health Promotion, body image*

Empiezo formulando una pregunta: **¿cuál es el objeto de la Psicología?**; pareciera una obviedad: la conducta, o más precisamente, los procesos mediadores del comportamiento.

En nuestro país, la Ley del Trabajo del Psicólogo, en su Artículo 4°, establece que: «El psicólogo es el profesional de la conducta humana, con competencia en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud mental de la persona humana, la familia y la comunidad, en el ámbito psicosocial». (Congreso de la República, 2004, p 4).

Más específicamente, el Ministerio de Salud del Perú define el Perfil Ocupacional del Psicólogo en los siguientes términos: «Brindar atención integral en salud mental al individuo en las etapas niño, adolescente, adulto y adulto mayor, la familia y la comunidad, contribuyendo a su desarrollo psicosocial con calidad, eficiencia y efectividad para disminuir riesgos, controlar los daños y promover estilos de vida saludables, respetando la naturaleza humana, cultura y género.» (MINSA, s/f)

Del análisis de las propuestas señaladas se desprende una primera observación: el objeto de la Psicología, cuando menos en su vertiente profesional, ya no es la conducta, per se, sino la conducta funcional o adaptada como la conducta disfuncional o desadaptada. Vemos allí como se desliza la vinculación entre salud y enfermedad.

Una probable explicación para ello se propone a continuación:

La Psicología, académicamente, se desarrolla a partir de la Psicología Experimental, pero como profesión deriva de la Psicología Clínica, la cual se define como «la rama de la Psicología Aplicada que tiene como objeto de estudio el comportamiento desviado» (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 2006).

Así nace en los ambientes asistenciales (hospitales, clínicas, manicomios), directamente vinculada a la evaluación y diagnóstico de los llamados trastornos mentales.

La propia denominación **CLÍNICA** alude al contexto asistencial, se produjo pues un trasvase acrítico de la medicina a la Psicología (Belloch, 1995).

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

De este modo, se acepta que su objeto «natural» es la explicitación del problema y su etiología. Aparece enarbolado así el estandarte del PROBLEMA que aqueja al sujeto. No es, claro, en este caso si se trata de una afección orgánica y cuál es el agente causal, pero sí, ahora, si se trata de un desajuste emocional, reacción depresiva o esquizofrenia, o una conducta deficitaria o excesiva y cuáles son los factores que han incidido en su configuración.

A partir de este enfoque se ha deslizado –de un modo irreflexivo, diría yo- la praxis profesional a las otras áreas de la Psicología Aplicada.

La Psicología Educativa prioriza la atención a los problemas de rendimiento académico, de aprendizaje, de desajuste en el aula. El alumno «problema», aquel que muestra bajos calificativos, o que revela desajustes en el comportamiento esperado en el aula (inquieto, desatento, conversador...) es enviado a la oficina del director, a OBE o al psicólogo.

La **Psicología Organizacional**, más allá de los eventuales procesos de selección y promoción de personal, enfatiza el abordaje de los problemas de rendimiento laboral, de productividad, de relaciones interpersonales, de inadecuación en el clima laboral.

La **Psicología Comunitaria** se aboca a la intervención en los problemas que aquejan a las poblaciones «en riesgo».

La Psicología Deportiva se orienta al abordaje de los problemas de conducta que afectan el rendimiento; ello se hace patente en el campo específico del fútbol, es un lugar común escuchar que los jugadores expresan «para qué voy a ir al psicólogo si no estoy loco».

En resumidas cuentas, se hace «clínica «en las diversas áreas de la Psicología.

Este sesgo ha dado lugar a que el énfasis, tanto en la investigación como en el campo profesional haya estado en el estudio y abordaje del déficit, de la enfermedad.

Y esto resulta explicable en tanto que el modelo del déficit es el **modelo biomédico**. El profesional médico es un experto en «curar enfermos»; no se puede esperar de él –ni mucho menos exigirle- que sea promotor de salud, esa no es su competencia.

Es más, se diría que es una actitud «natural» en el ser humano no prestar atención a nuestro organismo cuando funciona bien, lo hacemos cuando funciona mal (un espasmo bronquial, una taquicardia, una cefalea...). Es por ello que la salud ha sido definida, poética pero también apropiadamente, como el «silencio de los órganos».

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

En otras palabras, nuestra disposición –intrínseca o socialmente condicionada- es ignorar el estado de salud y atender al malestar, la enfermedad.

Así como el médico siente que si no identifica el mal –diagnóstico- falla profesionalmente, el paciente si no recibe algo tangible en la consulta –la receta- siente desazón, experimenta un vacío y hasta duda de la competencia del galeno.

Ahora bien, ¿qué relevancia tiene ello para la Psicología? Que la actuación más valorada socialmente en su praxis y aquella más esperada por los usuarios –el público- es la intervención en los problemas del comportamiento.

Al margen de consideraciones teóricas, la situación descrita tiene implicancias prácticas relevantes.

El modelo médico supone que el agente causal del padecimiento es un ente concreto y biológico, el sujeto «enferma», no «se enferma». Esto es, la persona sufre la acción de un agresor, sin mayor responsabilidad al respecto.

Siguiendo esta línea de pensamiento, el sujeto ignora el origen de su afección y, por tanto, no tiene injerencia en su eliminación. El experto tiene la solución; esto es el simbolismo de la «receta». El individuo no es responsable de su «curación»: el profesional prescribe el tratamiento y el éxito del mismo radica en seguir a pie juntillas las indicaciones formuladas. Esto, sin duda, genera dependencia en el «paciente» –la expresión es rotunda- y, por ende, abdicación de su autonomía: aquél no es responsable de su comportamiento, carece de la capacidad para enfrentar sus propios «problemas», requiere de otro para solucionarlos. Ello implica, obviamente, una forma de dominio por parte de quien posee la ciencia –detenta el poder-; esta es una forma de control social, sí, pero también y al mismo tiempo es una tácita convivencia, una forma de sometimiento pasivo ante quien ostenta dicho poder.

El quid del asunto es que se pretende aplicar el mismo molde de las enfermedades (orgánicas) a los desórdenes el comportamiento.

Empero, los «problemas» del ser humano son asunto de su comportamiento y la conducta es fundamentalmente interacción social y, por lo tanto, lectura de la realidad. Ni aún la esfera biológica le es ajena a su actuación personal o social. Ergo, el sujeto es responsable, actor de su conducta. Cuando la Psicología ignora, o soslaya, este hecho central, se convierte en una disciplina reparadora, orientada al déficit; desde esta perspectiva se desarrolla toda una tecnología de «evaluación, diagnóstico

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

y tratamiento» que se estructura sobre la base de la participación pasiva del paciente.

Más aún, una óptica tal determina que la Psicología, como ciencia y profesión, olvide o minimice la intervención en términos de promoción de la conducta saludable, del desarrollo de potencialidades de aprendizaje de habilidades para la vida, del desarrollo de recursos de la población, del ciudadano común.

Preguntémonos, asumiendo que la mayoría de las personas experimentamos preocupaciones recurrentes y estados de tristeza –mas no, necesariamente, ansiedad o depresión-, cuando no transitamos por esa senda, ¿no merecemos atención profesional?

En la escuela, ¿cuál es la proporción entre «alumno problema» y estudiante eficiente?, ¿porqué en la comunidad el énfasis casi excluyente está puesto en los «sectores más desfavorecidos»?

El modelo médico ha sido objeto de severos cuestionamientos (Véase Barlow, 2001; Bravo, et al., 1999, Belloch, 1995; Castillo del Pino, 1999; Morales, 1993; Nathan, 1989; Seguin, 1994).

Una crítica fundamental a dicho modelo, lamentablemente poco conocida y menos aún atendida, la formuló Carlos Alberto Seguin, ilustre pensador peruano en ¡1947!, en su obra Introducción a la Medicina Psicosomática. En ella decía:

Todo médico debe estar más interesado en conocer cuáles son los problemas vitales del paciente que en rotular o etiquetar un síndrome: dice «Una buena historia clínica es la que permite ver al hombre detrás del caso clínico y comprender el caso clínico en función del hombre». Para Seguin, la enfermedad es parte de la biografía de cada paciente y puede considerársela como una totalidad a los estímulos internos y externos que alteran seriamente su organismo». (Citado por Alva, en Silva, 1994, p 15).

Seguin es así un adelantado del modelo biopsicosocial, cuya paternidad se atribuye a Engels ,1977 (citado por Montesinos, 1999).

Este modelo asume una perspectiva más abarcadora, ya que incluye las dimensiones individual, social y ecológica, y da énfasis a la salud de la personal total. Recalca la interdependencia y el efecto recíproco de los diversos niveles del sistema que forman la persona y su entorno, los cuales impactan la salud. (Véase Buela-Casal & Carrobles, 1996; Hombrados, 1997; Luzoro, 1999; Morales, 1997; Sebastiani, Pellicioni & Chiattone, 2003).

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

Esta propuesta genera una definición de salud muy diferente a la del modelo biomédico. Establece que la salud es una condición de bienestar que resulta de la interacción dinámica entre los aspectos físico y psicológico de la persona y su ambiente natural y social, y que facilita al ser humano el disfrute de la vida, el acceso a múltiples recursos y contribución a las esferas productivas y creadoras de la sociedad (psicologíapositiva.com)

A partir de estas premisas se han propuesto dos conceptualizaciones distintas, pero que, como veremos más adelante, tienen elementos en común: Psicología de la Salud y Psicología Positiva.

La Psicología de la Salud es definida por Matarazzo, 1980, como «el conjunto de aportaciones de tipo educativo como científico y profesional que proporcionan diferentes áreas de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y sus consecuencias» (Ballester, 1997, p 201).

Mientras la Psicología Clínica enfatiza los aspectos reparativos de la salud quebrantada, la Psicología de la Salud pone el acento en los aspectos promocionales (Buela-Casal & Carrobles, 1996)

Así, se entronca con el enfoque positivo en Psicología.

La Psicología Positiva, propiamente dicha, nace como reacción al enfoque tradicional de las ciencias de la salud que las ha transformado en ciencias del malestar (Padrina, 1999).

Desde esta perspectiva, la búsqueda de qué es la esencia de la Psicología llevó a explorar los rasgos personales tales como el bienestar subjetivo, el optimismo, la felicidad y la libre determinación (Seligman y Csikszentihalyi, 2000). Estos autores expresan que «Ha llegado el momento para una Psicología Positiva, nuestro mensaje es que el campo de la Psicología no es sólo el estudio de la patología, la debilidad y el daño, sino también de la fortaleza y la virtud».

La Psicología Positiva busca comprender los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano y su objeto es no sólo ayudar a resolver los problemas de salud mental que adolecen los individuos, sino también alcanzar mejor calidad de vida y bienestar.

Se ocupa de la natural eficiencia del ser humano; tiene como objetivo investigar los potenciales, motivos y capacidades que facilitan la adaptación exitosa en diferentes circunstancias y los efectos que éstos tienen en la vida de las personas y las sociedades en que viven (Cuadra y Florenzano, 2003).

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

A partir de estas formulaciones primigenias se han formulado desarrollos diversos. Por ejemplo, Diener (2000) se enfoca en el bienestar subjetivo; Peterson (2000) en el optimismo y Myers (1999) en la felicidad.

En otros lugares hemos formulado apreciaciones críticas sobre ambas propuestas (Psicología de la Salud y Psicología Positiva) (Romero, 2000; Romero, 2006; Romero, 2007)

Bástenos ahora con señalar que la primera como propuesta conceptual es incuestionable, pero en la práctica ha devenido en una tecnología de intervención sobre la enfermedad; la segunda comprende todo un conglomerado de formulaciones, lo cual revela que se trata de una orientación todavía en construcción, falta consolidarla en una propuesta más coherente y metodológicamente viable.

Empero, ambas comparten elementos valiosos, en tanto que brindan una visión positiva del hombre y destacan las posibilidades de disfrute y realización personal.

Ahora bien, si asumimos como válidas ambas propuestas, entonces el objeto de la Psicología debiera ser el estudio del Hombre, como ser vital y su ciencia y su praxis reorientarse a la Optimización del Comportamiento.

Y si esto es así, el enfoque más prometedor es la Promoción de la Salud.

La promoción como componente del complejo proceso de la salud fue planteado inicialmente por Sigerist en 1945 (Aliaga, 2003). En las últimas décadas el enfoque en mención se constituye como el nuevo paradigma en el campo de la salud; como tal, el mismo se discute en diversos foros académicos y se plasma en una profusión de documentos normativos. Ello resulta ciertamente alentador, pero en la puesta en práctica de sus acuerdos no se aprecia la misma decisión.

Fundamentamos esta observación a través del análisis de los documentos generados a nivel macro por la **Organización Mundial de la Salud (0MS).**

Pasemos breve revista a las principales propuestas planteadas en diversas Conferencias de Salud

En 1979, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, organizada por la OMS en Alma-Ata, Kazajastán, se deja establecido, por vez primera que la salud es el bienestar bio-psico-social total del individuo y no solamente ausencia de enfermedad.

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

En la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, se precisa que esta es el proceso de capacitación de la comunidad para actuar para el mejoramiento de su calidad de vida y salud, incluyéndose una participación mayor en el control de este proceso (OMS, 1986).

En la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, efectuada en Adelaida, se propone la Promoción de políticas públicas saludables, creación de ambientes de soporte, desarrollo de habilidades personales, fortalecimiento de la acción comunitaria y reorientación de servicios de salud como puntos de reafirmación de la justicia social y equidad en la promoción de la salud (OMS, 1988).

En la Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, desarrollada en Suecia, se concluye que el ambiente y la ecología son elementos importantes para proveer la salud, así como también las dimensiones económica, política y cultural a que está sometida una población (OMS. 1991).

En la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, que tuvo lugar en Yakarta se planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en los países en vías de desarrollo. (OMS, 1997).

En la Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, efectuada en México, se precisan estos últimos conceptos, estableciendo que se debe pugnar por más equidad; mejoramientos sociales y económicos , ampliación de la capacidad de las comunidades, así como infraestructura adecuada para promover salud (OMS, 2000).

En 2002, en Santiago de Chile, se desarrolló el Foro de Promoción de la Salud de las Américas: Empoderando y Formando Alianzas para la Salud. En él se destacó la urgencia de abordar los determinantes sociales de la salud. (Aliaga, 2003; Sebastiani, et al. 2003)

Una primera reflexión que se desprende del análisis de los foros mencionados es que, a pesar de las buenas intenciones, se sigue aplicando un esquema asistencialista en las políticas de salud –como herencia del modelo biomédico- : se enfatizan las dimensiones económica, social e institucional y se descuida la variable personal.

Se soslayan aportaciones valiosas:

La más relevante –a nuestro entender- es la denominada Educación en salud, la misma que consiste en articular «programas de fomento de la autoestima, impulsando comportamientos saludables y formando competencias para el desarrollo de una lectura crítica sobre su vida y sobre el mundo, de la toma de decisiones, del desarrollo de la autonomía

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

y la ciudadanía, todo esto se debe realizar en los más distintos espacios; en escuelas, centros de salud, núcleos comunitarios «(Sebastiani, et al. 2003).

Por otro lado, la comprobación del cambio en el perfil epidemiológico –las enfermedades crónico-degenerativas se constituyen en la principal causa de muerte- , puso sobre el tapete la trascendencia de los Estilos de Vida y por ende la necesidad de sensibilizar a los individuos para que adopten comportamientos más saludables, que sean efectivamente agentes de su salud y que asuman la responsabilidad que les compete en el incremento de su propia Calidad de Vida.

Es así que «La promoción de la salud destaca la importancia de la participación activa de las personas en los cambios de las condiciones sanitarias y en el modo de vivir, ajustados con la creación de una cultura de salud. Así la diseminación de informaciones y la promoción del conocimiento constituyen valiosos instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades» (Sebastiani, et al., 2003)

De igual modo, se observa un marcado desfase entre las formulaciones normativas y su aplicación en las políticas de salud; es decir, se reitera el divorcio entre la teoría y la práctica.

Esto se hace patente en relación al deslinde fáctico entre **Prevención y Promoción.**

Desde el punto de vista conceptual la diferencia es clara.

Prevención en salud pública es el proceso orientado a disminuir la incidencia o prevalencia de una enfermedad, sus objetivos se orientan a reducir los factores de riesgo; así, es una estrategia de carácter reactivo y defensivo (Gómez, 1988, en Aliaga, 2003)

En tanto, la promoción de la salud «es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla» (OMS, 1998)

Al respecto, Gómez, 1998, explica de modo didáctico las diferencias entre ambas nociones:

Toma como modelo gráfico la curva de distribución normal de frecuencias, en cuyo extremo izquierdo se ubicarían las acciones de prevención sobre las poblaciones en riesgo; su propuesta consiste en generar políticas de promoción de la salud, moviendo, así, la curva hacia la derecha, alejando al grueso de la población del riesgo de enfermedad, a través del cambio en los comportamientos.

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

Empero, las organizaciones normativas persisten en la confusión, lo cual tiene serias implicancias metodológicas.

Por ejemplo: «La integración de la prevención y la promoción en salud mental dentro de las estrategias de salud pública permitirán evitar muertes prematuras, disminuir el estigma que rodea a las personas con trastornos mentales y mejorar el ambiente económico y social» (Organización Mundial de la Salud, 2004).

De igual modo, hasta hace muy poco se hablaba de Programas Preventivo-Promocionales en Salud; aquí una observación inquietante, es válido prevenir la enfermedad, pero ¿prevenir la salud? Ahora se ha sustituido el guión (-) por la partícula «y» –supongo que para zanjar la dificultad-.

En nuestro país se creó recientemente -2004- la Dirección General de Promoción de la Salud, lo cual es un avance significativo, No obstante, Aliaga, ob cit, nos advierte que, en los lineamientos de política de la misma «existe desconocimiento del marco conceptual de promoción de salud. Se tiende a ligarla solo a lo que es la prevención de la enfermedad», a pesar de reconocerse que la promoción de la salud trata de romper con el paradigma biomédico aún existente, y acercarse más al nuevo paradigma emergente, por el cual se confiere poder a la ciudadanía para mejorar y ejercer control sobre su propia salud» (p 7)

Aquí, entonces, una nueva reflexión.

Resulta evidente la asociación entre salud y enfermedad, así como la falta de clara discriminación entre prevención y promoción.

Aquí, dos anotaciones finales sobre el tópico, formuladas por sendas figuras de la psicología iberoamericana.

«La Psicología de la Salud es la especialidad de la Psicología que interviene en todas las cuestiones que involucran las interacciones por sobre el binomio salud-enfermedad» (Grau- Presidente de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud-, 1997, citado por Sebastián, et al. 2003)

«El Psicólogo de la Salud es un profesional que puede trabajar en ámbitos tan diversos como: tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos para diversos trastornos, incluso para la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención de los trastornos orgánicos y psicológicos y, por consecuencia, promoción de conductas saludables» (Buela-Casal –Presidente de la Asociación Española de Psicología de la Salud-, 1999, citado por Sebastián, et al. 2003).

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

Cuando se hable de Salud, en la cosmovisión del investigador y/ profesional debiera privilegiarse la noción de Conducta, en general; es decir, de comportamiento adaptativo, creativo y responsable. Seamos claros, no va en esta línea «promover» conductas que nos preserven de la enfermedad. ¡Abandonemos el miedo a la enfermedad, y sustituyámoslo por el goce de la salud! El Cielo no tiene porqué ser una meta para evitar el Infierno, sino un propósito a alcanzar por su valor intrínseco.

Pensemos, por ejemplo, en las campañas preventivo-promocionales de salud: CONTRA el Sida, la drogadicción, la violencia, la hipertensión...; todas orientadas a la evitación de la enfermedad. ¿Cuántas A FAVOR de comportamientos responsables/saludables?

Estos programas suelen estar basados en el temor, la prohibición, el castigo; son creadores de angustia.

¿Cómo explicar la poca efectividad por ellos demostrada?, ¿será por rebeldía, necesidad inconsciente de autocastigo, vocación suicida?

Pareciera olvidarse que ninguna norma legal es efectiva sino es sintónica con uno mismo, sino es conviccional, sino la compartimos, la hacemos nuestra.

Esta reflexión me conduce a otra aún más inquietante: el cuerpo como referente de la identidad personal y revestido de significaciones sociales ha dejado de ser –en sectores cada vez más amplios de la sociedad- fuente prodigadora de disfrute para convertirse en manantial de angustias y pesares.

Me estoy refiriendo –claro está- a los trastornos de la alimentación y al culto de la estética corporal. Encuentro que su incremento exponencial en los últimos 20 o 30 años se explica, en parte, por una visión patologizante del cuerpo, construida socialmente.

El cuerpo es el vehículo del yo; la noción de esquema corporal alude a la imagen de nosotros mismos que hemos construido a través de nuestro aprendizaje. En él confluyen no solo los registros mentales de sensaciones, percepciones y cogniciones que provienen de nuestra interioridad, sino las grabaciones que cotidianamente ejecutan los adultos con quienes interactuamos desde el nacimiento. Estas grabaciones están influidas fuertemente por los condicionamientos sociales que actúan, especialmente, a través de la publicidad. Los medios de comunicación masiva se convierten, así, en caja de resonancia de «valores» sociales que operan en abierta colisión con la lógica, la verdad y la salud, éstos tienen como paradigma la televisión. Pregunto, ¿cuánto tiempo pasamos frente a la así llamada «caja boba»?, este tiempo ¿no es comparablemente mayor en los pequeños?, ¿no es cierto que ellos no vienen equipados

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

con un dispositivo protector ante tales grabaciones? Se diría, entonces, que tenemos al enemigo en casa-y, lo que es peor, sin darnos cuenta de ello-

Se ha generado así la cultura «light», los alimentos «diet». Nuestro organismo está provisto de sistemas no únicamente para transformar en energía las sustancias que ingerimos, sino también para el disfrute de la ingesta. No obstante lo obvio que ello resulta pareciera estar siendo gradualmente soslayado –el sentido común, pareciera no ser tan común-.

Surgen así la anorexia y la bulimia como paradigmas de los trastornos de la alimentación: la comida no es ya fuente de goce, sino por el contrario agente de pesar y dolor. Mucho se ha escrito al respecto y son profusas las teorías explicativas formuladas al respecto. (Véase Correa & Jadresis, 2005; Davison,& Neales, 2007; Formighieri, 2006; Gutiérrez & Pellón, 2002; Hekier & Miller, 2001; Mijolla, 1996; Raich, 1998; Rojo, 2003).

En estas líneas aportamos, modestamente, algunas reflexiones.

La otra cara de esta misma moneda la constituyen fenómenos aparentemente muy disímiles como la ortorexia, la vigorexia y el altar levantado al cuerpo como referente de la autoestima y como valor de interacción social.

El cuerpo, nuevamente, no es ya proveedor de satisfacción personal, generador de mensajes positivos, sino que se sometido a una visión patologizante/esclavizante del mismo.

Los alimentos ya no se ingieren porque siendo nutritivos causan deleite, sino porque son «saludables», «químicamente puros» –ortorexia (Colegio de Psicólogos de España, 2006)- o porque contribuyen a brindar una imagen corporal mas vigorosa –vigorexia (Colegio de Psicólogos de España, 2006)-.

Sobre esta veta de la visión ansiógena del cuerpo se ha construido toda una industria que gira alrededor de la compulsión por la esbeltez, la misma que ha dado lugar al desarrollo de grandes corporaciones dedicadas a la cosmética, la cirugía remodeladora y los gimnasios.

De este modo, la imagen que proyectamos en el espejo y que magnificamos en los ojos que «nos auscultan desde fuera», lejos de generar satisfacción producen malestar y, en algunos horror; las líneas que surcan nuestro rostro y las redondeces de nuestro torso son vistos como «arrugas» o como «rollos»: tienen que ser combatidos con afeites y con ejercicios extenuantes. No se practica deportes o se hace gimnasia «para sentirse bien», sino para «no sentirse mal».

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

El cuerpo, con todo ello, deja de ser motivo de satisfacción, posibilidad de disfrute –regalo divino-, para convertirse en motivo de preocupación, compañero indeseable que hay que someter –y, a veces, martirizar-.

Para finalizar, y a manera de conclusiones, formulamos las siguientes reflexiones:

1.- Establecer un claro deslinde entre salud y enfermedad.

2.- La salud es un estado producto de la interacción de múltiples variables, sociales, políticas, económicas y culturales. Pero es esencialmente responsabilidad personal. El sujeto es actor de su propio destino y responsable directo de su bienestar.

3.- La consecución de la salud como valor personal es la resultante de un proceso educativo de largo aliento, el mismo que debe ejecutarse a nivel del sistema educativo, de las organizaciones sociales y comunales y apoyarse en los medios de comunicación social.

4.- Estas políticas deben orientarse al diseño y aplicación de programas que tengan como meta:

a) Desarrollo de habilidades para la vida

b) Cultivo de responsabilidad y autonomía como ejes rectores de la conducta

c) Adquisición de una visión positiva/realista de la vida

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aliaga, E. (2003). *Políticas de Promoción de la Salud en el Perú.: Retos y Perspectivas.* Cuaderno de Trabajo N° 4. Lima: ForoSalud

Alva, J. (1994). Prólogo. En: Silva, M. (1994). Seguin. *Otros frentes, otros perfiles*. Lima: Fondo Editorial Banco Central de Reserva del Perú

Ballester, R. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud.* Valencia: Promolibro

Barlow, D., Durand, H & Mark, V. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral*. México: Thompson

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. México: Mc Graw-Hill

Bravo, M, et al. (1999). *La Perspectiva Psicosocial de la Salud*. Recuperado el 5de abril de 2006 de www.Psicorip.org/Autores/AutBaa/AB120aa.htm

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

Buela-Casal, A. (1999). *Presentación*. En: Revista Suma Psicológica: Vol 6, N° 2, sept, Bogotá

Buela-Casal, A. & Carrobles, J.A. (1996). *Manual de Evaluación Clínica y de la Salud*. Madrid: Alianza Editorial

Castilla del Pino, C. & Ruiz-Vargas, J. (1991). *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia*. Madrid: Trotta

Colegio Oficial de Psicólogos de España. (Eds.). *Perfil del Psicólogo Clínico.* Recuperado el 31 de marzo de 2006 de http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm

Colegio de Psicólogos de Madrid. (2006). Recuperado el 2 de setiembre de 2008 de la web info@cbp.psicologos.com

Congreso de la República. (Eds.) (2004). Ley del Trabajo del Psicólogo. Lima.

Correa, E. & Jadresic, E. (2005). *Psicopatología de la Mujer. Santiago de Chile: Mediterráneo*

Cuadra, H & Florenzano, R. (2003). *Bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva*. En: Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 12,1, 83-97. Recuperado en julio del 2006 de http://rehue.csociales.uchile.cl/psicologia/publica/PDF%20revista202003%20n1/cap05.pdf

Davison, G. & Neales, J. (2007). *Psicología de la Conducta Anormal*. México: Limusa

Diener, E., Duch, E. & Oishi, S. (1997). *Recent findings in subjective well-being*. Indian Journal of Clinical Psychology. Publicación on-line

Formighieri, R. (2006). *A auto imagen corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociologica.* Recuperado el 18 de Julio de 2008 de http://www. scielo.br/scielo.htp?script=sciartext&pid=S0102-7182200620011&lng=es&nrm=iso

Gómez, M. (1998). *Teoría y práctica para la promoción de la salud.* Montreal, Canadá: Universidad de Montreal

Grau, J.A. (1997). *Psicología de la Salud: Una Perspectiva Latinoamericana*. En: Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud. Vol1, N°1. Dpto. de Psicología, Universidad Nacional de Colombia

Gutiérrez, M. A. & Pellón, R. *Anorexia por actividad.* (2002). Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica. Vol 2, N° 2- 131-145

Hekier M & Miller, C. (2001). *Anorexia-bulimia: deseo de nada*. Buenos Aires: Paidos

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

Hombrados, M. (1997). *Estrés y Salud. Valencia:* Promolibro

Luzoro, J. (1999). *Psicología de la Salud.* Bravo y Allende, editores. Universidad de Chile

Mijolla, A. (2003). *Fundamentos del Psicoanálisis*. Madrid: Síntesis, S.A.

Ministerio de Salud del Perú. *Perfil Ocupacional del Psicólogo*. Recuperado el 18 de julio de 2008 de http://wwwlimaeste.gob.pe/limaeste/perfil/file/Perfil Ocupacional Psicologo.pdf

Myers, D. (2000). *The funds, friends and faith of happy people*. En Gonzáles Zúñiga, C. (2004). La Psicología Positiva: un cambio en nuestro enfoque clásico. Revista Liberabit, Vol 10, 82-89. Lima: USMP

Montesinos, L. (1994). *Desafíos para la Psicología de la Salud en el Ocaso del siglo XX*. En: revista Suma Psicologica, Vol 6, N°2, sept, Bogotá.

Morales, F. (19997). *Introducción a la Psicología de la Salud*. México: Unisson

Nathan, P. & Harris, S. (1989). *Psicopatología y Sociedad.* México: Trillas

Organización Mundial de la Salud (2004) *Invertir en salud mental.* Recuperado el 18 de Julio de 2008 de http://wwww.who.int/mental health/advocacy/en/spanish final.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud*. Glosario. Padrina, J. (Dtor.) (1999, Julio). Ser feliz es fácil. Muy interesante. Aprende a ser feliz. En: Psicología Positiva, 218. Recuperado el 10 de agosto de 2006 de http://www.muy interesante.es/canales/muyart/anterior/julio99/julio.htm

Peterson, C. (2000). *The Future Optimist*. American Psychologist, 55, 45-55. Recuperado el 30 de setiembre de 2003 de http://www. Mental health-matters.com/artticles/article.php?

Raich, R. (1998). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. México: Mc Graw-Hill

Rojo, L. & Cava, G. (2003). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel

Romero, J. (2000). *VI Seminario Internacional de Psicología «Psicología de la Salud»*. Lima: USMP

Romero, J. (2006) *Las políticas de salud en el Perú: Una mirada crítica*. Revista Liberabit Vol.12, 79-85. Lima. USMP

Romero, J. (2007). *Psicología o Psicopatología. Profesión de vida o disciplina reparadora*. En: UCMaule Revista Académica. Vol 32, 57-74. Universidad Católica de Maule, Talca-Chile

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285

Sebastiani, R. Pellicioni, M. & Chiattone, H. (2003). *La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud*. Recuperado el 18 de Julio de http://www.psicologiacientifica.com

Seligman, M & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology: An Introduction*. American Psychologist, 55, 5-14. Recuperado el l9 de agosto de 2006 de 2008 de htpp://www/psych.upenn.edu/Seligman/apintro.htm

Silva, M. (1994). *Seguin: Otros frentes, otros perfiles*. Lima: Editorial del Banco Central de Reserva del Perú.

* jromero@usmp.edu.pe

ISSN: 1817-0285