

# La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas

Victoria Eugenia Díaz Facio Lince<sup>1</sup>

## *Resumen*

El artículo propone una reflexión crítica de los fundamentos históricos y teóricos del área aplicada de la psicología, llamada psicología de la salud. Discute el rol y las funciones del psicólogo dentro de este campo ocupacional específico y propone herramientas teóricas y metodológicas para el trabajo en tres situaciones específicas, como son: la atención primaria, con la gestión de proyectos de promoción y prevención en salud, la psico-oncología, y la atención e intervención de los pacientes que formulan pedidos de carácter estético.

**Palabras Claves:** Psicología de la salud, proceso salud - enfermedad, psico-oncología, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento estético.

## *Abstract*

This paper proposes a critical reflection of the historical and theoretical foundations of psychology's applied field known as health psychology. Psychologist's role and function in this field is discussed, and some theoretical and methodological tools for this type of job are proposed, specifically for three areas: primary care, management of health promotion and prevention projects, psycho-oncology, and the care of patients with aesthetic treatments.

**Key Words:** Health Psychology, The Health - illness Process, Psycho-oncology, Health Promotion, Disease Prevention, Aesthetic Treatments.

# 1. La psicología de la salud: la construcción de un campo

Nos proponemos, en este primer apartado, construir las bases que fundamentan el campo de la psicología aplicada al campo de la salud. Se hace necesario para ello plantear una breve reseña alrededor de la evolución histórica de la interpretación causal de la salud y las enfermedades, lo cual nos llevará a desarrollar cuál es el lugar que ocupa la Psicología en este campo específico.

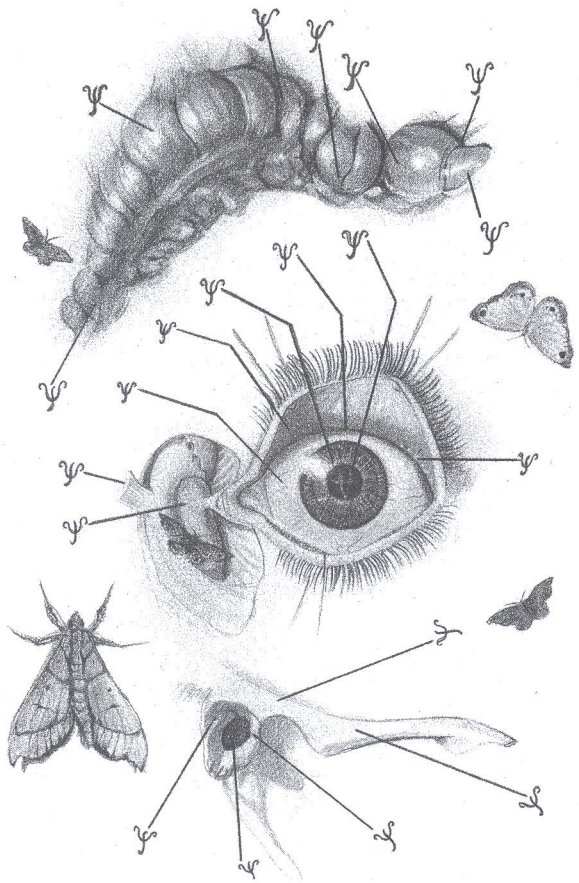
## 1.1: Evolución histórica de la interpretación causal del proceso salud-enfermedad

Históricamente, las interpretaciones causales sobre la salud y la enfermedad se han orientado en dos perspectivas: las referidas a la explicación de porqué el hombre enferma y las que hacen énfasis en el discurso sobre la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Situemos los antecedentes de esta reflexión en el mundo griego en donde se reconocen dos corrientes diferenciadas con respecto a la mencionada interpretación: la escuela platónica, coherente con la interpretación divina que los primitivos atribuían a la enfermedad, que establecía que tanto la salud como la enfermedad eran determinadas por un principio no material, el alma divina o *pneuma*, que afectaba los órganos. La enfermedad se originaba por un castigo de los dioses y no se curaba entonces con medicamentos, sino con cantos, himnos y otros rituales simbólicos. Por su parte, la escuela hipocrática se opuso a esta interpretación teúrgica, insistió en desacralizar las enfermedades y propuso una causa natural para ellas. Planteó Hipócrates que el medio externo tiene efectos en la producción de la enfermedad y reconoció también en ella la incidencia de las características personales; particularmente postuló la existencia de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, cuyo equilibrio o desequilibrio influían en la salud o la enfermedad y definían el temperamento de cada individuo (Lain Entralgo, 1975).

“... La enfermedad se originaba por un castigo de los dioses y no se curaba entonces con medicamentos, sino con cantos, himnos y otros rituales simbólicos...”

En la Edad Media, bajo el dominio del discurso de la Iglesia Católica, se desconocieron los aportes de las escuelas clásicas y prevaleció de nuevo la interpretación mística de las enfermedades, atribuidas a la ira de Dios o a la acción del demonio. Simultáneamente, la medicina del mundo árabe avanzó en la sustentación materialista de la enfermedad y señaló seis principios que incidían en el mantenimiento de la salud

“El vínculo entre la biología y la medicina se hizo más fuerte en el siglo XX, lo que permitió que se ampliaran y profundizaran los conocimientos acerca del sustrato material de las enfermedades...”



o en la producción de la enfermedad, eran estos: el aire puro, la moderación en el comer y en el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales.

El Renacimiento, con el nuevo modo de producción capitalista y con su gran avance cultural y científico, revalorizó las enseñanzas de la escuela hipocrática y de la medicina árabe e incentivó la investigación médica ante la necesidad de respuestas prácticas a los problemas de salud que afectaban a la población. El nacimiento de la microbiología, de la mano del invento del microscopio, confirmó la interpretación materialista de la enfermedad pero produjo un esquema biologista unicausal para explicarla.

El vínculo entre la biología y la medicina se hizo más fuerte en el siglo XX, lo que permitió que se ampliaran y profundizaran los conocimientos acerca del sustrato material de las enfermedades, en las que se propone que ya no tienen efectos sólo los microorganismos sino una serie de procesos que ocurren en los órganos, tejidos y células, y en los cuales influyen de forma importante los procesos bioquímicos del organismo. Por su parte, el siglo XXI se define por el paradigma genético bajo el cual se han producido múltiples explicaciones y aplicaciones de esta área a la interpretación y tratamiento de las enfermedades, pero se ha consolidado con más fuerza el esquema unicausal con respecto a que las causas biológicas son las únicas y las últimas para explicar los procesos de salud y de enfermedad.

Esta mirada reduccionista de los problemas de salud ha generado como respuesta que en campos más propios de las disciplinas sociales se haya ido constituyendo una tendencia que cuestiona la mencionada unicausalidad y propone una perspectiva multicausal, donde la interacción entre tres componentes -agente, huésped y ambiente- determinan el mantenimiento de la salud o la génesis de las enfermedades. Este enfoque advierte sobre la importancia de ingresar en el estudio de los problemas de salud el carácter activo del sujeto humano, que obliga a superar el esquema simplis-



ta de que el huésped es una entidad pasiva que recibe el influjo de un agente externo patógeno, y pone en evidencia que múltiples factores, entre ellos los psíquicos y sociales, inciden tanto en el huésped como en el agente y en el ambiente. Esta nueva perspectiva ha hecho necesario que nuevas disciplinas contribuyan al estudio de un campo que tradicionalmente fue exclusivo del discurso médico; particularmente la Psicología, con su rama específica de la Psicología de la salud, se ha configurado como una disciplina que se ocupa de los factores psíquicos y sociales que influyen en el mantenimiento de la salud o inciden en la aparición y evolución de una enfermedad en determinado sujeto (Morales, 1999).

## 1.2. El proceso salud-enfermedad como campo de aplicación de la psicología

La preocupación de la disciplina psicológica en relación con los temas de salud se orientó históricamente al estudio y tratamiento de la salud y las enfermedades mentales. Sin embargo, desde los años 60 la Psicología empezó a ocuparse del proceso salud-enfermedad en su dimensión más amplia y comenzó a hacer aportes, como se dijo anteriormente, a un campo tradicionalmente exclusivo del discurso médico. El área disciplinar que se dedicó a este estudio se consolidó bajo el nombre de *Psicología de la salud* y fue construyendo progresivamente un espacio propio como campo aplicado de la Psicología, orientando su evolución hacia dos

“La preocupación de la disciplina psicológica en relación con los temas de salud se orientó históricamente al estudio y tratamiento de la salud y las enfermedades mentales...”

enfoques: el clínico (con los antecedentes de la Psicología clínica, el Psicoanálisis, la Psicología médica y la Psicología cognitivo-conductual), y el social (fundamentado en la Psicología social comunitaria).

El psicólogo cubano Francisco Morales Calatayud (1999, p. 88) hace una revisión del campo de referencia y lo conceptualiza de la siguiente manera:

Se puede considerar que la Psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención en salud. [...] Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los pacientes enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben.

Con base en esta referencia, es importante detenernos en cuatro aspectos fundamentales para discernir las distintas perspectivas de trabajo de las que se ocupa la Psicología de la salud:

- En términos generales, se destaca el interés de este campo en investigar e intervenir sobre los aspectos psíquicos que inciden en el proceso salud-enfermedad que, como ya se dijo, se asume como multicausado.
- Se ocupa la Psicología de la salud de la atención psicológica de los pacientes enfermos o con secuelas de alguna enfermedad, con base en la premisa de que los factores psíquicos tienen incidencia en el origen y la evolución de la enfermedad, y en la forma como el sujeto enfrenta la experiencia de estar enfermo.
- Le interesa a esta rama de la Psicología aplicada el área denominada de la “salud positiva”; la cual plantea que los factores psíquicos y sociales inciden en el mantenimiento de la salud y propone una mirada, que desde el estudio psicológico, apoye los procesos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Este campo se ocupa, además de los aspectos anteriores, del estudio de los factores psíquicos que intervienen en los vínculos entre los sujetos que hacen parte de las acciones en salud. Se reconoce entonces que en el campo de la salud juegan un papel importante, no sólo los aspectos psíquicos y sociales de los pacientes enfermos y de las poblaciones que son objeto de las campañas de promoción y prevención, sino también la subjetividad de los profesionales que se desempeñan en esta área.

A partir de estos aspectos básicos, enunciaremos a continuación las dos áreas generales del trabajo que el psicólogo puede desempeñar en el campo de la salud para pasar, en el próximo apartado, a desarrollar con mayor profundidad los aspectos psíquicos que inciden en tres situaciones específicas de este campo de la Psicología aplicada. Se propone que el psicólogo de la salud puede desempeñarse en dos grandes áreas de trabajo: la atención primaria, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, y la atención secundaria en los hospitales y centros de rehabilitación. Con respecto a la atención primaria, campo que profundizaremos más adelante, se propone el abordaje de temas prioritarios en cada momento del ciclo vital: salud de los niños, salud de los adolescentes, salud reproductiva, salud de los adultos y salud de los adultos mayores, frente a los cuales el profesional de la psicología debe desarrollar estudios y diseñar intervenciones orientadas fundamentalmente al trabajo de carácter reflexivo y educativo que fomente, desde la perspectiva psicológica, la participación y la autogestión de la comunidad en sus procesos de salud (Morales, 1999).

Con respecto a la atención psicológica en los centros de atención secundaria en salud, como los hospitales y centros de rehabilitación, los antecedentes muestran

que hasta antes de los años 70, los servicios de Psicología de los hospitales se concentraban en la atención de los pacientes psiquiátricos. Sin embargo, dice Morales (1999, p. 198) que a partir de esa década se reconoce que:

En la causalidad de todas las enfermedades en general hay, en mayor o menor grado, elementos de carácter psicológico. En todas están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de la condición patológica, las limitaciones que lleva aparejada, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto para la vida futura. Cada paciente presentará entonces su propia respuesta a la enfermedad en la que se pone de manifiesto no sólo las características regulares de la misma como hecho biológico, sino también, y sobre todo, las del sujeto como persona actuando en una situación específica.

En la atención secundaria, se propone que los psicólogos de la salud deben estar integrados a las distintas unidades hospitalarias y hacer parte de los equipos multidisciplinarios que tratan a los pacientes que son atendidos en ellas. En términos generales, el trabajo del psicólogo en estas instituciones se orienta hacia las siguientes acciones:

- La recepción de las interconsultas médico-psicológicas y la asistencia directa de los pacientes enfermos y las familias que son atendidos en los distintos servicios clínicos y quirúrgicos de la institución hospitalaria.
- El trabajo investigativo, educativo y reflexivo que involucre a los estudiantes y profesionales de las distintas áreas de la salud, acerca de los aspectos psicológicos que inciden en el proceso salud-enfermedad y en el vínculo asistencial.
- La participación en los equipos multidisciplinarios que estudian las situaciones de los

pacientes enfermos y toman las decisiones sobre las intervenciones que sean necesarias.

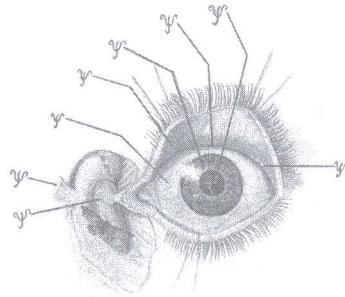
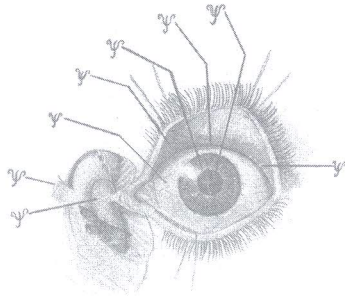
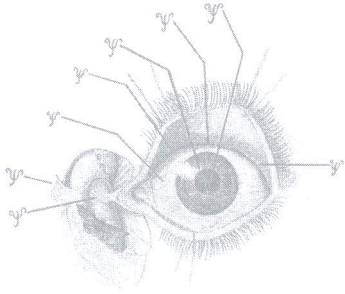
- La acción institucional que involucra, entre otros, los temas de la satisfacción o insatisfacción de los pacientes y los trabajadores de la salud con los servicios que son ofrecidos por la institución.

## 2. Situaciones específicas del trabajo en Psicología de la salud

Después de esta ubicación general del campo de la Psicología de la salud, desarrollaremos con más detenimiento tres áreas específicas, las que elegimos, entre muchas otras, porque ilustran tipos de problemáticas muy diferentes con las que el psicólogo se encuentra en este territorio; son ellas: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, la psico-oncología y la atención e intervención de los pedidos de carácter estético.

### 2.1. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades

Ya en el apartado anterior se mencionaban algunos temas básicos que el psicólogo de la salud aborda en la atención primaria, con base en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades de distintos grupos poblacionales. Referenciábamos un modelo (Morales, 1999) que propone abordar este tipo de atención con base en las problemáticas de los grupos específicos, de acuerdo con su distribución en el ciclo vital, y hace énfasis en la atención de algunos temas, en los que los factores psicológicos tienen una incidencia preponderante:



- **Salud reproductiva:** alrededor de la cual son frecuentes problemáticas como los embarazos indeseados y los embarazos en adolescentes, los abortos inducidos y de alto riesgo, la violencia física y psicológica, entre otros.
- **Salud de los niños:** con problemas como los inadecuados patrones de crianza infantil, maltrato y abuso físico y sexual, dificultades de aprendizaje, entre otros.
- **Salud de los adolescentes:** con dificultades como el consumo de sustancias psicoactivas, el aumento de la accidentalidad, las dificultades de adaptación en el entorno familiar y escolar, entre otras.
- **Salud de los adultos:** entre otros temas, el psicólogo puede atender asuntos como la pérdida y ajuste a las nuevas situaciones vitales, los “estilos de vida” no saludables y las enfermedades agudas o crónicas que hacen su aparición en esta edad.
- **Salud de los adultos mayores:** con múltiples problemáticas donde incide lo psicológico como son las pérdidas múltiples propias de esta edad, el aumento de las limitaciones que imponen las enfermedades crónicas, el aislamiento social y la disminución de la propia estimación.

Coinciden las anteriores directrices con las planteadas en el contexto colombiano en la ley 100 de 1993, que desarrolla el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y en la que se fundamenta la propuesta de la protección integral que brinda atención en salud en las fases de educación, información, fomento y prevención, tratamiento y rehabilitación. Dentro del marco legal colombiano, se define la promoción como

(...) la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas o sociales de los individuos y las colectividades. (Ministerio de Salud de la República de Colombia, Resolución 03997 del 30 de octubre de 1996, p.1).

La prevención, por su parte, se define como:

(...) el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad

aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables. (Ministerio de Salud de la República de Colombia, Resolución 03997 del 30 de octubre de 1996, p. 2).

Si bien estas son algunas de las directrices y temáticas que orientan el trabajo psicológico en la atención primaria en salud, el psicólogo se enfrenta con una situación problemática -que debe atender en su práctica- y que se refiere a que a pesar del buen diseño y aplicación de las campañas de promoción y prevención, con frecuencia las comunidades y los individuos son resistentes a los buenos propósitos que les son transmitidos en relación con el cuidado y mantenimiento de una adecuada salud. En la investigación que Hoyos, Duvaltier y Giraldo (2003) realizaron sobre los límites de los programas de promoción y prevención desde una perspectiva psicoanalítica, los autores abordaron este problema a partir de su pregunta sobre cuáles son los factores psíquicos que pueden incidir en que los sujetos se resistan a los propósitos de los programas de promoción y prevención en salud. Para fundamentar su respuesta, y en referencia con las leyes antes citadas, los investigadores señalan:

“...a pesar del buen diseño y aplicación de las campañas de promoción y prevención, con frecuencia las comunidades y los individuos son resistentes a los buenos propósitos que les son transmitidos en relación con el cuidado y mantenimiento de una adecuada salud...”

Se evidencia en la reglamentación existente, que para lograr el efecto buscado se ha de contar con un sujeto capaz de autonomía y que quiera permanecer sano. No obstante, la clínica médica evidencia que no todos los pacientes se acogen a este ideal de salud y que en muchos de ellos se hace palpable más bien el objetivo de instalarse cómodamente en la enfermedad (Hoyos, Duvaltier y Giraldo, 2003, p. 134).

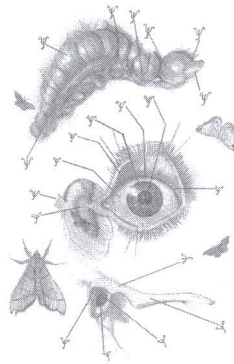
Para explicar este fenómeno aluden a cierto carácter placentero que para cada sujeto pueden tener los denominados factores de riesgo, los cuales se convierten para el discurso de la prevención en ilícitos, o al menos en riesgosos. Señalan que bien se sabe que la prohibición incita a la transgresión, lo que hace más “gozosa” la relación con ese particular factor de riesgo, llámese cigarrillo, licor, grasa o dulces.

Destacan los investigadores que, con frecuencia, la palabra de los participantes en los programas de promoción y prevención, y consecuentemente su subjetividad, están excluidas de la lógica que rige a los programas de promoción y prevención en salud, lo que lleva a que se diseñen estrategias y programas generales -iguales para todos los usuarios-, que no dejan lugar a que los sujetos y las comunidades se interroguen y hablen de su relación particular con los factores de riesgo y con los hábitos de vida saludable, relación que, como dijimos, no siempre coincide con el propósito de la atención primaria en salud. De lo anterior se deriva una propuesta, que puede fortalecer el campo de acción del psicólogo de la salud en este nivel de atención, acerca de la necesidad de ingresar los aspectos psíquicos a la promoción



y la prevención, lo que abre la vía para que cada paciente se haga cargo de su relación particular con los factores de riesgo o con las enfermedades vinculadas con ellos. Concluimos este apartado con la referencia a los autores citados:

Se trata entonces de una prevención prevenida, o advertida de estos aspectos de la subjetividad, no estandarizables, que descuadran toda estadística, todo protocolo, toda guía de manejo y que generalmente se tornan en límites para la adhesión a los tratamientos propuestos por los programas. Una prevención que, al contar con estos aspectos, podría convertirse en programas con mayores posibilidades de éxito (Hoyos, Duvaltier y Giraldo, 2003, p. 138).



## 2.2. La psico-oncología

Un área de trabajo ineludible para el psicólogo de la salud, y que ofrece múltiples perspectivas para su abordaje, es la psico-oncología que ha sido definida como la disciplina que estudia y trata los factores psicológicos relacionados con la experiencia del cáncer en sus distintas etapas. El psicólogo que trabaja en el área oncológica se desempeña fundamentalmente en tres grandes áreas de trabajo: a) la prevención, b) la intervención terapéutica y la rehabilitación y c) los cuidados paliativos (Cruzado y Olivares, 2000).

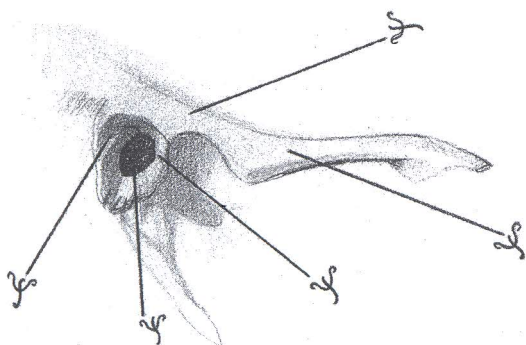
Con respecto al área preventiva, la cual hemos desarrollado ya en el apartado anterior, se propone que el psicólogo debe participar en programas cuyos objetivos sean la promoción de conductas adecuadas en salud y la prevención o eliminación de los hábitos de riesgo para el cáncer. Son fundamentales, en este sentido, el diseño de programas que hagan énfasis en la detección precoz de la enfermedad, factor

determinante para la supervivencia del paciente en algunos tipos de cáncer, como el de mama, piel, esófago, estómago, entre otros, cuyos tratamientos han mostrado una tasa de efectividad alta cuando se inician en los estadios precoces de la enfermedad. Es importante que el psicólogo que se desempeñe en esta área de la psico-oncología esté atento a la discusión desarrollada en el apartado previo, acerca de la

necesidad de introducir los factores subjetivos en la promoción y la prevención de la salud, para conseguir resultados más estables y duraderos en las poblaciones con las que trabaja; esto fundamentado en el reporte de que las campañas de detección precoz no suelen tener la receptividad que los profesionales de la salud esperan. Al respecto, en el artículo *Evaluación y tratamiento psicológico del cáncer* (Cruzado y Olivares, 2000, p. 356) los autores afirman:

La participación en los programas de *screening* de cáncer de mama se estima que debería ser del 70-80% para considerarse efectivos; sin embargo, a pesar de los niveles tan altos de incidencia y mortalidad de este tipo de cáncer, existe una amplia proporción de mujeres, entre el 35 y 45% de las convocadas, que no participa en dichos programas de atención precoz.

En el área de la intervención terapéutica y la rehabilitación, el psicólogo de la salud que trabaje en oncología puede desempeñarse en varios campos, entre ellos, el manejo de la información adecuada, y la preparación y atención psicológica del paciente enfrentado al cáncer y a los tratamientos oncológicos. El manejo de la información que se suministra al paciente acerca del diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento es de fundamental importancia en la reflexión de la psico-oncología; si bien la



“El manejo de la información que se suministra al paciente acerca del diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento es de fundamental importancia en la reflexión de la psico-oncología...”

tendencia actual entre los profesionales de la oncología es informar al paciente acerca de su situación de enfermedad para promover un papel más activo en su proceso terapéutico, es común que el psicólogo se encuentre con situaciones complejas que confrontan al personal de la salud con el paciente y con la familia: se le llama en ocasiones, sin conocer previamente al paciente, para darle un diagnóstico que el médico teme transmitir; se encuentra con familias que, con el argumento de proteger al paciente contra la depresión y la pérdida del sentido de la vida, exigen que se le oculte la verdad de su diagnóstico; hallan pacientes que, aunque en la historia se confirma que han sido informados del diagnóstico, aseguran que nadie les ha explicado nada. Al respecto, Cruzado y Olivares (2000, p. 360) proponen:

Las reglas básicas de la información en el cáncer deben hacer explícitas las siguientes variables: el contenido de la información, quién debe ser informado, quién debe informar, cuándo se ha de informar y cómo se ha de informar. Los efectos positivos de la información al paciente con cáncer dependen del contenido de la información, de cómo y de cuándo se emita.

Si bien en psico-oncología estas indicaciones generales sobre el manejo de la información deben contrastarse con la situación particular

de cada paciente y su familia, se proponen algunos parámetros básicos que el psicólogo debería considerar. Con respecto al contenido de la información se sugiere que ésta debe incluir el diagnóstico y las características clínicas del cáncer, las características de los procedimientos diagnósticos y de los tratamientos, los efectos secundarios de éstos y los medios para aliviarlos. Se sugiere que se debe informar tanto al paciente como a sus familiares más cercanos, con el objetivo de establecer un canal abierto y claro que fomente una posición activa y responsable del paciente con respecto a su proceso de enfermedad y tratamiento, y una red de apoyo en su entorno familiar. La información acerca del diagnóstico, las características y el curso de la enfermedad debe ser transmitida por el médico tratante, mientras que el psicólogo debe apoyar este proceso abordando los aspectos psíquicos de la enfermedad y atendiendo la respuesta emocional del paciente y la familia ante el diagnóstico. Finalmente, se propone que la información debe ser secuencial y debe integrar, tanto las distintas fases del proceso de enfermedad y de los momentos terapéuticos, como las características particulares de cada paciente, sus tiempos subjetivos y las defensas que construye para asumirla (Gómez Sancho, 1996).

“Frente al diagnóstico y las opciones terapéuticas el psicólogo debe ayudar al paciente a tramitar la información que se le entrega con respecto a su situación médica real y sus posibilidades terapéuticas...”

El otro campo de la intervención terapéutica y la rehabilitación es la preparación y atención psicológica del paciente enfrentado al cáncer y a los tratamientos oncológicos. Si bien con los distintos tratamientos actuales, el paciente diagnosticado de cáncer tiene muchas posibilidades de sobrevivir, según el tipo de tumor y el estadio en que éste se encuentre, el psicólogo se encuentra que la metáfora psíquica y cultural a la que esta enfermedad remite sigue siendo la de la muerte, asunto que suele aparecer en su encuentro con los pacientes y las familias. Por otra parte, los tratamientos oncológicos que buscan erradicar el tumor -cirugía, radioterapia y quimioterapia- conllevan múltiples efectos

secundarios negativos que hacen que los pacientes los describan como más terribles que la misma enfermedad: la cirugía hace un corte en el cuerpo y deja las marcas de una amputación, de un orificio que se abre, de un órgano que se extrae; la quimioterapia debilita el organismo al matar células sanas al mismo tiempo que erradica las células tumorales; deja, además, las marcas de la alopecia que impacta de forma contundente la propia imagen de los pacientes; la radioterapia quema el tumor, pero simultáneamente deteriora otras partes sanas del organismo que pueden dejar secuelas crónicas tras la erradicación de la enfermedad. Frente al diagnóstico y las opciones terapéuticas el psicólogo debe ayudar al paciente a tramitar la información que se le entrega con respecto a su situación médica real y sus posibilidades terapéuticas y debe atender, con las distintas estrategias clínicas, los efectos emocionales -angustia, miedo, duelo, dolor, depresión, entre otros- que suscitan, tanto el diagnóstico como los distintos procedimientos (Díaz, 1996).



La tercera área de trabajo en la psico-oncología es la atención psicológica en la fase terminal de la vida, inscrita dentro de los cuidados paliativos, los cuales buscan ayudar a mantener, en lo posible, la calidad de vida del paciente que ya no tiene opciones de curación y la de su familia. El paciente en la fase terminal de la vida, que hasta antes de los años 60 era un enfermo excluido por los profesionales de la salud, en tanto lo confrontaba con la sensación del fracaso en su lucha contra la muerte, empezó a ser acogido, a partir de los estudios de la médica E. Kubler Ross (1969), quien lo definió como ser sufriente y necesitado de la atención de distintas disciplinas que le ayudaran a sortear el dolor y el sufrimiento del encuentro con la inminencia de la muerte. Este campo de trabajo, al que no todos los psicólogos de la salud acuden con agrado, busca ayudar al paciente a elaborar el dolor emocional que acompaña el proceso de morir y el duelo anticipatorio por todas las pérdidas previas a la muerte definitiva. Igualmente, se abre el campo de trabajo psicológico a la atención de las familias, tanto en el proceso previo a la muerte del enfermo, tiempo que implica un gran desgaste físico y emocional para los miembros del grupo, como en el duelo posterior al fallecimiento del paciente.

## 2.3. La atención e intervención del paciente con pedidos de carácter estético

Terminaremos desarrollando una nueva y particular área de trabajo en la que el psicólogo de la salud puede desempeñarse: aquella que atiende e interviene pacientes con pedidos de carácter estético. Como es un campo tan novedoso y poco formalizado de actuación del psicólogo de la salud, nos proponemos, más que plantear acciones específicas, generar una reflexión basada en los resultados de una investigación sobre este asunto particular, y que permitirá esbozar algunas perspectivas para la intervención psicológica en esta área (Díaz y Cortés, 2005).

“... en las últimas décadas se disparó la oferta de las técnicas del cuerpo y la exigencia de que todos los organismos se acerquen a un mismo patrón...”

Si bien las intervenciones que transforman el cuerpo son tan antiguas como la humanidad, en las últimas décadas se disparó la oferta de las técnicas del cuerpo y la exigencia de que todos los organismos se acerquen a un mismo patrón. Este fenómeno responde a la lógica del mundo contemporáneo en donde los medios masivos de comunicación, apoyados en el modo de producción capitalista, imponen un prototipo de

imagen de cuerpo perfecto y ofrecen, además, estrategias para lograrlo: la oferta incluye, entre otros, múltiples procedimientos cosméticos que prometen moldear el cuerpo a la medida ideal. Los consultantes, receptivos a dichas ofertas de embellecimiento, se someten a intervenciones con las que creen que alcanzarán el bienestar, aumentarán su propia estimación y la valoración del entorno.

En relación con este contexto, y centrando la atención en los efectos de un procedimiento específico, en la investigación *Efectos del tratamiento de ortodoncia en la imagen del cuerpo y la autoestima de los adolescentes*, realizada en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Díaz y Cortés (2005), proponen responder a la pregunta de si el tratamiento estético, en este caso la ortodoncia, contribuye a modificar la imagen del cuerpo y la problemática de autoestima de los pacientes que lo solicitan. La investigación surgió al hallar que a los servicios odontológicos llegan los consultantes con demandas referidas a un malestar con su imagen de cuerpo y los profesionales responden con acciones instrumentadas sobre el “organismo”, la cavidad bucal en este caso particular.

Se vislumbró en este encuentro entre el paciente y el profesional de la salud (o quizás debería llamarse des-encuentro) una inconsistencia relacionada con lo que el paciente demanda y lo que el odontólogo ofrece. Con frecuencia la necesidad de tratamiento no parte del registro orgánico -lo real de la maloclusión- sino del registro imaginario, -el prototipo de cuerpo perfecto-. Los pacientes anhelan al-

“... Los pacientes anhelan alcanzar con la ortodoncia no sólo unos ‘dientes derechos’, sino también una imagen ideal de cuerpo y con ella la armonía en la relación con ellos mismos y con los otros...”

canzar con la ortodoncia no sólo unos “dientes derechos”, sino también una imagen ideal de cuerpo y con ella la armonía en la relación con ellos mismos y con los otros. De esta manera, se encontró que a una demanda que tiene que ver con la imagen del cuerpo de un sujeto que sufre, se responde con una intervención técnica sobre el organismo.

Presentaremos, a continuación, algunos de los hallazgos de este trabajo con la premisa de que, para la reflexión psicológica, pueden extrapolarse a las otras áreas de intervención estética por basarse, en esencia, en la misma lógica y tener como consecuencia los mismos efectos sobre la subjetividad.

Durante la investigación, los entrevistados manifestaron la queja, el motivo de consulta, que los movía a realizarse el tratamiento ortodónico. Por lo general dicha queja, que durante la investigación se denominó pedido, se expresó en términos que hacían referencia a los defectos dentales o faciales en lo real del organismo. Sin embargo, al mismo tiempo que expresaban su pedido, los consultantes formulaban, en ocasiones sin saberlo, su demanda -su afectación en la imagen del cuerpo, aquello que les producía malestar- en términos como: “el tratamiento me permitirá conseguir felicidad, respeto, un mejor compartir con el otro y el amor”; “las personas

exitosas, con buenos puestos y mejor clase social tienen cultura y los dientes derechos”. Al finalizar el tratamiento, se puso especial atención en establecer si las expectativas y los anhelos de los pacientes se habían cumplido o si aún persistía el malestar con su cuerpo; en otras palabras, se hizo énfasis en saber si con la modificación en lo real de su organismo, los adolescentes habían resuelto su problemática de cuerpo y lo que les dificultaba su relación consigo mismos y con los otros.

Los relatos revelaron que, si bien los cambios logrados en el rostro y en la dentadura fueron bien recibidos, la mayoría de los pacientes ansiaban “algo más” que no lo podía ofrecer el tratamiento y que tenía relación con un pobre sentimiento de estima de sí. Se evidenció que los pacientes relacionaban su problemática de propia estimación con su defecto facial y anhelaban, coherentes con la oferta publicitaria, que el tratamiento podría mejorarla sustancialmente. Sin embargo, al finalizar el tratamiento se encontró que, si bien expresaban cierta satisfacción con su nuevo organismo, develaban que el aumento de la autoestima sólo se logró de una manera parcial y transitoria y reportaban insatisfacción frente a los resultados esperados.

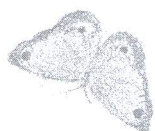
La reflexión derivada de este trabajo nos permite concluir, dejando planteadas algunas consideraciones, que el psicólogo de la salud puede integrar a su trabajo con profesionales dedicados a la estética y con los pacientes que consultan a ellos. Se evidencia en toda intervención que transforma el organismo con fines estéticos, el contraste entre dos formas discursivas: por un lado, el discurso de los medios de comunicación -al que se acogen los profesionales que trabajan en esta área- que promete que el embellecimiento del organismo trae como efecto el incremento permanente



de la autoestima; por el otro, el discurso de los pacientes que pone en entredicho el presupuesto anterior, ya que al transformar una parte de su organismo no logran esa sensación de completo bienestar que anhelaban, y apenas alcanzan un incremento transitorio del sentimiento de estima de sí, que rápidamente decae para llevarlos a buscar otros objetos de consumo, reiniciando el ciclo: promesa-consumo-desilusión.



El psicólogo de la salud debe estar advertido de la inconsistencia que subyace a la promesa estética y que radica en que, si bien su objetivo es vender, hace una especie de trampa relacionada con lo que ofrece y lo que entrega: ofrece a los consumidores una imagen -un cuerpo *bello* al que se adhieren sus ilusiones imaginarias: el bienestar, el amor, el poder, el reconocimiento-, pero les entrega un objeto -léase dientes derechos, nariz respingada, piel sin arrugas- que, aunque *bonito*, no colma el imaginario con el que el sujeto lo adquiere. Los profesionales de la estética venden la ilusión de que modificando el organismo, transformando un real “feo” en uno “bonito”, se logrará una relación armoniosa del sujeto consigo mismo y con su entorno. Esto no niega que una vez adquirido un objeto bonito se puede lograr una satisfacción temporal; sin embargo, como se constata en el discurso de los pacientes, casi todos se confrontan con su nuevo organismo que no alcanza a satisfacer las expectativas frente a la imagen del cuerpo, lo que evidencia que la modificación del organismo no toca lo sustancial del malestar del sujeto consigo mismo.



Proponemos, a manera de conclusión, que el psicólogo que trabaje en esta área específica debe tener presente el malestar que se repite como síntoma en los relatos de múltiples pacientes sometidos a este tipo de intervenciones. Esto le permitirá asumir una posición ética que no puede ser la de aliarse con el discurso de la promesa estética, sino introducir siempre, en el diálogo con los profesionales y el trabajo con los pacientes, el contraste entre lo que éstos demandan y lo que realmente les puede ser concedido. Permitir que tanto el profesional como el consultante se interroguen por los alcances reales y por los límites de su intervención, podría tener efectos positivos para todas las partes involucradas en esta área de la salud: por un lado, podría conducir a la disminución de la insatisfacción que con frecuencia expresan los pacientes tras los procedimientos estéticos; disminuirían, consecuentemente, los comentarios molestos, cuando no difamatorios, que acerca del profesional transmite un paciente insatisfecho y, final y fundamentalmente, frenaría la cascada de pedidos de intervenciones en serie en las que los pacientes invierten un gran monto emocional, físico y económico, el cual, en trágicas ocasiones, pagan con su propia vida.



## Referencias

- Cruzado, J. y Olivares, M. (2000). Evaluación y tratamiento psicológico del cáncer.
- En J. Buceta (Ed.), *Intervención psicológica en trastornos de salud*, (341 - 395). Madrid: Dykinson.
- Díaz, V. (1996). *Aspectos psíquicos del paciente oncológico*, Monografía para optar al título de psicóloga. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Díaz, V. y Cortés, N. (2005). Efectos del tratamiento de ortodoncia en la imagen del cuerpo y la autoestima de los adolescentes *Revista Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia*, 16 (1 y 2), 125-134.
- Gómez, M. (1996). *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid: Grupo Aula médica.
- Hoyos, J., Duvaltier, I., y Giraldo, W. (2003) Límites de los programas de promoción y prevención. Una perspectiva psicoanalítica, *latreia, Universidad de Antioquia*, 16 ,132-139.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Lain Entralgo, P. (1975). *Historia Universal de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- Ministerio de Salud. (1996). *Resolución 03997*. Bogotá: República de Colombia.
- Morales, F. (1999) *Introducción a la psicología de la salud*, Buenos Aires: Paidós.