

El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud.

The concept of health: An explanation of its uniqueness, multiplicity and health models

Fernando Juárez
Universidad del Rosario

ABSTRACT

It is showed a health perspective with multiple meanings and the need to use multiple models. From the ancient concept of negative health, which continues in full force, to models of positive health, there is a long road full of theoretical approaches and models, among which are the biopsychosocial model, the salutogenic model, the positive health model from positive psychology, the holistic model, the model of personal choice, the model of health as welfare, the model of health as maturity, the model of emotional intelligence as health, and the health model of resilience as health, among others. The use of these models, in a proper manner, enhances the professional work and makes more efficient use of health resources.

Key words: Health, wellness, holism, biopsychosocial, positive psychology.

RESUMEN

Se presenta una perspectiva de salud con múltiples significados y la necesidad de utilización de múltiples modelos. Desde el antiguo concepto de salud negativa, el cual continua con plena vigencia, hasta los modelos de salud positiva, existe un largo camino lleno de aproximaciones teóricas y modelos diferentes, entre los que se encuentran el modelo biopsicosocial, el modelo salutogénico, el modelo de salud positiva desde la psicología positiva, el modelo holista, el modelo de elección personal, el modelo de salud como bienestar, el modelo de salud como madurez, el modelo de salud como inteligencia emocional y el modelo de salud como resiliencia, entre otros. La utilización de dichos modelos, de manera apropiada, enriquece el trabajo profesional y hace un uso más eficiente de los recursos de salud.

Palabras clave: Salud, bienestar, holismo, biopsicosocial, psicología positiva.

Artículo recibido/Article received: Abril 18 2011/April 18 2011, Artículo aceptado/Article accepted: Mayo 3 2011/May 3 2011

Dirección correspondencia/Mail Address:

Fernando Juarez. Universidad del Rosario. Calle 14, No. 4-80. Email: fernando_juarez2@yahoo.com; fernando.juarez@urosario.edu.co

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH esta incluida en PSERINFO, CENTRO DE INFORMACION PSICOLOGICA DE COLOMBIA, OPEN JOURNAL SYSTEM, BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA (ULAPSY-BIREME), DIALNET y GOOGLE SCHOLARS. Algunos de sus articulos aparecen en SOCIAL SCIENCE RESEARCH NETWORK y está en proceso de inclusion en diversas fuentes y bases de datos internacionales.

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH is included in PSERINFO, CENTRO DE INFORMACIÓN PSICOLÓGICA DE COLOMBIA, OPEN JOURNAL SYSTEM, BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGÍA (ULAPSY-BIREME), DIALNET and GOOGLE SCHOLARS. Some of its articles are in SOCIAL SCIENCE RESEARCH NETWORK, and it is in the process of inclusion in a variety of sources and international databases.

LA NATURALEZA MÚLTIPLE DEL CONCEPTO DE SALUD

Resulta difícil definir la salud, al igual que los procedimientos para mantener o recuperar una buena salud, los cuales están determinados por la propia definición. El hecho de que todas las personas tengan un cierto grado de salud (Bergdolt, 1999) y que esta adquiera numerosas formas (Almeida, 2000), cambiando en cada persona y en ciertos momentos de su vida, indica también que todas esas formas podrían parecer aproximaciones parciales a un concepto único (Juárez, 2010, p. 6). Así, tanto los procedimientos de evaluación como los de intervención, cambian, según la definición adoptada. Sin embargo, la cuestión de si la salud es un concepto único o no lo es permanece.

El antiguo concepto de la salud negativa, como ausencia de enfermedad, se presentaba como tal concepto único. Esta definición mantiene una gran vigencia actualmente. Esto es cierto en el ámbito de la asistencia profesional médica (Sadegh-Zadeh, 2000) y, en general, en todos los campos de la salud (Juárez, 2010, p. 8). No solo eso, sino que casi ninguna persona querría tener un diagnóstico médico o psicopatológico, es decir no querría tener una enfermedad o trastorno, lo que da mayor validez a este concepto en la vida cotidiana de cada individuo.

Dicha definición de salud está presente en numerosas aproximaciones terapéuticas tal como el enfoque de la discapacidad (World Health Organization [WHO], 2001), el cual asume un concepto de normalidad olvidándose de la propia voluntad del individuo (Nordenfelt, 1997a), siendo la normalidad una característica de la salud como ausencia de enfermedad (Boorse, 1987). En este enfoque la enfermedad tiene una causa natural (Boorse, 1975). Igualmente, cierta perspectiva de la resiliencia, como recuperación ante eventos de alto riesgo (Hartling, 2008), también se basa en este concepto de salud, ya que la recuperación es la ausencia del daño o la superación del mismo.

Sin embargo, en el concepto de salud negativa la valoración social interpreta la disfunción como perjudicial o no (Wakefield, 2007), introduciendo un enfoque social, que a menudo pasa desapercibido en la utilización de esta definición.

En esta acepción de salud también existe circularidad entre algunos conceptos, por ejemplo entre lo que se considera disfunción y desorden (Houts, 2001), ya que el desorden existe porque hay una disfunción y la disfunción causa el desorden. Esto, que puede constituir un error lógico, sin embargo ocasiona una interacción entre causas y efectos observables, un fenómeno no recursivo que

propicia la inestabilidad, contrariamente a la unidireccionalidad asumida desde la disfunción al desorden.

Además, el concepto de enfermedad incorpora síndromes clínicos, desviaciones estructurales, funcionales o mixtas, mecanismos etiológicos y patogénicos y dificultades interpersonales (Jablensky, 2007), dando a la salud como ausencia de enfermedad, un colorido de conceptos múltiples, en los que no son lo mismo las dificultades interpersonales que las desviaciones estructurales. Es decir el concepto se aleja de esa interpretación única en la cual se basaba inicialmente y que no reflejaba la complejidad que tenía el mismo.

Por otra parte, el hecho de que la ausencia de enfermedad no garantice la salud (Nordenfelt, 2000), indica que debe haber otra clase de salud no asociada a la enfermedad. La salud positiva representa, parcialmente, esta perspectiva, ya que no se centra en la enfermedad. Sin embargo, es necesario decir que una cosa es la clase de relaciones entre la salud y la enfermedad, de las cuales no me ocupare ahora, y otra cosa es en lo que se centran los diferentes enfoques, los cuales deberían hacer explícita esa relación entre la salud y la enfermedad, lo que a menudo no hacen.

En la salud positiva caben dimensiones, tales como la salud social, física, intelectual, espiritual y emocional (O'Donnell, 1989), propiciándose la interacción entre sus componentes (Mezzich, 2005). También pueden existir indicadores molares del estado de bienestar y de percepción de los individuos sobre su vida (Keyes, 2002), caracterizándose la salud como una propiedad del nivel de la persona, pero no de niveles inferiores, como los órganos (Nordenfelt, 1997b). Si añadimos a esto, que la salud puede consistir en el hecho mismo de tener salud, de estar saludable (Kugelman, 2003), entonces la definición de la misma se multiplica infinitamente, ya que la vivencia de estar sano es diferente en cada persona.

La unicidad del concepto de salud, también se ve amenazada cuando se señala que se podrían combinar el concepto positivo de salud, o presencia de características positivas, con el concepto negativo, o ausencia de enfermedad (Mezzich, 2005), que existe la necesidad de considerar el concepto de salud como integrador de las dos (Täljedal, 2004), que el modelo de salud positiva se complementa con el modelo del déficit (Ingram & Snyder, 2006), que el modelo de competencias se complementa con el modelo del déficit (Ward, 1999) o, finalmente, que la salud es una combinación de conceptos tales como ausencia de enfermedad y la percepción subjetiva de salud, (Post, de Witte, & Schrijvers, 1999).

La propia Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 1946) señala que la

salud es un completo estado de bienestar y no solo la ausencia de enfermedad, poniendo así de manifiesto la confluencia de ambas perspectivas. Igualmente, esto es lo que hace Keyes (2005), al proponer el concepto de salud mental completa, el cual incorpora tanto la ausencia de enfermedad o diagnóstico, como la presencia de características positivas. Finalmente dentro de una lógica de intervención en las comunidades se proponen múltiples relaciones entre la estructura de atención y los diferentes conceptos de salud (Lando, Williams, Williams, & Sturgis, 2006).

Todas estas propuestas, en realidad inciden en la interpretación múltiple que tiene el concepto de salud, el cual abandona la seguridad que proporciona un concepto unificado. Sin embargo, se necesita una conexión teórica entre estas diferentes aproximaciones, por ejemplo se pueden unir los conceptos biológicos con la personalidad, la expectativa, la ansiedad, etc., mediante la hermenéutica y la teoría crítica (Caprara, 2003), proporcionando así una justificación epistemológica y una base teórica de reconstrucción a partir de la interpretación propia de la hermenéutica (de la Maza, 2005) con la capacidad de transformación propia de la teoría crítica (González, 2002; Osorio, 2007). Un modelo de salud relacionado con esta perspectiva a la vez crítica a interpretativa es el de Gadamer (1996), quien propone diferentes niveles de salud en los planos epistemológico, existencial, metodológico, del ser, etc. (Šolcová, 2008).

Otros modelos intentan conjugar diferentes niveles de salud en los planos intraindividual, individual y supraindividual (Almeida, 2001).

Dentro de los marcos explicativos actuales se mantienen principios diferentes en cuanto a la ubicación de las causas de la salud. Marcos tales como el médico, el de salud pública, el psiquiátrico y el psicológico. (ver Parish & Van Dusen, 2007) centran su interés tanto en causas internas como externas o en aspectos biológicos y psicológicos. A su vez dentro de estos marcos explicativos, se pueden encontrar e integrar muy diferentes propuestas teóricas o modelos diferentes de salud. Dicha combinación es una estructura múltiple con explicaciones muy diferentes, las cuales es necesario articular, pero que ofrece una gran riqueza conceptual y teórica.

El contexto de múltiple nivel o modelos, unido al carácter cambiante del estado de salud nos indica también la multiplicidad de dicho concepto. Además, los diferentes modelos de salud pueden ser numerosos, siendo todos ellos de utilidad según el momento del proceso salud-enfermedad. Realizaré a continuación una descripción de algunos de ellos (para una explicación más extensa ver Juárez, 2010).

MODELOS DE SALUD

El modelo biopsicosocial

Este modelo fue propuesto por Engel (1977), quien afirma que el mismo se enmarca dentro de la teoría general de sistemas; así, es un modelo de sistemas que asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud. El modelo biopsicosocial es una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica (Sperry, 2008) de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo. Dichos sistemas interactúan intercambiando información, energía y otras sustancias (Havelka, Lučanin, & Lučanin, 2009), permitiendo la confluencia de perspectivas muy diferentes en una concepción holista integrada dentro modelo biopsicosocial, tal como ocurre con la psicología individual (Sperry, 2008).

El modelo biopsicosocial proporciona una gran flexibilidad en la aproximación a la salud. Si bien es cierto que carece de una estructura consolidada de factores o dimensiones, esto mismo otorga al modelo libertad suficiente como para explorar las múltiples causas presentes en los problemas de salud.

El modelo salutogénico

El modelo salutogénico, propuesto por Antonovsky (1979, 1987), dentro del marco del modelo biopsicosocial, consiste en una evaluación integral de la salud con carácter de intervención. El modelo recoge conceptos tales como la personalidad resistente, dureza y resiliencia, con un enfoque interdisciplinar (Almedom, 2005), constituyendo un sólido fundamento teórico para la promoción de la salud (Antonovsky, 1996). Por otra parte, este modelo también tiene una gran vocación social en relación a la disponibilidad de los recursos de afrontamiento y los estresores, los cuales pueden afectar a comunidades enteras (Antonovsky, 1991).

Además de estos principios, bases del modelo (Antonovski, 1979, 1987), existe un amplio marco teórico que lo sustenta y que se centra alrededor del sentido de coherencia. El concepto de sentido de coherencia consiste en una disposición generalizada de confianza en que las cosas saldrán bien y en que se puede predecir los estresores, los cuales presentan una cierta estructura. A su vez, existe la creencia de que dichos recursos de afrontamiento estarán disponibles y merecerá la pena utilizarlos ante las demandas del medio (Antonovski, 1987). Así, el sentido de coherencia conecta el mundo interno con el externo (Flensburg-Madsen, Ventegodt, & Merrick, 2005), construyendo fundamentos para el cambio, con la suficiente flexibilidad y capacidad, según un plan que promueve la dirección y la motivación (Griffiths, 2009).

El modelo también incluye el orden y claridad de la información ambiental (Comprensibilidad), la adecuación entre recursos y demandas (Getionabilidad o autosuficiencia), y el dar sentido a los acontecimientos de la vida (Sentido) (Flensburg-Madsen, et al., 2005).

Este modelo resulta de una gran utilidad en el abordaje de comunidades, debido a la multitud de elementos que integra. Además, a diferencia del biopsicosocial, estos elementos están bien articulados en el modelo.

El modelo de salud positiva

El modelo de la salud positiva ha sido abordado desde diferentes disciplinas, tal como la sociología donde la salud se entiende por algunos, como un estado óptimo de capacidades (Parsons, 1964). Igualmente se identifica con bienestar social, incorporando la noción de calidad de vida (Moreno-Altamirano, 2007). Unos de los más firmes defensores del modelo, desde la psicología positiva, son Seligman y Peterson (2003), quienes se apoyan en la tradición humanista, pero con énfasis en la perspectiva positiva.

Dentro de este modelo, Seligman y Csikszentmihalyi (2000) proponen, en relación al pasado, las dimensiones de bienestar, contención y satisfacción, de fluidez y felicidad, en el presente, y la esperanza y el optimismo en cuanto al futuro. Por otra parte, un aspecto importante consiste en el concepto de Flow (Fluir), el cual es la relación entre las demandas del medio y las habilidades personales Csikszentmihalyi (1998), aunque dicho concepto ha sufrido fuertes críticas (Ellis, Voelkl, & Morris, 1994).

También el modelo ha tenido muchas críticas, debido a sus contradicciones epistemológicas, a la separación artificial entre los conceptos positivos y negativos y a la falta de integración de los diferentes aspectos del individuo (Held, 2004).

En el modelo se plantean que algunas capacidades pueden ser innatas y que, en interacción con el medio, se favorece la expresión de las mismas o no. Debido a la estructura que presenta este modelo, recuerda en cierto modo, los planteamientos de la teoría de la conducta como modelo general. No obstante, es seguro que los desarrollos del mismo lo llevarán a una mayor fundamentación teórica propia.

Este modelo proporciona un enfoque esperanzador en la intervención en salud, si bien se echa de menos su articulación con la enfermedad, es decir de qué manera la salud impacta en la enfermedad.

El modelo holista de salud

En el modelo holista de la salud, la salud y la enfermedad no son términos exclusivamente biológicos o psicológicos, sino de la totalidad de la persona y el entorno (Nordenfelt, 2006), es la persona la que enferma no el organismo (Kolcaba, 1997). De acuerdo con esto, la posición filosófica organicista u holista se relaciona con niveles y planos articulados, conectándose actualmente con las teorías de la complejidad (Albrecht, 2000).

La relación mente-cuerpo se centraliza en esta perspectiva, al igual que los aspectos de vitalidad, bienestar, complejidad, resiliencia, balance, armonía, etc. (Hamilton, Phillips, & Green, 2004). La psicoterapia, de acuerdo a este modelo, debe integrarse con la espiritualidad, la cual sigue a la intervención terapéutica, contraponiéndose dicha visión a una aproximación monista o a una elementalista (Sperry & Mansager, 2004).

En su aproximación desde la medicina alternativa y complementaria, como tendencia hacia el holismo, constituye una medicina multidisciplinaria con un fondo humanista (Barrett, 2001). Igualmente, la conciencia es uno de los fundamentos en los que se debe basar la medicina holista (Ventegodt, Andersen, & Merrick, 2003a). A la conciencia se llega desde el nivel celular, atravesando la persona y terminando en la conciencia, son diferentes niveles de respuesta (Ventegodt, Andersen, & Merrick, 2003b). Lo interesante de lo planteado por estos autores, es que cada nivel tiene un conjunto de alteraciones propias de ese nivel, por lo que no se deben confundir las alteraciones del nivel celular con las de la conciencia, por ejemplo.

Otra característica a molar que se identifica con una propuesta holista muy bien fundamentada es el concepto de habilidad, o capacidad, ya que una persona saludable es la que tiene la capacidad de hacer lo que necesita hacer, dentro de un determinado estado mental y corporal y en condiciones estándar (Nordenfelt, 2006). Esta forma de holismo involucra también las posibilidades externas que permiten actuar, las cuales se unen con las capacidades internas (Nordenfelt, 1995, p.42), así como el concepto de felicidad al cual se llega mediante la salud y la obtención de metas en la vida (Nordenfelt, 1995, p. 88).

El holismo es actualmente, una teoría y serie de modelos muy bien formulados, estando lejos de aquellas propuestas de carácter mágico que se le atribuyeron en numerosas ocasiones.

El modelo de elección personal

Este modelo, creado por Glasser (1998) se basa en que las personas satisfacen una serie de necesidades como son supervivencia, amor y pertenencia, poder, libertad y la

diversión. Parish y Van Dusen (2007), lo definen como un modelo de salud mental, coincidiendo así con la propuesta de Glasser. Sin embargo, el modelo se ha aplicado a muy diferentes contextos, tales como terapia física (Uppal, 2003), organizaciones (Glasser, 1994), liderazgo (Wubbolding & Brickell, 2004) o cáncer (Weisler, 2006).

El modelo se orienta también hacia la felicidad personal y al modo en que las elecciones personales moderan la influencia de otros (Parish & Van Dusen, 2007).

Es uno de los pocos modelos que se centra en la situación de la persona en su momento actual y en la distancia que presenta un individuo en cuanto a la satisfacción de las necesidades, poniendo el énfasis en la toma de decisiones. El modelo además ofrece una perspectiva muy optimista de las posibilidades de los individuos en relación a su entorno.

El modelo de salud como bienestar

Uno de los significados del término bienestar es el de salud (Kahn & Juster, 2002), el bienestar es igual a salud. Pero el bienestar tiene diferentes dimensiones, por ejemplo el bienestar subjetivo se compone de: a) Satisfacción con la vida, b) Satisfacción con dominios importantes en la vida, c) Afecto positivo, y d) Bajos niveles de afecto negativo (Diener, 2000). No obstante, existe una débil relación entre el bienestar obtenido evaluado con indicadores objetivos y el subjetivo (Kahn & Juster, 2002). Otros dos tipos de bienestar son: a) como realización del potencial personal (eudaimónico) y b) como experiencia de felicidad y satisfacción (hedónico) (Ryff, Singer, & Love, 2004).

Por otra parte, el bienestar es también una tendencia adaptativa (Brickman & Campbell, 1971; Kahn & Juster, 2002) y la salud puede consistir en una capacidad para el bienestar o una capacidad para cuidarse y valerse por sí mismo (Fierro, 2000). Kahneman (1999) ha desarrollado un método de muestreo experiencial o evaluación aleatoria del bienestar en los propios individuos, aunque otra alternativa, es evaluar las características o actividades que componen el mismo (Nieboer, Lindenberg, Boomsma, & Van Bruggen, 2005).

El bienestar también consiste en un funcionamiento dirigido hacia el máximo potencial (Dunn, 1961), habiéndose sugerido que muchos modelos deberían orientarse hacia propuestas más psicológicas, independientemente del ámbito clínico (Hattie, Myers, & Sweeney, 2004).

Nieboer, et al. (2005), consideran que todos los individuos intentan mejorar sus condiciones de vida satisfaciendo ciertas necesidades o alcanzando ciertas

metas, mediante la realización de conductas inteligentes; esto les permite conceptualizar el bienestar como la consecución de ciertas metas o la satisfacción de necesidades. Sin embargo, también representa una visión utilitarista del bienestar (Shin & Johnson, 1978).

Por su parte, diversos autores (ver Fredrickson, 1998; Seligman, 1991; Snowdon, 2001) proponen que el bienestar, es un elemento protector contra los problemas, aunque la otra versión es también adecuada, es decir, es el bienestar subjetivo el que impacta el entorno y no tanto el entorno sobre él (Vaillant, 2003).

Así, el bienestar, por la gran cantidad de propiedades que tiene, puede ser un potente factor contribuyendo a la salud, o ser la salud misma, pero el concepto de bienestar utilizado en un caso particular depende de un análisis detenido previo de ese caso.

El modelo de salud como madurez

La madurez puede entenderse desde dos grandes perspectivas como son la estática, o posesión de unas determinadas características, y la dinámica o procesual, un proceso dirigido hacia algo (Bernal, 2003). En la primera de ellas, pueden estar presentes dimensiones como la biológica, la emocional y la intelectual (Isambert, 1961), o también la psicológica, social y biológica.

La madurez consiste también en confianza en el propio juicio, conducta estable y mantener la calma en tiempos difíciles, características que reflejan equilibrio físico, profundidad de mente, fortaleza de carácter y autonomía y autosuficiencia, acompañada de preocupación por los otros (Isambert, 1961).

En relación con la salud mental, la madurez implica un incremento de mecanismos mentales adaptativos tales como altruismo, sublimación, supresión, humor y anticipación (Vaillant, 2000). Igualmente, la madurez emocional se compone de manejo de estrés, manejo de la ira, relaciones saludables con la autoridad, integración, autocontrol, juicio, sexualidad, actitud hacia el aprendizaje, madurez intelectual, responsabilidad, centrarse en sí mismo vs. centrarse en lo social, comunicación, seguridad emocional y equilibrio social. (Dean, 1964, 1966).

También consiste en la forma de enfrentarse a ciertas etapas en la vida y los cambios que se inducen en esas etapas, lo que a su vez influye en la madurez (Frank, 1950), es una confluencia entre la historia personal y el momento en que se vive (Douvan, 1997).

La propuesta de Erikson (1950), consiste en una descripción de etapas y cambios. Consiste en una síntesis de aspectos epigenéticos biopsicosociales o estadios

psicosociales con fuerzas sintónicas y distónicas, con características centrales básicas y crisis psicosociales (Bordignon, 2006).

Este concepto presenta grandes ventajas, tal como su integralidad, ya que atiende a la conjunción de numerosas dimensiones. Estructura unas determinadas fases, lo que favorece su análisis diferencial en esas fases y, además, forma parte del lenguaje cotidiano y creencias de los individuos en muchas sociedades, lo que le otorga una gran proximidad vivencial.

El modelo de salud como inteligencia emocional

Mayer, Salovey y Caruso (2000) proponen una clasificación en tres modelos sobre la inteligencia emocional, e igualmente Fernández-Berrocal y Extremera (2006) proponen tres aproximaciones teóricas al concepto de inteligencia emocional como son el modelo de habilidad, el modelo emocional y de inteligencia social, y el modelo de competencia.

También se ha propuesto un modelo general mixto o de personalidad para la inteligencia emocional, dividiéndose en modelos de competencia y modelos del bienestar (Augusto-Landa & Montes-Berges, 2009). Sin embargo, la inteligencia emocional presenta escasas correlaciones con la personalidad (Salovey & Grewal, 2005), por lo que la inteligencia emocional se puede entender como una habilidad de uso cognitivo y adaptativo de las emociones (Augusto-Landa, & Montes-Berges, 2009).

En relación con el bienestar, la inteligencia emocional se compone de la atención emocional hacia las propias emociones, la claridad de la experiencia emocional y la reducción de las emociones negativas y prolongar las emociones positivas (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995, p. 127).

La sabiduría emocional consiste en la disponibilidad del conocimiento emocional, su accesibilidad y la generación de emociones apropiadas y los recursos cognitivos necesarios para utilizar ese conocimiento en contexto (Feldman & Gross, 2001, p. 292), ya que no se la puede desvincular de la evaluación social, de la cual depende para manifestarse (Salovey & Grewal, 2005).

De este modo, la inteligencia emocional puede ser considerada un constructo de salud, o generador de salud, al ser la salud adaptación, uso adecuado de los recursos y la sensación de bienestar emocional. Sin embargo, este recurso no se puede utilizar de manera indiscriminada, sino que es necesario establecer que se necesita un incremento en la inteligencia emocional del individuo o de la

población, esto es lo que hace a veces difícil la aplicación de este modelo.

La salud como resiliencia

Ante un evento traumático se deben tener unas propiedades de resiliencia constitucional o neurobiológica, unos adecuados mecanismos internos de afrontamiento, un contexto próximo de apoyo y un contexto social de apoyo más amplio (Smith, 1999).

De acuerdo con esto la resiliencia exige la presencia de un evento de alto riesgo o traumático para poder manifestarse. Entre las reacciones a la adversidad se encuentra el recuperarse hasta el nivel de funcionamiento anterior, lo que se entiende propiamente como resiliencia (Carver, 1998), aunque, por otra parte, la resiliencia consiste también en la capacidad no solo de recuperarse sino de salir transformados y enriquecidos al atravesar por situaciones adversas (Fiorentino, 2008). Así, la resiliencia, se refiere a tener un resultado positivo en circunstancias de alto riesgo psicosocial (Rutter, 1999).

La resiliencia comprende factores internos (temperamento y actitud) y factores externos (el bienestar de la comunidad) (Greene, Galambos, & Lee., 2003), pudiendo estar formada por un proceso que conduce a un resultado favorable e involucrando un rango de mecanismos que operan antes, durante y después del encuentro con la situación adversa (Rutter, 1999).

En este mismo sentido, la resiliencia en salud se ha conceptualizado como la capacidad de mantener una buena salud en medio de una gran adversidad (Sanders, Lim, & Sohn, 2008), capacidad que puede emerger en el desarrollo relacional, adquiriéndose en el ambiente (Hartling, 2008). Además, el concepto de resiliencia se relaciona con el de riesgo mediante un modelo de riesgo-resiliencia (Jenson, 2007)

Finalmente, el concepto de resiliencia se ha utilizado en la misma forma que los mecanismos de defensa o las estrategias de afrontamiento (ver Vaillant, 2003), aunque esto revela una debilidad conceptual de este y los otros conceptos, haciéndose necesario un análisis detenido de las similitudes y diferencias entre los mismos.

Este es un modelo de gran utilidad, pero que suele ser desvirtuado cuando se interviene en comunidades en las cuales han existido o existen situaciones problemática, ya que generalmente se asume la necesidad de incrementar la resiliencia solo por el hecho de tales situaciones, cuando en realidad puede no ser necesario. Es un prejuicio del profesional que a menudo confunde el proceso de un intervención.

CONCLUSIONES SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD, SU NATURALEZA MÚLTIPLE Y EL USO DE LOS DIFERENTES MODELOS

La existencia de un concepto múltiple de salud, así como de diferentes enfoques teóricos acerca de la misma y los modelos derivados, no es de ninguna manera un inconveniente para la intervención en salud, ni confunde la misma. Es tarea del analista en salud determinar cuál es el modelo más adecuado en cada momento y en cada individuo o comunidad. Sería imposible aplicar el mismo modelo de salud a un individuo que tiene un trastorno mental leve que al que tiene una enfermedad crónica musculoesquelética, o al que no tiene ningún problema.

Sin embargo, no es inusual encontrar intervenciones indiferencias, las cuales parten de la creencia en un modelo único de salud, sin ninguna variación dependiendo del contexto, individuo o comunidad.

Otro inconveniente es que el modelo de salud negativa, en su acepción más simple, se encuentra anclado en algunos profesionales de la salud, propiciando el olvido de otras alternativas mucho más saludables. Es necesario un esfuerzo de integración, pero dicho esfuerzo es no solo aplicado, sino también teórico y conceptual.

Las ventajas serían numerosas, entre ellas se encuentra una mayor riqueza conceptual y teórica, una mayor experticia del profesional de la salud, un mejor aprovechamiento de los recursos de salud, al aplicarse específicamente a individuos y poblaciones y una mejor comprensión de las necesidades de los individuos y las poblaciones.

Sin duda, esto redundaría en el beneficio del sistema de salud, de los profesionales y de los individuos y comunidades.

Referencias

Albrecht, G. (2000). Directionality Theory: Neo-organicism and Dialectical Complexity. *Democracy & Nature*, 6(3), 401-419.

Almedom, A.M. (2005). Resilience, Hardiness, Sense of Coherence, and Posttraumatic Growth: All Paths Leading to "Light at the End of the Tunnel"? *Journal of Loss and Trauma*, 10, 253-265.

Almeida, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3), 4-20.

Almeida, N. (2001). For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 753-770.

Antonovsky A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1991). The Structural Sources of Salutogenic Strengths, en C.L. Cooper, & R. Payne, (Eds.), *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process* (pp. 67-104). Chichester, England: John Wiley & Sons.

Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.

Augusto-Landa, J.M., & Montes-Berges, B. (2009). Perceived Emotional Intelligence, Health and Somatic Symptomatology in Nursing Students. *Individual Differences Research*, 7(3), 197-211.

Barrett, B. (2001). Complementary and Alternative Medicine: What's it all About?. *Winconsin Medical Journal*, 100(7), 20-26.

Bergdolt, K. (1999). History of Medicine and Concepts of Health. *Croatian Medical Journal*, 40(2). Recuperado el 17 de Octubre de 2009 de <http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234052.pdf>

Bernal, A. (2003). El constructo «madurez personal» como competencia y sus posibilismos pedagógicos. *Revista española de pedagogía*, 225, 243-262.

Bordignon, N.A. (2006). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.

Boorse, C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 5, 49-68.

Boorse, C. (1987). Concepts of health. En Van-DeVeer, D., & Regan, T. (Eds.). *Health care ethics: An introduction*. (pp. 359-393). Philadelphia, USA: Temple University Press.

Brickman, P., & Campbell, D.T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. En M.H. Apley (Ed.), *Adaptation-level theory: A symposium* (pp. 287-302). New York, USA: Academic Press.

Carver, Ch.S. (1998). Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245-266.

Caprara, A. (2003). Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), 923-931,

Csikszentmihalyi, M. (1998). The flow experience and its significance for human psychology. En M. Csikszentmihalyi, & I.S. Csikszentmihalyi (Eds.), *Optimal Experience. Psychological Studies of Flow in Consciousness* (pp. 15-35). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

de la Maza, L.M. (2005). Fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer. *Teología y Vida*, 46(1-2), 122-138.

- Dean, D.G. (1964). Romanticism and emotional maturity: A further exploration. *Social Forces*, 43, 298-303.
- Dean, D.G. (1966). Emotional maturity and marital adjustment. *Journal of Marriage and the Family*, 28, 454-457.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Douvan, E. (1997). Erik Erikson: Critical Times, Critical Theory. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(1), 15-21.
- Dunn, H.L. (1961). High-level wellness. Arlington, VA., USA: Beatty.
- Ellis, G.D., Voelkl, J.E., & Morris, C. (1994). Measurement and analysis issues with explanation of variance in daily experience using the flow model. *Journal of Leisure Research*, 26, 337-356.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-136.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York, USA: WW Norton.
- Feldman, L., & Gross, J.J. (2001). Emotional intelligence: A process model of emotion representation and regulation. En T.J. Mayne & G.A. Bonanno (Eds.), *Emotions. Current issues and future directions* (pp. 286-310). New York, USA: Guilford Press.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). Emotional Intelligence: A teoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18(supp), 7-12.
- Fierro, A. (2000). Salud comporta(mental): un modelo conceptual. *Revista de Psicología general y aplicada*, 53, 147-164.
- Fiorentino, M.T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-114.
- Flensborg-Madsen, T., Ventegodt, S., & Merrick, J. (2005). Why is Antonovsky's Sense of Coherence Not Correlated to Physical Health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *The Scientific World JOURNAL*, 5, 767-776.
- Frank, L.K. (1950). Introduction. *The Concept of Maturity*. *Child Development*, 21(1), 21-24.
- Frederickson, B.L. (1998). What good are positive emotions?. *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Gadamer, H.G. (1996). *The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Glasser, W. (1994). *The Control Theory Manager: Combining the Control Theory of William GLasser With the Wisdon of W. Edwards Deming to Explain What Quality is and What Lead-Managers do to Achieve it*. New York, USA: Harper-Collins.
- Glasser, W. (1998). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. New York, USA: Harper Collins, Publishers.
- González, J.A. (2002). La teoría crítica de la Escuela de Frankfurt como proyecto histórico de racionalidad revolucionaria. *Revista de Filosofía*, 27(2), 287-303.
- Greene, R.R., Galambos, C., & Lee, Y. (2003). Resilience Theory: Theoretical and Professional Conceptualizations. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8(4), 75-91.
- Griffiths, C.A., (2009). Sense of coherence and mental health rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 23, 72-78.
- Hamilton, J.A., Phillips, K.L., & Green, A. (2004). Integral medicine and health. *World Futures*, 60, 295-302.
- Hartling, H. (2008). Strengthening Resilience in a Risky World: It's All About Relationships. *Women & Therapy*, 31(2), 51-70.
- Hattie, J.A., Myers, J.E., & Sweeney, Th.J. (2004). A Factor Structure of Wellness: Theory, Assessment, Analysis, and Practice. *Journal of Counseling and Development*, 82(3), 354-364.
- Havelka, M., Lučanin, J.D., & Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial Model – The Integrated Approach to Health and Disease. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303-310.
- Held, B.S. (2004). The Negative Side of Positive Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(1), 9-46.
- Houts, A.C. (2001). The diagnostic and statistical manual's new white coat and circularity of plausible dysfunctions: responde to Wakefiel, Part I. *Behavioral Research and Therapy*, 39, 315-345.
- Ingram, R.E., & Snyder, C.E. (2006). Blending the Good With the Bad: Integrating Positive Psychology and Cognitive Psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarter*, 20(2), 117-122.
- Isambert, A. (1961). Personal Maturity and Parent Education. *Marriage and Family Living*, 23(2), 154-161.
- Jablensky, A. (2007). ¿Necesita la Psiquiatría un concepto unitario de «trastorno mental»? *World Psychiatry*, 5(3 Ed Esp), 157-158.
- Jenson, J.M. (2007). Research, Advocacy, and Social Policy: Lessons from the Risk and Resilience Model. *Social Work Research*, 31(1), 3-5.
- Juárez, F. (2010). *Salud y calidad de vida. Marcos teóricos y modelos*. Madrid, España: Dykinson.
- Kahn, R.L., & Juster, F.Th. (2002). Well-Being: Concepts and Measures. *Journal of Social Issues*. 58(4), 627-644.
- Kahneman, D. (1999). Objective happiness. En D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: Foundations of Hedonic Psychology* (pp.

- 3–25). New York, USA: Russell Sage Foundation Press.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548.
- Kolcaba, R. (1997). The primary holism in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 290-296.
- Kugelmann, R. (2003). Health in the Light of a Critical Health Psychology. *Psicología desde el Caribe*, 11, 75-93.
- Lando, J., Williams, Sh.M., Williams, B., & Sturgis, S. (2006). A Logic Model for the Integration of Mental Health Into Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Preventign Chronic Disease. Public Health, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 1-4.
- Mayer, J.D., Salovey, P., & Caruso, D.R. (2000). Models of Emotional Intelligence. In R. Stenberg (Ed.), *Handbook of Intelligence* (pp. 396-420). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mezzich, J.E. (2005). Positive Health: Conceptual Place, Dimensions and Implications. *Psychopathology*, 38,177-179.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.
- Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A., & Van Bruggen, A.C. (2005). Dimensions of Well-Being and their Measurement: the SPF-IL Scale. *Social Indicators Research*, 73, 313–353.
- Nordenfelt, L. (1995). *On the nature of health*. (2nd ed.). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publisher.
- Nordenfelt, L. (1997a). The importance of a disability/handicap distinction. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 607-622.
- Nordenfelt, L. (1997b). On holism and conceptual structures. *Scandinavian Journal of Public Health*, 25(4), 247-248.
- Nordenfelt, L. (2000). On the Place of Fuzzy Health in Medical Theory. *Journal of Medicine and Philosophy*, 25(5), 639–649.
- Nordenfelt, L. (2006). On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 28(23), 1461-1465.
- O'Donnell, M.P. (1989). Definition of health promotion: part III: expanding the definition. *American Journal of Health Promotion*, 3, 3-5.
- Osorio, S.N. (2007). La teoría crítica de la sociedad de la escuela de Frankfurt: Algunos presupuestos teórico-críticos. *Revista Educación y Desarrollo Social*, 1(1), 104-119.
- Parish, Th.S., & Van Dusen, L. (2007). The Personal Choice Model Regarding Mental Health. *International Journal of Reality Therapy*, 26(2), 41-42.
- Parsons, T. (1964). *Social structure and personality*. Nueva York, USA: Free Press.
- Post, M.W.M., de Witte, L.P., & Schrijvers, A.J.P. (1999). Quality of life and the ICIDH: Towards an integrated conceptual model for rehabilitation outcomes research. *Clinical Rehabilitation*, 13, 5–15.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Ryff, C.D., Singer, B.H., & Love, G.D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 359, 1383–1394.
- Sadegh-Zadeh, K. (2000). Fuzzy health, illness and disease. *The Journal of Medicine and Philosophy* 25, 605–638.
- Salovey, P., & Grewal, D. (2005). The Science of Emotional Intelligence. *Current Directions in Psychological Science*, 14(6), 281-285.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C., & Palfai, T.P. (1995). Emotional Attention, Clarity, and Repair: Exploring Emotional Intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125-154). Washington, D.C., USA: American Psychological Association.
- Sanders, A.E., Lim, S., & Sohn, W. (2008). Resilience to Urban Poverty: Theoretical and Empirical Considerations for Population Health. *American Journal of Public Health*, 98(6), 1101-1106.
- Seligman, M.E.P. (1991). *Learned Optimism*. New York, USA: Simon & Schuster.
- Seligman M., & Peterson C. (2003). Positive clinical psychology; en L.G. Aspinwall, & U.M. Staudinger (Eds), *A Psychology of Human Strengths: Fundamental Questions and Future Directions for a Positive Psychology* (pp. 305-317). Washington, USA: American Psychological Association.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Shin, D.C., & Johnson, D.M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Smith, G. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 154-158.

- Snowdon, D.A. (2001). *Aging With Grace*. New York, USA: Bantam.
- Šolcová, I. (2008). Health – as seen by Philosophy of H.-G. Gadamer. *School and Health* 21(3), 101-107.
- Sperry, L. (2008). The Biopsychosocial Model and Chronic Illness: Psychoterapeutic Implications. *The Journal of Individual Psychology*, 64(3), 369-376.
- Sperry, L. & Mansager, E. (2004). Holism in psychotherapy and spiritual direction: A course correction. *Counseling and Values*, 48(2), 149-160.
- Täljedal, I-B. (2004). Strong Holism, weak holism, and health. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 7(2), 143-148.
- Uppal, R. (2003). Usin Reality Therapy y Choice Theory in the Field of Physical Therapy. *International Journal of Reality Therapy*, 22(2), 28-31.
- Vaillant, G.E. (2000). Adaptive Mental Mechanism. Their Role in a Positive Psychology. *American Psychologist*, 55(1), 89-98.
- Vaillant, G.E. (2003). Mental health. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1373-1384.
- Ventegodt, S., Andersen, N.J., & Merrick, J. (2003a). Holistic Medicine: Scientific Challenges. *TheScientificWorldJOURNAL*, 3, 1108-1116.
- Ventegodt, S., Andersen, N.J., & Merrick, J. (2003b). Holistic Medicine III: The Holistic Process. Theory of Healing. *TheScientificWorldJOURNAL*, 3, 1138-1146.
- Ward, T. (1999). Competency and Deficit Models in the Understanding and Treatment of Sexual Offenders. *The Journal of Sex Research*, 36(3), 208-305.
- Wakefield, J.C. (2007). El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial. *World Psychiatry*, 5(3 Ed. Esp.), 149-156.
- Weisler, S. (2006). Cancer as a Turning Point in Life. *International Journal of Reality Therapy*, 26(1), 38-39.
- World Health Organization. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. *Official Records of the World Health Organization*, 2, p. 100, and entered into force on 7 April, 1948. Genève, Switzerland: Author
- World Health Organization (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genève, Switzerland: Author.
- Wubbolding, R., & Brickell, J. (2004). Role Playin and the Art of Teaching Choice Theory, Reality Therapy and Lead Management. *International Journal of Reality Therapy*, 23(2), 41-43.