

TEMA 1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD.

1.1. Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial de salud.

Durante cientos de años, los profesionales de la medicina tan solo contaban con algunos medicamentos para tratar a los pacientes y, por lo tanto, la relación médico-paciente (caracterizada por la empatía, la compasión y la actitud cuidadora hacia la persona enferma) eran componentes integrales y terapéuticamente necesarios en la práctica de la medicina. Sin embargo, el gran avance del conocimiento científico en campos como la biología, la química y la microbiología, ocurrido hace aproximadamente un siglo, ha contribuido a la proliferación de médicos especialistas, que a medida que profundizaban en los conocimientos técnicos de determinados aspectos de la medicina, desconocían cada vez más el poder de los factores psicológicos en los mecanismos de salud y enfermedad (Matarazzo, 1994). En este contexto científico, claramente inspirado en el dualismo mente-cuerpo, surgió el modelo biomédico, que entiende la enfermedad como un fallo de algún elemento de la máquina (cuerpo) y, como consecuencia, concibe el trabajo del médico como el de un mecánico: diagnosticar el fallo y reparar la maquinaria. Por lo tanto, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión meramente bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores sociales o psicológicos (Engel, 1977).

En el siglo XIX, las enfermedades de naturaleza infecciosa y epidémica eran las principales responsables de la mortalidad y morbilidad, constituyéndose en las grandes preocupaciones de aquel periodo. Sin embargo, a lo largo del siglo XX, las mejoras en las condiciones de vida y el desarrollo de la medicina alopática (basada en el uso de antibióticos y vacunas), de la salud pública y de la

nutrición, han permitido el control de las enfermedades infecciosas. En la actualidad, las causas más importantes de muerte son las enfermedades crónicas no infecciosas, es decir, las enfermedades neoplásicas, las enfermedades cardiovasculares o la pérdida de facultades por accidente; enfermedades todas ellas muy asociadas a factores ambientales y a los estilos de vida de los individuos (*World Health Organization* [WHO], 1986). En efecto, y como ya documentaba Matarazzo en 1994, mientras que a principios del siglo XX las tres causas principales de muerte eran neumonía, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, en el año 2002, tal como recoge un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud, las principales causas de muerte pasan a ser disfunciones más relacionadas con los estilos de vida, como son enfermedades del corazón, cáncer y enfermedades cerebrovasculares.

Ante las dificultades que ha ido mostrando el modelo biomédico para explicar la incidencia de variables extrasanitarias en la salud, se ha ido poniendo de manifiesto la necesidad de formalizar una nueva conceptualización que permita comprender y controlar mejor la salud y la enfermedad. Nace así el modelo biopsicosocial (Engel, 1977), convencido de que es el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales lo que determina la salud y la enfermedad. En el ámbito de la investigación, el modelo sostiene que para comprender los resultados en el dominio de la salud y la enfermedad se deben tener en cuenta todos los procesos implicados y se deben tratar de medir los tres tipos de variables antes mencionadas, lo que hace necesario adoptar un abordaje multidisciplinar.

1.2. Evolución en la conceptualización del término *salud*.

En décadas pasadas, las tasas de morbilidad y mortalidad como medidas de resultado de la salud eran indicadores sensibles, ya que la mayoría de los problemas de salud eran agudos, los diagnósticos solían ser exactos y consistentes y la atención médica solía tener un impacto decisivo sobre el curso de la enfermedad. Sin embargo, actualmente las causas de enfermedad son inespecíficas y multifactoriales, existiendo una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, en cuyo caso el tratamiento médico no está estrictamente relacionado con el curso de la enfermedad, por lo que las medidas de resultado como la morbilidad o la mortalidad no son suficientemente sensibles y es necesario buscar medidas que tengan en cuenta el enfoque más amplio de salud (McDowell & Newell, 1987).

En consecuencia, junto a la inclusión paulatina de factores extrasanitarios en la noción de salud, el concepto mismo de salud ha experimentado una importante transformación en los últimos decenios, desde una concepción *negativa y reduccionista*, basada en la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez, hasta una nueva dimensión más *positiva y holística* en la que se han incluido diferentes dimensiones de bienestar, ajuste psicosocial, calidad de vida, funcionamiento cotidiano, protección hacia posibles riesgos de enfermedad, desarrollo personal, entre otras (Godoy, 1999; Singer & Ryff, 2001).

El enfoque negativo de la salud se refiere a un proceso reactivo en el que la salud es restaurada a través de intervenciones médicas aplicadas a aquellas personas que están enfermas, mientras que el enfoque positivo o amplio de la salud hace referencia a una decisión deliberada de los gobiernos y sociedades de prevenir la enfermedad y promover el bienestar (Locker & Gibson, 2006).

Siguiendo el análisis de Mezzich (2005), la raíz etimológica de *salud* se remonta al término sánscrito *hal*, que significa *totalidad*. Esta noción señala no solo lo limitado que es considerar la *enfermedad* para entender adecuadamente la salud, sino también la amplitud y riqueza del concepto de salud. Durante mucho tiempo la ciencia ha ignorado el enfoque positivo de la salud, ya que la intervención sobre lo patológico ha monopolizado la atención de los profesionales y expertos. Sin embargo, en la actualidad se entiende que promover la salud desde este enfoque más amplio no es solo un derecho deseable para los ciudadanos, sino también un freno a la enfermedad física y mental (Seligman, 2008). Concretamente, Ryff, Singer y Love (2004) demuestran la existencia de correlación entre medidas relacionadas con la salud positiva, como por ejemplo la sensación de bienestar y un correcto funcionamiento de múltiples sistemas biológicos, medidos a través de diversos biomarcadores (como el nivel de cortisol salival, las citoquinas proinflamatorias, el riesgo cardiovascular o la duración de la fase REM del sueño).

Con una histórica declaración de intenciones, en el preámbulo de los primeros estatutos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1948), este organismo propone una definición de salud que intenta abarcar un enfoque más amplio y positivo. De este modo, propone definir la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades. Una interpretación literal de esta definición sugiere que los individuos y comunidades saludables deben poseer ciertos atributos deseables y no meramente estar libre de enfermedad o incapacidad.

Esta definición, que permite la posibilidad de diferenciar entre salud negativa y positiva, ha generado multitud de críticas y se ha

convertido en objeto de debate y deseo, contando con defensores que ensalzan sus grandes ventajas y detractores que señalan sus defectos (Piédrola, 1991). Entre las ventajas más reconocidas se encuentra, en primer lugar, el hecho de contemplar al individuo como un sistema total y no meramente como la suma de sus partes, propiciando una visión de la salud que atiende tanto al ambiente personal-individual como al externo y, en segundo lugar, el hecho de enfatizar la salud y no la enfermedad. Ahora bien, entre las críticas destacan los achaques a su ineficacia y su talante utópico, la equiparación de bienestar a salud, su índole estática, que no permite gradaciones, y el olvido de los aspectos objetivos a favor de los subjetivos.

Como respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud en el mundo, el día 21 de noviembre de 1986 se llevó a cabo en Ottawa (Canadá) la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud y se emitió la conocida Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000" (OMS, 1986). La conferencia tomó como punto de partida el debate sobre la acción intersectorial para la salud que había tenido lugar previamente en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud y los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata, hecha pública en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada del 6 al 12 de septiembre de 1978 en la ciudad de Alma-Ata (URSS), como respuesta a la necesidad de acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo (OMS, 1978).

De acuerdo con el concepto de salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerequisites para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable, y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerequisites pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud, que es primordial en la definición de la promoción de la salud, además de intentar solucionar así la inoperatividad de la definición oficial de salud ofrecida por la Organización Mundial de la Salud. Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. En esta convención en Ottawa se ofrece la siguiente definición de salud: "grado en que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de llevar a cabo sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar o enfrentarse con el ambiente" (OMS, 1986, p. 1). Por lo tanto, la salud es vista como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida (como un medio y no solo como un fin), un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas.

Otras tendencias renovadoras en la definición de salud provienen de la aplicación de la teoría general de sistemas, de acuerdo a cuyos puntos de vista la salud se podría considerar como un estado que representa un balance relativo dentro del cual todos los sistemas se encuentran simultáneamente en armonía (Terris, 1980). De este modo, se considerarían dos aspectos en el concepto de salud, uno de carácter subjetivo y consistente con la sensación de bienestar, y otro objetivo y consistente con la capacidad de

funcionamiento, los cuales pueden manifestarse en diferentes grados a lo largo de un continuo entre salud y enfermedad. Posteriormente, Antonovsky (1987) desarrolló la conocida *teoría salutogénica humana*, donde proclamó la necesidad de reconocer que la enfermedad no es el polo opuesto a la normalidad o ausencia de enfermedad sino a la salud positiva. Por lo tanto, según este conocido autor, a la investigación sobre los factores patógenos causantes de la enfermedad hay que añadir la investigación sobre los factores *salutogénicos*, que causan o mantienen la salud positiva.

En un intento de poner algo de orden en la multitud de definiciones que intentan abordar conceptualmente el término salud, Seedhouse (1986) identificó siete concepciones diferentes de salud: como un estado ideal, como un producto o mercancía, como una capacidad o fortaleza personal, como una fortaleza metafísica, como una reserva de fortaleza física y mental, como una habilidad para adaptarse y como los cimientos para el éxito. En definitiva, a causa de esta multiplicidad conceptual hoy día es difícil la identificación de una común y ampliamente aceptada definición de salud, sin embargo se puede decir que el nuevo enfoque positivo tiene en cuenta en todos los casos una perspectiva más amplia que incluye variables subjetivas, históricamente olvidadas, y muy relacionadas con el bienestar emocional (Singer & Ryff, 2001), típicamente definido por la mayor parte de autores en términos de tres componentes: satisfacción vital, presencia de afecto positivo y ausencia de afecto negativo. Según explican Diener, Kesebir y Lucas (2008), el bienestar subjetivo se refiere a las diferentes formas por las que las personas evalúan la calidad de su vida. Siguiendo esta indicación, desde la esfera emocional, las personas reaccionarían con muchos sentimientos y experiencias positivas a lo que está ocurriendo en sus vidas y con pocas experiencias negativas o displacenteras; mientras que desde la esfera mental, las personas juzgarían sus vidas como

satisfactorias y plenas. Concretamente, el sentimiento de bienestar subjetivo es un estado en el cual una persona siente y cree que su vida va bien y que refleja los diversos valores que busca.

La necesidad de hacer hincapié en el bienestar se ha visto reforzada por los informes de la Organización Mundial de la Salud que muestran cómo los problemas de salud mental aumentan su influencia en la carga de morbilidad general. De hecho, los pronósticos realizados por la Organización Mundial de la Salud para el año 2020 sugieren que la depresión unipolar llegará a ser la segunda causa principal de morbilidad en todo el mundo (Murray & López, 1996). No solo en países desarrollados, sino también los países en desarrollo se verán afectados por la enfermedad mental (WHO, 2003).

El gobierno escocés está llevando a cabo una de las intervenciones más pioneras en este ámbito al introducir los conceptos relacionados con la *salud mental positiva* en la práctica clínica de su país. Concretamente, este proyecto considera la salud mental como la *resiliencia* mental y espiritual que permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es decir, se trata de un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la dignidad propia y de los demás (Scottish Executive, 2005).

En la época en que predominaba el enfoque biomédico de la salud, las herramientas subjetivas de medición eran muy cuestionadas, considerando que carecían de validez. Los argumentos de este enfoque partían de considerar la salud como la ausencia de enfermedad y de pensar que los únicos responsables de su restablecimiento era el personal médico. Sin embargo, si se adopta una definición de salud más amplia, las medidas subjetivas aparecen

como las más sensibles, no solo para detectar las fortalezas del individuo, sino también la presencia de malestar físico, ya que la presencia de este tipo de malestar está usualmente determinada por alguno de los siguientes criterios: a) declaraciones subjetivas del individuo, b) signos manifiestos de alteraciones en la estructura y/o función de partes del cuerpo o en su totalidad y c) alteraciones ocultas que es posible detectar a través de instrumentos (Schlaepfer & Infante, 1990).

Multitud de expertos coinciden en señalar la necesidad de perfilar los atributos que subyacen al concepto amplio de salud y, a partir de ahí, desarrollar medidas de calidad que permitan valorarlas. Solo de esta forma será posible diseñar y evaluar modelos explicativos complejos que sean capaces de incluir tanto elementos positivos como disfuncionales y que permitan analizar una situación o trayectoria vital desde ambos puntos de vista simultáneamente (Diener, Kesebir & Lucas, 2008; Locker & Gibson, 2006; Patrick & Bergner, 1990; Seeman, 1989; Seligman, 2008; Vázquez & Hervás, 2008).

1.3. Referencias bibliográficas.

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health - How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA, EE. UU.: Jossey-Bass Publishers.
- Diener, E. D., Kesebir, P. & Lucas, R. (2008). Benefits of accounts of well-being for societies and for psychological science. *Applied Psychology: An international review*, 57, 37-53.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud:*

- Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 39-75). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Locker, D. & Gibson, B. (2006). The concept of positive health: A review and commentary on its application in oral health research. *Community Dental Health Services*, 34, 161-173.
- Matarazzo, J. D. (1994). Health and behavior: The coming together of science and practice in psychology and medicine after a century of benign neglect. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, 7-39.
- McDowell, I. & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. Nueva York, NY, EE. UU.: Oxford University Press.
- Mezzich, J. E. (2005). Positive health: Conceptual place, dimensions and implications. *Psychopathology*, 38, 177-179.
- Murray, C. J. L. & López, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, EE. UU.: Harvard University Press.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública*. Toronto, Ontario, Canadá: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Patrick, D. I. & Bergner, M. (1990). Measurement of health status in the 1990's. *Annual Review of Public Health*, 11, 165-183.
- Piédrola, G. (2001). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson.

- Ryff, C. D., Singer, B. H. & Love G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394.
- Schlaepfer-Pedrazzini, L. & Infante-Castañeda, C. (1990). La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Salud Pública de México*, 32, 141-155.
- Scottish Executive (2005). *National programme for improving mental health and well-being addressing mental health inequalities in Scotland*. Edimburgo, Escocia: Scottish Development Centre for Mental Health.
- Seedhouse, D. (1986). *Health: The foundations of achievement*. Chichester, Inglaterra: John Wiley.
- Seeman, J. (1989). Toward a model of positive health. *American Psychologist*, 44, 1099-1109.
- Seligman, M. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An international review*, 57 (Suppl.), 3-18.
- Singer, B. & Ryff, C. D. (2001). *New horizons in health: On integrative approach*. Washington, DC, EE. UU.: National Academy Press.
- Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Vázquez, C. & Hervás, G. (2008). Salud positiva: del síntoma al bienestar. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- World Health Organization (1948). *WHO Constitution*. Genova: World Health Organization.
- World Health Organization (1986). Life-Styles and Health. *Social Science & Medicine*, 22, 117-124.
- World Health Organization (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.