

# **Intervención en Saúde e Educación Social**

**José María Faílde Garrido**

**Laura Ruiz Soriano**

**Universidade de Vigo**  
**Servizo de Publicacións**  
**2018**

Edición  
Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo  
Edificio da Biblioteca Central  
Campus de Vigo  
36310 Vigo

© Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo, 2018  
© José María Failde Garrido  
© Laura Ruiz Soriano  
© Ilustración de cuberta: Antonio Failde Gago «Colección de esbozos do autor»

ISBN: 978-84-8158-723-4  
D.L.: VG 54-2018

Impresión: Tórculo Comunicación Gráfica, S.A.

*Reservados todos os dereitos. Nin a totalidade nin parte deste libro pode reproducirse ou transmitirse por ningún procedemento electrónico ou mecánico, incluídos fotocopia, gravación magnética ou calquera almacenamento de información e sistema de recuperación, sen o permiso escrito do Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo.*

## Prólogo

Dende os albores da civilización, o interese do individuo pola saúde foi unha constante. Consecuentemente, o concepto de saúde e a preocupación polas causas xeradoras da enfermidade foi un proceso de revisión permanente, inevitablemente ligado ao momento histórico, á cultura e ao modo en que o ser humano entendía e conceptualizaba o entorno no que habitaba. Deste xeito, a conceptualización da saúde transitou dun pensamento primitivo ou máxico-relixioso a unha concepción máis naturalista. Sen dúbida, unha das transformacións máis importantes tivo lugar en 1945, cando Andrija Stampar conceptualizou a saúde como o «estado completo de benestar físico, psicolóxico e social, e non a mera ausencia de enfermidade», definición que foi adoptada pola Organización Mundial da Saúde (OMS) na súa Carta Magna en 1946. Este e outros fitos acaecidos a partires da segunda metade do século XX, propiciaron que o concepto de saúde transitara dun enfoque eminentemente bioloxicista a unha conceptualización biopsicosocial. Este novo escenario abriu a posibilidade de participación de novos actores pois, tradicionalmente, a intervención no campo da saúde realizábase principalmente por profesionais sanitarios (persoal de enfermaría e profesionais médicos fundamentalmente) e, en menor medida, dende enfoques psicolóxicos e sociais (psicólogos e psicólogas e traballadores e traballadoras sociais). Os novos paradigmas en materia de saúde posibilitan que profesións emerxentes como a Educación Social, poidan contribuír e complementar a estas atendendo, por unha banda, ás demandas socioeducativas derivadas da atención á saúde e, por outra, á necesidade de realizar tanto intervencións preventivas como correctivas ou rehabilitadoras, onde o aspecto educativo ten un papel moi relevante.

A Educación Social é unha disciplina relativamente nova, con apenas trinta anos de andaina no sistema universitario español (implantación da titulación de Educación Social en 1991 por parte do Ministerio de Educación e Ciencia –Real Decreto 1420/91 do 30 de agosto, en BOE, 10 de outubro de 1991–). A pesar diso, o labor educativo xa tiña unha longa traxectoria no noso país. Así, os antecedentes profesionais da Educación Social remóntase aos anos sesenta do século pasado, produto de tres históricas e diferentes ocupacións: os educadores especializados, os animadores socioculturais e os educadores de adultos.

A produción científica no ámbito da Educación Social é aínda escasa, de xeito especial no ámbito da saúde. No entanto, os novos paradigmas de saúde, entroncados no enfoque biopsicosocial, fan que a Educación Social estea destinada a exercer un importante labor, de xeito especial no que atinxe ao ámbito da Promoción da Saúde (PS) e a Educación para a Saúde (EpS), pero tamén no que se refire a prevención e redución da morbi-mortalidade, que nas últimas décadas confire especial relevancia epidemiolóxica aos denominados Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

A presente obra estrutúrase en tres capítulos e dez unidades temáticas. O primeiro, denominado «Conceptualización e marco da intervención preventiva e correctiva en saúde», inclúe catro unidades temáticas onde se analizan, entre outros, os concepto de saúde, os DSS, a PS e a EpS; e defínese o ámbito da intervención preventiva e correctiva. O segundo capítulo, denominado «Modelos teóricos de intervención en saúde», está integrado por outras catro unidades temáticas que recollen unha síntese dalgúns dos principais modelos teóricos de utilidade no ámbito da saúde, tales como o modelo de Crenzas de Saúde, o modelo Precede-Procede, a teoría da Acción Razoada e a conducta Planeada ou o modelo Transteórico do Cambio de Conduta. Finalmente, o capítulo terceiro, «Educación Social e saúde», está integrado por dúas unidades temáticas, a primeira recolle unha serie de recomendacións básicas para o deseño de programas de prevención e PS e, a segunda e última analiza o estado actual e as potencialidades futuras da Educación Social no eido da saúde.

Consideramos que esta obra contribúe a fornecer as capacidades dos educadores e educadoras sociais nun ámbito da intervención emerxente, o da saúde, no que necesariamente interactuarán con outras disciplinas científicas e con outros profesionais que xa teñen afianzado o seu campo de actuación. A mellora da súa formación, a visibilización das súas practicas e o incremento da transferencia de coñecemento e produción científica en materia de saúde, converterán aos profesionais da Educación Social en actores relevantes neste ámbito.

# Índice

<b>Capítulo I. Conceptualización e marco da intervención preventiva e correctiva en saúde</b>	9
<b>Tema 1.</b> Apuntes históricos e aproximación ao concepto de saúde	11
<b>Tema 2.</b> Inequidades e saúde: determinantes sociais e condutuais	45
<b>Tema 3.</b> Promoción e educación para a saúde	75
<b>Tema 4.</b> Intervención en saúde. A perspectiva preventiva e correctiva	105
<b>Capítulo II. Modelos teóricos de intervención en saúde</b>	135
<b>Tema 5.</b> Modelo de crenzas de saúde	137
<b>Tema 6.</b> Modelo PRECEDE-PROCEDE	143
<b>Tema 7.</b> Teorías da acción razoada e a conduta planeada	149
<b>Tema 8.</b> Modelo transteórico do cambio de conduta	153
<b>Capítulo III. Educación Social e saúde</b>	161
<b>Tema 9.</b> Pautas para o deseño de programas de prevención e promoción da saúde	163
<b>Tema 10.</b> Educación Social e saúde	181



## **Capítulo I**

*Conceptualización e marco da intervención preventiva e correctiva en saúde*





# TEMA 1. APUNTES HISTÓRICOS E APROXIMACIÓN AO CONCEPTO DE SAÚDE

## 1. Introducción

A saúde é un ben sumamente apreciado por todas as sociedades e culturas, xa que é a canle máis axeitada para acadar o benestar físico, psíquico e social, tal como a define a Organización Mundial da Saúde (OMS) na súa Carta Magna (1946). Non obstante, este concepto non debe entenderse nun sentido estático. Actualmente asistimos a unha nova cultura da saúde onde a realidade social humana é inseparable da realidade biolóxica-ecolóxica, polo que este concepto adquire un sentido holístico, contemplando ao ser humano como unha entidade integral biopsicosocial. Trátase, por conseguinte, dun termo en constante dinamismo e por iso relativo, cuxa análise pode axudarnos a comprender a valoración e o relativismo existente arredor da saúde en cada sociedade e en cada momento da historia.

Por outra banda, a complexidade e riqueza do ser humano, a diversidade de funcións e dimensións, así como a multiplicidade de factores, tanto internos como externos do individuo que condicionan a súa saúde, reflicten o carácter multidisciplinar do ámbito da intervención nesta área, na que as educadoras e os educadores sociais teñen e deben exercer a súa función.

Antes de introducirmos na materia, realizaremos un breve percorrido histórico para captar a evolución epistemolóxica do concepto saúde, dende a antigüidade á época actual, o que nos permitirá conceptualizala e dimensionalala diacrónica e sincronicamente.

## 2. O concepto de saúde: dende o máxico-relixioso ao sociopolítico

Dende a noite dos tempos, o interese do ser humano pola saúde foi unha constante. Consecuentemente, o concepto de saúde e a preocupación polas causas xeradoras da enfermidade foi un proceso de revisión constante, inevitablemente ligado ao momento histórico, á cultura e ao modo no que o ser humano entendía e conceptuaba a contorna na que vivía (Perea, 2004). Así, nos primeiros anos da historia, mantívose, durante un longo espazo de tempo, o pensamento primitivo (máxico-relixioso), centrado na crenza de que a enfermidade era un castigo divino; esta actitude aínda se mantén nalgúns pobos de África, Asia, Australia e América. A etiología das enfermidades englobábase en dúas grandes categorías ou procesos: i) influencias e ii) posesións de espíritos malignos; cada unha delas cunha variedade de terapias que excluíanse mutuamente. Os primeiros e máis numerosos eran os procesos atribuídos á influencia de demos ou espíritos malignos (Zerquera e Rodríguez, 2011). Estas patoloxías debían atallarse mediante conxuros, danzas, sacrificios, feitiços, amuletos etc. No caso dos segundos, cando se consideraba que un espírito maligno entraba dentro do corpo da súa vítima, os procedementos terapéuticos centrábanse en tratar de facer inhabitable o corpo para este mediante malleiras, torturas ou xaxún extremo. O

espírito alleo tamén podía botarse mediante beberaxes que provocaban un vómito violento ou mediante trepanacións craniais, práctica terapéutica que foi tamén un remedio para a loucura, a epilepsia e a dor de cabeza (Carod e Vázquez, 2004). Quen se encargaba de levar a cabo estas prácticas eran os xamáns, os bruxos ou os feiticeiros.

Ante a evidencia de que múltiples patoloxías non podían ser dominadas ou controladas pola maxia, xorden explicacións alternativas. Así, acéptase a posible existencia doutra forma de pensamento superior, sobrenatural, tan poderosa que pode dominar a todas as forzas da natureza, especialmente ao ser humano. Neste sentido, os deuses propios de cada cultura consolidada como civilización, coa intención de regular o comportamento social e establecer o seu propio control interno, castigaban ou recompensaban baseándose nun código ético ou normativo. Con iso, o antigo bruxo ou xamán transfórmase en sacerdote e o seu labor social consistía fundamentalmente en establecer a mediación entre o ser humano e a divindade. Estes oficiaban sofisticados rituais coa intención de adorar aos deuses, para así gañar a súa compracencia e/ou favores.

Foron as civilizacións exipcia e mesopotámica as que iniciaron o primeiro cambio conceptual, pasando do sentido máxico-relixioso a un desenvolvemento da hixiene persoal e pública (Perea, 2009). Esta tendencia foi posteriormente seguida pola cultura grega e romana. A idea da orixe natural dos fenómenos de saúde e enfermidade xa estaba presente no mundo grego (Palomino, Grande e Linares, 2014). O actual xuramento hipocrático, así como a palabra hixiene, atopan a súa orixe na cultura grega. *Hipócrates* (460 a. C.-370 a. C.), considerado o pai da medicina, puxo en dúbida a idea de que a enfermidade fose un castigo divino e descubriu a relación entre a enfermidade e as condicións precarias do medio (Brito, González e Cruz, 2010).

Pola súa parte, a palabra hixiene está inspirada na mitoloxía, toma o seu nome de *Hygeia* «deusa da saúde», filla de *Esculapio* (Asklepios) «deus da saúde» e irmá de *Panakeia*, coñecida como a «deusa da curación». Na Grecia clásica, a *Hygeia* recoñecíase como deusa da arte de estar san, entendida esta como a moderación no vivir ou a orde natural das cousas; *Panakeia*, pola contra, era a deusa das medicinas e dos procedementos terapéuticos (Restrepo, 2001). No século VI a. C. a medicina grega volveuse secular por completo; iníciase con iso a *tekhneíatriké* ou medicina técnica, consistente na acumulación de saberes baseados na experiencia sistematizada, na observación dos enfermos e na análise das súas historias, particularmente das súas evolucións para extraer conclusións (Castillo, 2013). Na colonia grega de Crotona, *Alcmaeon* (século VI a. C.) identificou o cerebro como o asento fisiolóxico do entendemento. O filósofo grego *Empédocles* (495 a. C.-430 a. C.) formulou o concepto de que a enfermidade é, en primeira instancia, a expresión dun desequilibrio entre a perfecta harmonía dos catro elementos: lume, aire, auga e terra; teoría que terá ampla repercusión na medicina grega posterior. Así *Hipócrates*, baseándose na teoría dos catro elementos, formula a teoría dos catro humores corporais (sangue, flegma,

bile amarela e bile negra). En esencia, esta teoría mantén que o organismo está composto por catro substancias básicas chamadas humores cuxo equilibrio é o reflexo do estado de saúde do individuo. Pola contra, a enfermidade resultaría do desequilibrio destes humores (Rico, Botella e Bargas, 2013). O filósofo grego *Aristóteles* (384 a. C.-322 a. C.), a pesar de non ser médico na práctica, contribuíu moito ao desenvolvemento da medicina coas súas numerosas diseccións de animais e é coñecido como o fundador da anatomía comparada (Romero, 2015).

A civilización romana fixo tamén importantes contribucións ao campo da saúde poñendo os seus coñecementos de carácter urbanístico ao servizo da saúde pública (Restrepo, 2001), construíndo grandes acuedutos para a dotación de augas e tamén para o saneamento ou illamento das sustancias de refugallo. Neste sentido, unha das súas máis famosas contribucións é a coñecida «Cloaca Máxima», un sistema funcional de desaugadoiros para a cidade de Roma, obra admirada na actualidade, que data do 610 a. C., construída baixo o reinado de Lucio Tarquinio Prisco (reinado 616 a. C.-578 a. C.).

Entre as culturas prehispanicas de América, a arte de curar con métodos principalmente empíricos alcanzou niveis moi notables. En México, por exemplo, coñecíanse e clasificáronse decenas de enfermidades, e na súa curación aplicábanse técnicas complexas: bisturí de obsidiana, sutura con cabelo humano, trepanación de cranios e incrustacións de dentes. Na medicina prehispanica estaba moi xeneralizado o uso de herbas medicinais, sobre todo en función das súas propiedades máxicas e non tanto pola súa actividade farmacolóxica. O *Códice Badiano* (1552) dá conta das prácticas médicas habituais entre os mexicanos.

Na Idade Media é cando aparecen as escolas monásticas. Na Escola de Salerno, primeira escola médica medieval e considerada a principal fonte de coñecemento médico de Europa, ensínase a medicina hipocrática. O período medieval é considerado como o das grandes epidemias, relacionadas co incremento das comunicacións e conflitos bélicos (Perea, 2009). Foron tales as calamidades nesta época, que os esforzos se centraron fundamentalmente nas medidas preventivas, como instaurar barreiras sanitarias nas fronteiras, o illamento e a corentena; sen manifestar maior preocupación pola etiloxía da enfermidade. Nesta época elaborouse un pequeno libro popular que contiña numerosos consellos sobre hixiene, sentido hixienista da saúde mantido ata hai algunhas décadas.

O esplendor da época renacentista tamén ten a súa manifestación no eido da promoción da saúde (PS), introducíndose ideas innovadoras que motivaron grandes avances en materia de saúde; sendo especialmente relevantes as relativas á prevención das enfermidades e á organización da asistencia médica como responsabilidade do Estado. Nesta época empezouse a tomar conciencia da relación entre os problemas sanitarios e as condicións sociais (López, 2006).

O descubrimento do microscopio en 1590 favoreceu o posterior xurdimento da microbioloxía, disciplina que contribuíu decisivamente á afirmación dunha interpretación materialista ou naturista, pero unicausal, da enfermidade, e con iso a robustecer un pensamento bioloxicista da saúde.

No período de tempo comprendido entre finais do século XV ata case o século XVIII, consolídase o pensamento médico científico, o cal se constrúe en torno á enfermidade e a clínica. Neste momento, os hospitais que se crearon en Europa durante a Idade Media empezan a sufrir unha importante transformación. Tendo en consideración que estas institucións non foron creadas co propósito de ser lugares para curar, senón como institucións de asistencia aos pobres ou como un modo de separación e exclusión; pois os pobres necesitaban asistencia e ao mesmo tempo eran portadores e posibles propagadores de enfermidades. Estas institucións, ata o século XVIII a miúdo estaban ocupadas por persoas pobres moribundas, enfermas mentais ou prostitutas; e a súa estancia servía para salvar as súas almas e tamén a dos que as asistían, estando habitualmente carente a función médica.

A mediados do século XIX ten lugar o xurdimento da epidemioloxía moderna, recoñecéndose a importante contribución do médico británico *John Snow* (1813-1858), para moitos, o auténtico pai da epidemioloxía moderna. Con todo, as primeiras aproximacións aos estudos epidemiolóxicos foron realizadas por *Hipócrates*, tentando explicar a ocorrencia de enfermidades dende un punto de vista racional en lugar de sobrenatural; este utilizou dúas expresións que se referían ás enfermidades: *epidémico*, concepto referido para todo padecemento non propio dun lugar, e *endémico*, cando o padecemento era propio dun lugar. Aínda que Hipócrates non fixo referencia, nas súas escrituras, a ningunha epidemia, si relacionou o deterioro da saúde co medio ambiente e as condicións de vida, polo que se lle recoñece como o pai da epidemioloxía (Ardila e Pardo, 1999).

A epidemioloxía moderna adoptou o método científico como modo de análise das epidemias. Así mesmo, a finais do século XIX termina de consolidarse o movemento de Saúde Pública iniciado en Inglaterra e teñen lugar, entre 1851 e 1897, dez conferencias sanitarias internacionais; a primeira celebrada en París (Francia), coa participación de 12 países, e a décima en Venecia (Austria-Hungría), coa participación de 20 países. A estas conferencias, xa en pleno século XX, seguiron 4 máis entre 1903 e 1938, todas elas celebradas en París (Mateos, 2005). Estas conferencias, en canto a antecedentes, contribuíron dalgún modo á posterior creación da OMS en 1946. Non en van, a constitución da OMS realizouse no seo da Conferencia Sanitaria Internacional, que tivo lugar en Nova York do 19 ao 22 de xullo de 1946, asinada o último día polos representantes de 61 Estados, aínda que non entraría en vigor ata o 7 de abril de 1948.

No século XIX houbo opinións provenientes non só do campo da medicina, senón tamén da economía, a filosofía ou a política, que chamaron a atención sobre a relación entre a saúde e as condicións materiais de vida e traballo e, polo tanto, co contexto socio-

político. Cabe mencionar nesta época os cambios sociodemográficos que acompañaron á revolución industrial (como o éxodo do campo á cidade e os graves problemas de amontoamento, empobrecemento e marxinação derivados das malas condicións de traballo e de vida) e que trouxeron como consecuencia graves problemas de saúde como o cólera, o tifo, a tuberculose, o alcolismo ou a desnutrición e abandono infantil (Palomino, Grande e Linares, 2014). Con todo, ao finalizar o século XIX, estes conceptos resultaban xa acochados polo auxe da unicausalidade e o bioloxicismo.

A ciencia epidemiolóxica, igual que acontece noutros campos do saber, está suxeita á influencia de paradigmas ou modelos teóricos que pretenden dar sustento as súas teorías e coñecementos para a aplicación de diferentes metodoloxías aos procesos de saúde. Estes paradigmas son construcións teóricas que proporcionan unha base de consistencia na que se apoia unha comunidade científica, a cal traballa baixo un consenso científico operativo, metodolóxico e valorativo. Cando os modelos explicativos non son capaces de dar respostas axeitadas aos procesos de saúde, entran en crise, xurdindo con iso modelos alternativos que toman o relevo e que proporcionan explicacións renovadas aos problemas non resoltos polo paradigma precedente. Neste sentido, tal como sosteñen Susser e Susser (1996), dende o século XIX ata a actualidade, a procura das causas das enfermidades e as súas relacións evolucionaron a través de tres áreas epidemiolóxicas cos seus conseguintes paradigmas: i) a era das estatísticas sanitarias, co seu paradigma dos miasmas; ii) a era das enfermidades infecciosas, co seu paradigma da teoría microbiana; e iii) a era das enfermidades crónicas, co seu paradigma da caixa negra.

- i. *A teoría miasmática da enfermidade* foi formulada por Thomas Sydenham e Giovanni María Lancisi (Pancorbo e Martín, 2014). A palabra miasma provén do vocábulo grego μίχσμα, *efluvios malignos* desprendidos dos corpos enfermos, materias corruptas ou augas estancadas, e se cría que eran a causa das infeccións. Noutras palabras, os miasmas eran exhalacións pútridas, vapores ou gases liberados pola materia orgánica vexetal ou animal en descomposición (Wainwright, 2003). Dende o século XVIII ata a primeira metade do XIX, a epidemioloxía adheriuse fortemente á teoría miasmática (Moiso, 2007). Esta teoría defendía que eran os cambios e fenómenos climáticos, en concreto se cría que eran os ventos, os que transportaban dun lugar a outro os miasmas dando lugar a enfermidades. De aí que patoloxías como o paludismo, unha enfermidade potencialmente mortal que hoxe sabemos que está causado polo protozoo parasito *Plasmodium*, e que se transmite ao ser humano pola picadela de mosquitos infectados, era atribuído a un mal aire causado polos miasmas, de aí que esta patoloxía fora tamén coñecida como malaria. Existen catro especies de plasmodios que poden afectar ao ser humano (*falciparum*, *malariae*, *ovale* e *vivax*); de todos eles, a infección máis común é a causada polo *plasmodiumfalciparum*, que ademais é o que causa un cadro clínico máis grave e, por conseguinte, o que maior número de mortes produce (Rodríguez, Díaz e Sánchez, 2013).

- ii. *A teoría microbiana* aséntase fundamentalmente nas investigacións realizadas por Louis Pasteur e Robert Koch. Baseándose nas súas investigacións sobre o verme da seda e a fermentación do viño e da cervexa, Pasteur, de acordo con outros científicos, suxeriu que as enfermidades estaban causadas por organismos microscópicos; pero esa opinión era polémica no século XIX e opúñase á teoría miasmática. Nunha liña similar, Koch, baseándose nos seus estudos sobre a etioloxía do ántrax e a tuberculose, apuntaba cara a teoría microbiana. Dita teoría rompeu cos vellos esquemas, fundamentouse na observación experimental e abriu a era do concepto moderno de causalidade, apoiado nos atributos de asociación, temporalidade e dirección (Volcy, 2013). A partir deste cambio, vaise intentar ofrecer unha nova definición de causa, non soamente como algo que produce un efecto, senón como causa suficiente para que este efecto se produza, que pode resumirse coa expresión latina *causa vera sine qua non* (Carter, 1985), que significa que existe unha causa real ou verdadeira dun evento sen a cal dito evento non ocorre (Barnes, 2000). Como sinala Mountain (2002), pode formularse mediante a ecuación “ $A+B=C$ ”, onde “A” é o organismo que manifestará a enfermidade, “B” o axente causal ou patóxeno e “C” a enfermidade resultante da interacción. Desta teoría derivan, entre outros, o impulso da mentalidade etiopatolóxica na asistencia ao enfermo, o progreso da hixiene e a sanidade públicas, a evolución da asepsia e a antisepsia ou o desenvolvemento da quimioterapia e a inmunización, pero tamén o fortalecemento do enfoque bioloxicista unicausal. A teoría microbiana fixo calar a idea de que a atención médica, a través do progreso da farmacopea (por exemplo, os antibióticos) e da tecnoloxía sanitaria (por exemplo, vacinas, diagnóstico por imaxes, técnicas de laboratorio etc.), erradicaría as principais enfermidades. Con todo, na segunda metade do pasado século asistimos a un proceso denominado transición epidemiolóxica, cunha crecente importancia das enfermidades crónicas non transmisibles (ENT), que se erixen como principais causas de morte (Brownson, Smith, Jorge, Dean e Deprima, 1992). As ENT son un conxunto de patoloxías de longa duración e, polo xeral, de progresión lenta, como as enfermidades cardíacas, os infartos, o cancro, as enfermidades respiratorias ou a diabetes. Segundo a OMS (2016), en 2012 as ENT causaron máis do 68% dos 56 millóns de mortes no mundo, o que representa un aumento por comparación co 60% rexistrado no ano 2000. Como sinala Arrizabalaga (2000): «a finais dos anos setenta e comezos dos oitenta, a comunidade internacional irradiaba un exultante optimismo sanitario». En 1977 a varíola fora declarada oficialmente extinguida no planeta. En 1978, a OMS, na súa Declaración de Alma Ata «Saúde para todos no ano 2000», proclamaba que:

mercé ao desenvolvemento da atención primaria de saúde a escala planetaria, para ese ano, toda a humanidade estaría inmunizada contra a maioría das enfermidades infecciosas e garantiríanse uns coidados sanitarios básicos para todos os homes, mulleres e nenos independentemente da súa clase social, raza, relixión ou lugar de nacemento» (Declaración de Alma Ata, 1978, 98).

- iii. *A teoría da caixa negra.* Como xa mencionamos, o optimismo sanitario do modelo mecanicista imperante viuse truncado ante a evidencia da prevalencia crecente das enfermidades crónicas ou ENT, que non podían explicarse dende o modelo das enfermidades infecciosas. Non se podía illar e identificar un axente único externo responsable da enfermidade (un virus, unha bacteria etc.), pero tampouco un tratamento eficaz dirixido a eliminar ese axente externo. A medicina soamente podía dar respostas insuficientes que pretendían suavizar os seus síntomas ou aprazar o seu desenlace. Ante este panorama, precisábase un novo paradigma, polo que o modelo microbiolóxico dominante vese desprazado por un novo paradigma, a *caixa negra*, cuxo nome é unha metáfora empregada para representar un fenómeno cuxos mecanismos internos están ocultados ao observador e que propón que a epidemioloxía debe restrinxirse á procura daqueles elementos da rede que eventualmente permitan romper a cadea causal, facendo innecesaria a identificación de todos os compoñentes do proceso de produción da enfermidade (Moiso, 2007). Esta nova teoría propugnaba que as enfermidades crónicas tiñan múltiples factores. A principal achega deste modelo é a incorporación de estudos sobre comportamentos, hábitos e estilos de vida que permitiron a identificación de factores e grupos de risco tanto a nivel individual como poboacional (Hernández-Girón, Orozco-Núñez e Arredondo-López, 2012). Así a todo, esta teoría non foi quen de explicar a relación dos factores entre si. Todos eran considerados na mesma xerarquía, os factores socioeconómicos (desemprego, baixa renda, etc.) eran situados ao mesmo nivel que os hábitos (consumo de substancias tóxicas, sedentarismo, etc.) ou as características fisiolóxicas (hipertensión arterial) ou bioquímicas (hipercolesterolemia). Todos os factores individuais eran avaliados e introducidos no modelo (a caixa), onde a relación entre uns e outros non era considerada importante e mantíñase descoñecida (de aí provén o nome de *caixa negra*). O que saía da caixa era a enfermidade, que era medida e comparada coas medidas dos factores de risco individuais. Con todo, este paradigma comezou a perder forza cando se observaron desvantaxes, por exemplo, a gran cantidade de factores de risco achados, que explicaban pouco acerca das orixes da enfermidade e porque ademais outorgaba o mesmo peso a factores que, pola súa natureza, debían ser diferentes (López-Moreno, Garrido-Latorre e Hernández-Ávila, 2000). Outra limitación foi a falla de discernimento entre os determinantes individuais ou de poboación da enfermidade ou, o que é o mesmo, entre as causas dos casos e as causas da incidencia (López-Moreno, Garrido-Latorre e Hernández-Ávila, 2000).

Ante esta situación, comezaron a xurdir modelos alternativos como o modelo das caixas chinesas ou ecoepidemioloxía (Susser e Susser, 1996), o modelo histórico social (Rose, 1985) ou mesmo desenvolvementos teóricos máis recentes como a teoría do caos, a teoría das catástrofes, as teorías dos fractais ou as teorías de redes; as cales brindaron os fundamentos teóricos e prácticos

para iniciar un camiño explicativo dos fenómenos que interactúan co medio de forma diferente e, polo tanto, poden ser útiles para investigar as súas relacións causais (Ramis, 2011); contribuíndo con iso á explicación da distinta distribución das enfermidades en función da clase social, factor altamente determinante da saúde-enfermidade (De Almeida, 1992). Estes modos alternativos de concepción e explicar a orixe das enfermidades contribuíu tamén a fortalecer o enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

### 3. Aproximación ao concepto de saúde

A práctica de estilos de vida saudables estase a converter nun obxectivo ao que moitas persoas consagran parte do seu tempo e enerxía (Sánchez-González, 1998), o que implica a participación dun gran número de axentes sociais na consecución da saúde, ás veces con intereses opostos e dende perspectivas moi diferentes. Por iso, deberíamos responder á pregunta: de que estamos a falar cando nos referimos á saúde?

No mundo que vivimos, no que a saúde é tan importante, a definición dos conceptos que se manexan sobre ela ten considerables repercusións, pois significa actuacións e planificación diferentes (Sánchez-González, 1991).

O consenso é arduo porque a palabra «saúde» ten, entre outras, tres características moi acusadas que fan practicamente imposible atopar unha definición única e universal do termo (Sánchez-González, 1998). Esas tres *características* son que:

- a) Pode usarse en múltiples e moi diferentes contextos de uso.
- b) Pode usarse partindo de supostos básicos moi diferentes sobre o que é a saúde.
- c) Ten que resumir moitas aspiracións ideais en torno ao estado de vida que as persoas desexan acadar.

Neste sentido, e seguindo a Gavidia e Talavera (2012), profundaremos en máis detalle en cada unha das tres características mencionadas (pp. 162-164).

a) Diferentes contextos de uso:

- *Contexto médico-asistencial:* configurado pola actividade e as necesidades dos profesionais sanitarios. Nel predominan os obxectivos curativos e pragmáticos. O seu paradigma de acción é a asistencia médica individualizada a doentes que sofren enfermidades recoñecibles, con alteracións corporais evidentes. Neste contexto, o concepto primario é o de *enfermidade obxectiva*, que se pode diagnosticar polos seus signos anatómicos, físicos ou químicos. Estas enfermidades son o conxunto das especies morbosas definidas pola ciencia médica. Dende esta perspectiva, a saúde tende a ser concibida negativamente como a ausencia de enfermidade.



- *Contexto cultural dos pacientes:* proporcionano as persoas que se senten enfermas (ou cren sentirse) dentro dunha determinada cultura. Neste contexto, o concepto primario é o de *doenza*, interpretada segundo os estereotipos culturais. Os obxectivos sanitarios culturais son a recuperación da normalidade e da adaptación que fai posible a vida nun entorno comunitario.
- *Contexto sociolóxico:* responde ao estudo da sociedade como un todo integrado. Os seus obxectivos son a comprensión e a actuación sobre toda a sociedade no seu conxunto. Dende esta perspectiva, tenderase a entender a saúde dos individuos como un estado no que poidan funcionar eficazmente para desenvolver o seu rol social. A saúde será unha condición necesaria para o cumprimento das expectativas sociais.
- *Contexto económico e político:* as necesidades económicas e os puntos de vista políticos conforman outro contexto de uso do termo «saúde». A perspectiva económica fará ver que a saúde é un ben económico e tentará poñela en relación con outros factores económicos. Así, por exemplo, a percepción individual da saúde poderá estar en relación co nivel salarial; e a demanda de asistencia cos prezos ou co sistema de retribución aos profesionais da medicina. A nivel político, a saúde concibirase como o fundamento da liberdade, a seguridade, as relacións internacionais ou a estabilidade política.
- *Contexto filosófico e antropolóxico:* conformado por algunha concepción global do ser humano. Nel, téndese a definir a saúde como o estado máis propia e especificamente humano, de acordo coa idea antropolóxica que se mantéña. Así, por exemplo, a saúde pode entenderse como un estilo de vida autónomo e responsable ou como unha capacidade de realización dos valores máis especificamente humanos (Sánchez-González, 1998).
- *Contexto ideal e utópico:* influído polas ideas acerca da felicidade plena e a calidade integral de vida. Pode chegar a incluír todo tipo de desexos e aspiracións humanas, incluso as potencialidades superiores e as realizacións chamadas espirituais.

b) Diferentes supostos básicos do que entendemos por saúde:

Estes supostos permiten recoñecer diferentes formas de conceptualizar a saúde en función da súa consideración como un estado obxectivo que pode descubrirse e definirse universalmente con independencia dos xuízos de valor ou como unha construción histórico-cultural que se constrúe e cualifica segundo valores culturais e normas sociais. Así, temos dous tipos de definicións:

- *Definición neutralista:* afirman que non existe a necesidade de recorrer aos xuízos de valor porque a definición da saúde e da enfermidade é unha cuestión científica empírica. Con iso, manifestan o punto de vista biomédico segundo o cal existen certos datos anatómicos, fisiolóxicos ou bioquímicos identificables como patolóxicos independentemente do contexto sociocultural.
- *Definición normativista:* manteñen que a saúde e a enfermidade son conceptos inevitablemente cargados de valoración sobre o desexable, o útil ou o bo, de modo que sen facer algunha referencia a eses valores, resulta imposible decidir se un particular estado é de saúde ou de enfermidade. A saúde e a enfermidade só poderían ser definidas no cadro dunha cultura particular e certos estados serían cualificados como enfermidades porque na cultura correspondente son vistos como malos ou indesexables.

c) Distintos ideais sobre saúde:

Existen definicións que tentan esclarecer o que debe entenderse por saúde dende o punto de vista dos posibles ideais que xera a mesma idea de saúde. Procuran especificar cantos aspectos desexables no ser humano deben incluírse no concepto e orixinan definicións máis inclusivas ou restritivas segundo sexa maior ou menor o número de compoñentes da saúde que se consideren indispensables. Así, aparecen sucesivamente definicións da saúde cada vez máis inclusivas, dende as que só contemplan estados físicos ata as que inclúen estados psíquicos, sociais e mesmo espirituais. Deste xeito, xéranse catro tipos de definicións, que son:

- *Definicións que se restrinxen ao estritamente corporal:* son as que teñen maior tradición histórica. Recordemos que a medicina, dende a antigüidade, estivo centrada no corpo físico. Segundo estas definicións, a saúde é un estado de benestar físico e de silencio dos órganos.
- *Definicións que inclúen os factores psíquicos:* consideran que o ter un comportamento adecuado e gozar dun benestar psicolóxico tamén deben ser requisitos da idea de saúde.
- *Definicións que inclúen os aspectos sociais:* inclúen a capacidade para levar unha vida socialmente produtiva ou, ao menos, poder desenvolver un rol social.
- *Definicións ideais e utópicas:* influídas polas ideas sobre a felicidade plena e a calidade integral de vida. Poden recoñecer todo tipo de desexos e aspiracións humanas, incluídas as realizacións chamadas espirituais. Neste contexto, o concepto de saúde chega a adquirir unha amplitude máxima.

Se analizamos a etimoloxía da palabra «saúde» revélase unha aspiración ideal. Nos idiomas latinos «saúde» deriva do latín «saluus» (ou *salvus*), que a súa vez se deriva do grego «ólos», que significa 'todo'.

Todas estas dificultades fan que tal vez nunca se poida chegar a definir integralmente a saúde porque ningunha definición pode expresar todo o que o ser humano ansía e ningún concepto pode encerrar todo o que o home é capaz de ser e de realizar.

O ser humano está sempre insatisfeito co que xa é nun determinado momento, desta forma, o concepto de saúde sempre terá unha dimensión creativa, ideal ou utópica e, ao mesmo tempo, cambiante, que podemos analizar a continuación, xa que existe a necesidade de formular conceptos operativos que axuden a deseñar programas de actuación, a tomar decisións e a avaliar os resultados das mesmas. En vista de todo iso, convén definir a saúde en cada situación, de forma que se adapte a cada necesidade particular, como é o noso caso.

#### 4. Evolución do concepto de saúde

A saúde, como calquera outra parcela da realidade, transcende e ao mesmo tempo está suxeita á conceptualización que desta poidamos facer nun intre sociocultural concreto. O termo saúde pode evocar realidades distintas dependendo da época histórica, a cultura ou civilización na que nos situemos e os actores e segmentos sociais que o empreguen (Costa e López, 1998). Así, a nosa aproximación ao concepto estará condicionada polo noso universo cultural (San Martín, 1981).

Nun primeiro momento, poderíamos dicir que a definición máis intuitiva e aceptada de entender a saúde é como ausencia de enfermidades. Así, durante a primeira parte do século xx, o estado da saúde pública descríbese en xeral en termos da presenza ou ausencia de enfermidades, e o control das enfermidades constitúe o principal obxectivo de todas as institucións relacionadas coa saúde. Con todo, antes da metade do século, e coincidindo co final da segunda guerra mundial, xurdiu unha comprensión moderna da saúde, tal e como se consagra na Carta de constitución da World Health Organization (WHO, 1947): «A saúde é un estado de completo benestar físico, mental e social, e non soamente a ausencia de afeccións ou enfermidades». Mais esta definición tamén foi rexeitada por diversos autores por considerala utópica, estática e subxectiva (Salleras, 1985). *Utópica* xa que non existe un estado completo de saúde; *estática* porque non ten en conta que a saúde é algo dinámico e cambiante, e *subxectiva* porque a idea de ben ou malestar depende do propio individuo e da súa percepción. Neste sentido, Terris (1980) cuestiona o sentido absoluto do benestar completo que a OMS outorga á saúde e propón eliminar a palabra «completo» da definición. Considera que tanto na saúde como na enfermidade existen distintos graos, é dicir, pódese estar enfermo ou moi enfermo e pódese estar san, moi san ou sanísimo. Ademais, esta diferenza «gradual», determina a existencia de dous aspectos

da enfermidade; un subxectivo (síntomas ou sensación de malestar) e outro obxectivo (signos ou capacidade de funcionar). Terris (1980) propón a seguinte definición: «un estado de benestar físico, mental e social, con capacidade de funcionamento e non unicamente a ausencia de afeccións ou enfermidades».

Deste modo, fóronse realizando diversas definicións do termo tentando incidir en diferentes aspectos do mesmo e tendendo a modificar os «erros» criticados na definición da OMS. Entre elas, destacamos a de Dubos (1956), quen expresou que a saúde é «un estado físico e mental razoablemente libre de incomodidade e dor que permite á persoa en cuestión funcionar efectivamente polo máis longo tempo posible no ambiente onde por elección está situada». Para este autor, o elemento esencial da enfermidade non residiría na propia infección, senón nunha serie de estímulos, externos ou internos, que alteran a resistencia do organismo e rompen o estado de equilibrio individuo-medio que representa a saúde (Gavidia, 2012).

Paso previo a introducirse no ámbito da intervención preventiva e correctiva en saúde, existe a necesidade de realizar un repaso sobre as definicións de saúde debido as súas repercusións na teoría e a práctica da prevención e da rehabilitación da enfermidade.

## 5. Definicións de saúde

Nas liñas que seguen, sen un afán de ser exhaustivos, recolleemos unha serie de definicións:

- *Saúde é un alto nivel de benestar, un método integrado de funcionamento orientado cara a maximizar o potencial do que o individuo é capaz. Require que o individuo manteña un continuo balance e de dirección con propósito dentro do ambiente no que está funcionado. Comprende tres dimensións: orgánica ou física, psicolóxica e social. O ser humano debe ocupar unha máxima posición nas tres dimensións para gozar de boa saúde ou ter alto grao de benestar, o cal dependerá en gran medida do ambiente que o rodea* (Dunn, 1959).
- *Un continuo con gradacións intermedias que flutúan dende a saúde óptima ata a morte* (Rogers, 1960).
- *Saúde é un estado de benestar físico, mental e social e a capacidade para funcionar, e non soamente a ausencia de enfermidade ou incapacidade* (Terris, 1975).
- *A saúde é aquela maneira de vivir que é autónoma, solidaria e profundamente gozosa* (Congreso de Médicos e Biólogos de lingua catalá, 1978).
- *A saúde é a capacidade de realizar o propio potencial persoal e responder de forma positiva aos retos do medio* (Oficina Rexional para Europa da OMS, 1984).
- *A saúde é o logro do máis alto benestar físico, mental e social e a capacidade de funcionamento que permitan os factores sociais nos que vive inmerso o individuo e a colectividade* (Salleras, 1985).

- *A saúde é aquilo a conseguir para que todos os habitantes poidan traballar de xeito produtivo e participar activamente na vida social da comunidade onde viven* (OMS, 1997).

Tendo en conta o gran número de definicións e as dificultades para elaboralas, podemos observar a natural controversia que, como dicíamos, na nosa sociedade fixo que o concepto «saúde» sexa centro de discusión. Por tanto, á hora de definir este concepto, diremos a modo de resumo, que existen varios aspectos a ter en conta:

- a) O estado de saúde depende dun ambiente variable que rodea ao suxeito, que tamén sofre, a súa vez, variacións. Por iso, a saúde nunca pode ser definida como un termo absoluto e invariable ao longo do tempo e as condicións ambientais. É dicir, a saúde é un proceso dinámico que cambia continuamente a través da nosa vida e, polo tanto, ninguén posúe un estado fixo de completo benestar físico, emocional, social e espiritual.
- b) Non se pode definir un límite exacto entre saúde e enfermidade xa que ambos son termos relativos e dependentes dun gran número de variables. Na marcha dos procesos evolutivos da vida, o individuo pode seguir crecendo e desenvolverse cara o logro de niveis de benestar máis altos.
- c) No concepto de saúde débense incorporar ao menos tres aspectos, un obxectivo (capacidade de realizar unha función), outro subxectivo (en termos de benestar) e outro ecolóxico (entendido como adaptación biolóxica, mental e social do propio individuo ao medio que o rodea).

De calquera forma, na actualidade, a tendencia máis aceptada considera á saúde como *un estado de saúde-enfermidade dinámico, variable, individual e colectivo, produto, tamén dinámico e variable, de todos os determinantes sociais e xenéticos-biolóxicos-ecolóxicos que se orixinan na sociedade, se distribúen socialmente e se expresan na nosa bioloxía* (San Martín e Pastor, 1988).

O concepto de saúde foi mudando de xeito significativo ao longo do tempo. A conceptualización da OMS de 1946 permitiu comprender a saúde non soamente dende o equilibrio biolóxico, psicolóxico e social, senón como un sistema de valores, como noción que a xente usa para interpretar as súas relacións coa orde social (Suárez, 2001). Estes conceptos foron evolucionando e hoxe enténdese á saúde como «un recurso para a vida e non o obxectivo desta, no cal, estar san é a capacidade (...) para manter un estado de equilibrio apropiado á idade e ás necesidades sociais» (Mariano, Ramos e Fernández, 2001). Coñecer o estado de saúde dos individuos é estudar os diferentes determinantes relacionados coa bioloxía da persoa, co medio ambiente, co sistema de saúde que lle atende e cos estilos de vida que caracterizan a súa comunidade e, por conseguinte, coa súa cultura (Dever, 1976; Mariano, Ramos e Fernández, 2001).

As representacións e prácticas de saúde non son feitos illados nin espontáneos, pois teñen un desenvolvemento e unha localización no tempo e no espazo en estreita relación coa realidade económica, política, social e cultural dunha comunidade ou dun grupo social. Por iso, a problemática da saúde non debe afrontarse de forma individual, senón dentro da sociedade da cal forma parte cada persoa.

De acordo con Torres (2004), os estudos sobre a saúde e a enfermidade poden ser abordados de diversas formas. Unha delas, pode ser á luz da visión *emic* ou *etic*. A visión émica permite acceder a información que se atopa máis alá das aparencias que se poden observar nas pautas de interacción, os costumes e as crenzas, o cal permite entender o sentido que estas poden ter para a xente que as vive. Por contraste, o termo *ética* designa a visión médica ou dende fóra.

Segundo o dicionario da Real Academia da Lingua Española (RAE, 2014), o termo saúde deriva dos termos latinos:

- *Salus-salutis*: estado do organismo que non está enfermo.
- *Infirmis-atis*: alteracións do organismo que perturban o seu funcionamento normal.

En definitiva, a saúde faise equivalente á ausencia de enfermidade, e a enfermidade á ausencia de saúde. É evidente que esta perspectiva conta con poucos defensores.

Nun intento por clasificar as diferentes definicións de saúde, Tripp-Reimer (1984) agrúpaas en tres grandes bloques:

- a) As definicións de saúde que a conceptualizan **como algo descontinuo** (san ou enfermo). Un exemplo deste tipo de definicións é a recollida no dicionario da RAE.
- b) As que consideran a saúde **como algo continuo** (dinámico). Por exemplo, a definición de San Martín (1983) «...o paso dun estado de saúde ao de enfermidade e viceversa prodúcese dunha forma gradual e continua».
- c) As que consideran a saúde **como algo utópico**. Por exemplo, a definición da OMS, recollida na súa Carta Magna.

Outros autores (Offer e Sabshin, 1984, 1991) enumeran outras dimensións nas que se basan e pódense agrupar as definicións de saúde:

- d) **Saúde como normalidade**. Moitos teóricos refírense á saúde facendo referencia «a un estado de funcionamento razoable, máis que óptimo ou dun determinado suxeito». Segundo estas definicións, a *enfermidade* é equivalente ao que se desvíe do termo medio estatístico da normalidade en xeral.

- e) Outras definicións de saúde a conceptualizan **como adaptación** (ou mesmo como axuste).
- *Adaptación ontoxénica*: ten en consideración a perspectiva persoa-ambiente nos diversos contextos no que vai vivir o suxeito. (Problema: saúde igual a adaptación a unha dinámica social patolóxica, por exemplo, a sociedade actual). A saúde dende a perspectiva ontoxénica implica que un suxeito se atopa san (adaptado) se é quen de desempeñar axeitadamente as demandas da súa función social.
  - *Adaptación filoxenética ou biolóxico-evolutiva*: o suxeito san é aquel que ten máis probabilidades de transmitir os seus xenes ás xeracións futuras. Esta orientación ten pouca relevancia teórico-práctica.
- f) **Saúde como algo positivo**. Dende unha perspectiva máis psicolóxica, Jahoda (1958), Maslow (1991), Taylor (1991) ou Warr (1987), centrándose de forma prioritaria no concepto de saúde mental positiva, inclúen no concepto de saúde as seguintes características:
- Logro ou aspiración (metas realistas).
  - Funcións cognitivas (percepción realista do mundo).
  - Balance emocional (benestar afectivo).
  - Axuste social, competencia, autonomía.
  - Autoestima (percibirse como fisicamente saudable, atraente, inteligente...).
  - Ilusións (visión positiva do eu, habilidade de ser feliz ou estar satisfeito, capacidade de coidar doutros e preocuparse por eles, poder realizar un traballo produtivo e creativo, competencia para desenvolverse e acadar metas nun medio desafiante ou ameazante).

Actualmente reconécese máis a importancia da saúde positiva, non obstante, a investigación adoita centrarse máis na patoloxía actual ou pasada que en construír saúde. Ademais, os técnicos de saúde reciben máis formación en patoloxía (Fernández Ríos e Gómez Fraguera, 2007).

Un concepto de saúde positiva implica dar prioridade á saúde en lugar de á enfermidade. Exemplo disto é o modelo salutoxénico: «a clave non é tanto reducir a enfermidade como promover a saúde». Parece claro que existe un cambio de visión e actitude cara a saúde.

Dun modelo patóxico, que se centra na enfermidade, pásase a un modelo denominado salúxico ou salutoxénico, no que o importante é a maneira de vivir. Dunha visión de curación ou de simple ausencia de enfermidade, pásase a unha concepción de prevención. Da pasividade do suxeito de saúde, chegamos á responsabilidade persoal para manter a saúde, a un papel activo de cada un. Non se trata de curar, senón, sobre todo, de coidar, concedendo importancia á información, decisión e autonomía dos individuos e á calidade dos seus hábitos de comportamento.

Aínda que os termos empregados son complicados, por non dicir imposibles de conceptuar, parece que imos avanzando cara un entendemento amplo e flexible de saúde. Termos como «benestar», «normal», ou incluso «enfermidade», non mostran uns límites e significados claros e que se poidan delimitar. Non obstante, ao falar de condutas humanas, referímonos a un marco activo de cada suxeito que pode afectar ao «benestar» e ás alteracións da saúde, xa que empeza a observarse, cada vez de xeito máis claro, que estas alteracións xa non se deben, na súa maioría, como ocorría no pasado, a infeccións malignas, senón que, agora, en moitos casos, se relacionan cun estilo de vida, polos seus déficits ou excesos en comportamentos pouco saudables. A saúde, concepto relativo e subxectivo que se move nun continuo saúde-enfermidade depende, de xeito significativo, da conduta das persoas e dos seus hábitos de auto-coidado, pero, á súa vez, estes vense modulados polos denominados.

## **6. Modelos de saúde**

### **6.1. O modelo biomédico**

O modelo médico, baseado na integración dos achados clínicos cos datos de laboratorio e o observado na anatomía patolóxica, tivo os seus antecedentes na escola anátomo-clínica, cos seus principais expoñentes en Marie-Francois-Xavier Bichat (1771-1802) e Richard Bright (1789-1858). Así, por exemplo, Richard Bright estableceu o vínculo existente entre a presenza de albumina na urina, descubrimento de hidropisía na exploración clínica e a atrofia renal bilateral na autopsia (Láin, 1961). Este feito supuxo o fin das especulacións sobre a orixe das enfermidades (Vargas, 1997), tal como viña facendo dende modelos pseudocientíficos tales como a teoría miasmática. O procedemento estableceu unha relación interna entre os elementos e cambiou o concepto do que se consideraba científico na medicina. Así, a medicina adheriuse ao modelo da ciencia, establecéronse novas formas de clasificar as enfermidades e deixouse de lado a especulación persoal.

A medicina científico-natural baseábase en ciencias como a química, a física e a bioloxía, e homes como Virchow consideraban que se debían aplicar aqueles métodos á enfermidade, a vida e a morte. O modelo da ciencia do século XVII, baseado no paradigma cartesiano, foi de moita utilidade para a investigación do mundo físico e é o que caracterizou á física newtoniana (Baeta, 2015). Este paradigma caracterízase por:



- a) Os fenómenos complexos pódense coñecer polo método analítico se se reducen as súas partes mínimas e se estudan separadamente. A reunión posterior das partes corresponde ao obxecto total. Polo tanto, é posible o exame dun aspecto dun fenómeno que prescindida do resto dos seus compoñentes.
- b) Só son válidos os fenómenos repetibles por outros observadores.
- c) O observador examina o campo do seu interese coa certeza de que existe unha separación clara entre o seu campo persoal.

Con este modelo creouse unha estrutura para examinar, clasificar e tratar as enfermidades. Dende esta orientación basicamente patolóxista, a saúde defínese como a ausencia de enfermidade. Así, o mundo divídese entre sans e enfermos, sendo a enfermidade o que o profesional sanitario pode recoñecer, demostrar e clasificar por procedementos baseados neste método (Baeta, 2015).

#### 6.1.1. Características do modelo biomédico

- *É curativo.* O seu obxectivo principal é curar enfermidades e evitar a morte, mais ten dificultades para afrontar as patoloxías crónicas e os estadios finais da vida. De aí a sensación de fracaso cando non se poden curar determinadas enfermidades e a frustración fronte á enfermidade crónica.
- *É obxectivo.* A relación profesional sanitario-paciente, para ser científica, debe ser obxectiva, tomando o modelo das ciencias que se ocupan de fenómenos físicos ou de obxectos inertes. Só considera o que se pode medir con algunha técnica, necesita unha cifra de normalidade para ter un referente sobre o que actuar, ten dificultades para entender as dimensións psicosociais da persoa e mantén unha certa distancia co paciente pola carga de subxectividade que pode forzarlle a asumir. Así mesmo, os pacientes que tamén teñen incorporado este modelo, demandan do profesional sanitario respostas precisas, certezas e supoñen que o profesional sanitario só participa como observador.
- *Baséase nunha concepción patolóxista.* As enfermidades estúdanse como entidades existentes, con vida propia, pódese establecer unha causa, predicir unha determinada evolución e resultados. No consultorio dun profesional sanitario é a enfermidade a que adoita estar no centro da escena e é a razón do encontro entre profesional sanitario e paciente. A partir desta concepción patolóxista, a función deste é a de descubrir e sandar enfermidades establecendo unha etiología e tratamento axeitados. No proceso de toma de decisións pártese de grandes clasificacións que dan lugar a outras subclasificacións ata chegar á identificación dunha entidade (enfermidade) específica.

- *É reduccionista.* Fenómenos extremadamente complexos (como por exemplo padecer unha diabetes) redúcense aos seus compoñentes máis elementais en outro nivel (por exemplo, as alteracións bioquímicas da diabetes), e vaise delimitando unha entidade independente do suxeito que a padece e do contexto socio-cultural no cal vive e se enferma.
- *Dualismo mente-corpo.* É dualista, parte da idea cartesiana da división mente/corpo e establece barreiras disciplinarias. A tarefa curativa é dividida, os profesionais da medicina ocúpense do corpo, do somático, e os profesionais da psicoloxía ocúpense do psicolóxico. Esta división arbitraria é desafiada permanentemente polas enfermidades psicosomáticas e polos trastornos de somatización que reclaman á medicina unha concepción unicista u holística.
- *Diagnóstico biolóxico.* O diagnóstico faise en base a procedementos de tipo biolóxico que poden incluír unha gama ampla de instrumentos de tecnoloxía sofisticada. O seu obxecto de atención é o corpo humano e sobre esta base establece o diagnóstico e o tratamento, se non atopa datos biolóxicos que confirmen os síntomas do enfermo, o problema cualifícase de funcional.
- *É fragmentador.* Establécense barreiras disciplinarias (especialidades) que adquiren valor normativo sobre a súa territorialidade e o paciente humano queda fragmentado en partes que pertencen a cada especialidade.
- *O tratamento.* Os recursos para o tratamento considéranse xeralmente externos ao paciente e á relación médico-paciente. O paciente (de aí o seu nome) idealmente é pasivo neste tipo de relación, e a familia, mellor que non interfira. O persoal médico é a autoridade, o experto en enfermidades, e os pacientes son ou deberían ser pasivos. As enfermidades estúdanse descontextualizando os aspectos do vivir dos pacientes. Suponse que estes non son responsables nin dos seus problemas nin das súas solucións.

Este modelo, aínda dominante na práctica da medicina, reproducése e mantense a través de:

- O ensino nas escolas de medicina, onde o proceso de aprendizaxe é totalmente fraccionado.
- Os textos de medicina, que son tratados de enfermidades.
- A transmisión de modelos internalizados do labor e *statu quo* profesional.
- A organización dos sistemas de saúde.
- A demanda dos usuarios, os cales necesitan manexarse con certezas.

O ser humano, pola gran intolerancia á incerteza, sempre tratou de construír crenzas ou teorías que lle permitan ordenar o mundo ameazador dunha maneira tranquilizadora. Particularmente, no dominio da enfermidade e da morte, a biomedicina propúxose a posibilidade de erradicar a enfermidade e, por que non, a morte.

Aínda que é necesario deixar en claro que o modelo biomédico permitiu grandes avances no coñecemento e desenvolvementos tecnolóxicos vinculados á saúde, este modelo deixa de ser científico cando a súa aplicación estrita ou os seus fundamentos metodolóxicos deixan fóra as variables psicolóxicas, sociais ou culturais de enfermarse, ou estas trátanse de reducir a variables estritamente biolóxicas.

Engel (1977) sinala como a concentración no biolóxico e a exclusión do psicosocial distorsiona a perspectiva e interfire coa atención do paciente. Erroneamente, crese que os aspectos psicosociais da saúde e da enfermidade quedan a mercé da bondade do profesional sanitario e, por que non, a mercé dos seus prexuízos relixiosos, étnicos e culturais. A integración dun modelo complexo para pensar na saúde pódese basear no ensino e aprendizaxe de coñecementos e habilidades que normalmente están fóra do marco de referencia do modelo biomédico.

## **6.2. O modelo biopsicosocial**

O noso actual sistema sanitario réxese polo modelo médico hexemónico, o cal aséntase, como vimos, no modelo biomédico, un modelo que tamén asume certas crenzas e valores ao redor da saúde e a enfermidade non tan indiscutibles como en ocasións se pretendeu. Antes de iniciar este apartado, gustaríanos deixar claro que cando se fala do modelo biomédico, está a facerse referencia a dous aspectos. En primeiro lugar, ao modelo biomédico tradicional, sen prexuízo do noso recoñecemento de que algúns profesionais sanitarios ou a mesma medicina, como disciplina, mostran esporadicamente intentos por afastarse das actitudes ou comportamentos típicos ou definitorios do mesmo. En segundo lugar, está a facerse unha abstracción xeneralizadora ou globalizadora do que, en realidade, son distintos modelos como o anatómico, o fisiolóxico ou o bioquímico (por citar algúns), con diferentes perspectivas e modos de actuación sobre a enfermidade, que implican tamén distintos graos de reduccionismo biolóxico.

Fronte ao modelo biomédico, Freud, en base a súa experiencia clínica, estableceu unha nova forma de presentar a historia clínica (Laín, 1998). Empezou a relacionar a patoloxía coa biografía e a considerar que os afectos e emocións do paciente teñen relación co curso da súa vida e a súa maneira de enfermarse. O enfermarse adquire sentido (significado) en función da vida da persoa. Ao introducir o valor da palabra, da historia que constrúe o paciente, permite que a enfermidade deixe de ser soamente unha alteración bioquímica ou física, podendo ser tamén unha insatisfacción nas relacións, emocións ou afectos inadecuadamente elaborados (dor psíquica).

Lamentablemente, a irrupción do psicolóxico e o social en medicina deuse dentro do mesmo modelo determinista e reducionista polo que estes desenvolvementos non se integraron á medicina, senón que máis ben xeraron unha alteración radical en canto aos seus procedementos e territorios.

Ao redor da metade do século xx, constátase o fracaso do modelo bioloxicista ante o fenómeno de transición epidemiolóxica provocado pola alta prevalencia de enfermidades crónicas, xurdindo así o que será chamado *crise da medicina* pola superespecialización, o predominio da tecnoloxía e a deshumanización da súa práctica. Apélase á humanidade ou bondade do profesional sanitario, xa que a súa función non é completamente axeitada para as tarefas que se lle demandan tanto no plano social como no que ten que ver coa prevención, cos cambios de estilo de vida e coa mellora da calidade de vida; ampliando os límites de responsabilidade profesional, particularmente no que atinxe á enfermidade crónica, á calidade de vida e á morte.

En 1977, Engel propuxo un paradigma capaz de incluír cientificamente o dominio humano na experiencia da enfermidade. O modelo biopsicosocial, derivado da teoría xeral dos sistemas, parte da bioloxía e trata de responder aos cambios que a ciencia contemporánea fixo no seu corpo teórico, por exemplo, a introdución do principio de indeterminación de Heisenberg na física cuántica. É un modelo de enfoque participativo de saúde e de enfermidade que postula que o factor biolóxico, o psicolóxico (pensamentos, emocións e condutas) e os factores sociais, desempeñan un papel significativo da actividade humana no contexto dunha enfermidade ou discapacidade. De feito, a saúde enténdese mellor en termos dunha combinación de factores biolóxicos, psicolóxicos e sociais e non puramente en termos biolóxicos (Santrock, 2007). Contrasta co modelo reducionista tradicional, unicamente biolóxico, que suxire que cada proceso da enfermidade pode ser explicado en termos dunha desviación da función normal subxacente, como un axente patóxeno, xenético ou unha anormalidade do desenvolvemento ou lesión.

Este modelo fai un balance entre as demandas que a contorna expón aos individuos e os recursos dos que estes dispoñen para afrontar as devanditas demandas. O resultado tradúcese en saúde e benestar ou todo o contrario. Sería un modelo totalmente individualizado se non puxese énfase no soporte social como un modulador entre as demandas da contorna e a utilización dos recursos persoais. O modelo biopsicosocial identifica factores de risco e de protección, ofrece alternativas explicativas a diversos problemas e describe ao ser humano tendo en conta todas as esferas que o compoñen. Ademais, ofrece un innovador concepto de saúde que non pasa desapercibido nin sequera para a medicina. Nese aspecto, podemos citar a Engel (1977), quen leva a cabo unha crítica xa lendaria sobre o modelo biomédico tradicional a favor desta nova concepción, «os factores psicosociais adoitan ser importantes á hora de determinar a susceptibilidade, a severidade e o curso de calquera enfermidade». Mentres que o modelo biomédico tradicional

«patoloxiza», baséase en aspectos biolóxicos e métodos «curativos», e tende a fomentar a disociación mente-corpo, o novo modelo biopsicosocial integra os aspectos biolóxicos e psicosociais e concíbese como un todo para todos os efectos. É dicir, estamos ante un modelo que unifica e integra disciplinas, e que debe ser utilizado se queremos facer un bo traballo asistencial dende calquera profesión relacionada coas ciencias sociais, educativas e sanitarias.

Según Ceitlin (1999), os puntos esenciais desta nova epistemoloxía son:

- a) Non existe unha persoa observadora obxectiva e da que se poda prescindir.
- b) A presenza do observador e os seus instrumentos perturban ao fenómeno dunha forma non determinable.
- c) Non existe un fenómeno en si mesmo, a conxunción entre o operador e o fenómeno produce unha nova condición na que aparecen fenómenos que son produtos de ambos.
- d) A causalidade de todo fenómeno é múltiple. As relacións de causalidade son complexas e non lineais.
- e) Introdúcese o concepto de incerteza.
- f) Non é posible fragmentar un fenómeno para o seu estudo. Os fenómenos deben ser tomados sempre como totalidades.
- g) Sempre debe terse en conta o contexto.
- h) A subxectividade do observador é parte do proceso.

Un novo paradigma non é mellor nin peor que o anterior, só serve para explicar máis fenómenos que aquel. Son moitas as razóns polas cales se reclama, tanto dende a medicina como dende outras disciplinas, un cambio de enfoque, un novo paradigma para afrontar a inevitable complexidade dos procesos de saúde. Un dos primeiros en reivindicar un modelo alternativo ao modelo biomédico tradicional foi Engel (1977, 132). Para el, a medicina debe adoptar un novo modelo, o biopsicosocial, que «teña en conta ao paciente, o contexto social no que vive e o sistema complementario deseñado pola sociedade para tratar cos efectos perturbadores que ten a enfermidade, isto é, o rol do profesional sanitario e o do sistema sanitario».

### **6.2.1. Características do modelo biopsicosocial**

O postulado básico do modelo biopsicosocial é que tanto a saúde como a enfermidade non son máis que a consecuencia da interacción entre factores biolóxicos, psicolóxicos e sociais. Apoiándonos no anterior paradigma científico, podemos establecer algunhas das características do modelo biopsicosocial:

- *A saúde e a enfermidade son un continuum.* As barreiras entre saúde e enfermidade non son tan claras: a saúde non é un produto, nin un estado, senón un proceso multidimensional no cal interactúan permanentemente sistemas biolóxicos, psicolóxicos, sociais, culturais, familiares e ambientais (Vergara, 2007). Cambia por tanto a función do profesional sanitario, xa non sería só curar enfermidades senón coidar a saúde, tendo en conta á persoa que enferma no seu contexto vital. Algúns investigadores da antropoloxía médica diferencian entre a enfermidade, o ter unha enfermidade, o sentirse enfermo e o ser recoñecido como enfermo. Pódense dar varias opcións, como ter unha enfermidade e non sentirse enfermo (por exemplo, hipertensión), ter unha enfermidade e non ser recoñecido como enfermo porque non se poida demostrar unha lesión ou un signo biolóxico alterado (por exemplo, fibromialxia), sentirse enfermo e non ter unha enfermidade demostrable (por exemplo, nunha crise de pánico), etc. Non obstante, todos estes poden ser persoas que necesitan atención sanitaria.
- *Diagnóstico biopsicosocial.* A demostración dunha desviación bioquímica constitúe un factor, entre outros moitos, da complexa interacción que finalmente pode culminar nunha enfermidade activa ou manifesta (Engel, 1992). É necesario considerar os aspectos psicolóxicos, sociais e culturais para recoñecer como a enfermidade é experimentada, como se relata, como se expresa e como afecta ao individuo e a súa familia. Estes factores tamén son cruciais para determinar cando unha persoa se ve ou é vista por outros como enferma cando ingresa no sistema de saúde e cando se converte en usuaria do mesmo.
- *Medicina centrada na persoa.* Pasaríaase dunha medicina centrada na enfermidade a unha medicina centrada no paciente e a súa particular forma de vida, contexto familiar e social. Cada vez está máis documentado por investigacións como as condicións de vida e o vivir constitúen variables significativas que modifican o momento de aparición e o curso das enfermidades. Por exemplo, nos períodos de dó ou en aniversarios traumáticos, o agravamento de enfermidades autoinmunes; a maior deterioración da saúde global en viúvos ou persoas sen soporte social, ou a depresión do sistema inmunolóxico en situacións de estrés.
- *Diagnóstico.* O diagnóstico inclúe tanto aspectos biolóxicos, como aspectos emocionais, culturais e máis amplamente psicosociais. Ao recoñecer os diferentes factores que contribúen á enfermidade ou ao sentirse enfermo, pódese chegar a entender por que algunhas persoas experimentan como enfermidade o que outras consideran problemas do vivir. De ningunha maneira se propón deixar de lado a consideración dos aspectos biolóxicos da enfermidade, nin se pretende cambiar un modelo de causalidade biolóxica por un de causalidade psicosocial. Isto sería manterse dentro do mesmo paradigma que se critica. O que se espera é o desenvolvemento de modelos de pensar a saúde que inclúan a complexidade.

Para lograr un diagnóstico acertado é necesario que o persoal sanitario conte non só con tecnoloxía sofisticada, senón con coñecementos científicos sobre comunicación humana e linguaxe, instrumento co cal se constrúe a realidade entre o profesional e o paciente. É, por tanto, necesario que o profesional sanitario se forme como un experto entrevistador para o que terá que descentrarse da enfermidade e centrarse na persoa enferma. O mesmo paciente achega os seus propios sistemas explicativos que, en ocasións, axudan a esclarecer o porqué dunha consulta, e sempre serven para pautar as indicacións que se darán ao paciente co obxecto de lograr maior adherencia.

- *Diagnóstico contextualizado.* O contexto primario da saúde do paciente pode ser a familia, a rede social na cal está inserta a persoa enferma, a relación profesional sanitario-paciente ou a relación co sistema de saúde. Se ten unha adecuada conceptualización sistémica, o profesional sanitario pode facer unha intervención no sistema que máis estea influíndo nese momento. Por exemplo, cun neno que é traído a consulta por dificultades de aprendizaxe, é conveniente que o profesional sanitario, antes de encadrar ao mozo nun estudo neurolóxico, coñeza a relación co sistema escolar, tanto do neno como da familia. Para poder definir ou establecer este contexto familiar téñense en conta ademais o ciclo vital da familia e o ciclo vital do individuo. A enfermidade entón insírese no curso da vida. Sábese que os períodos de transición nas familias poden ser fonte de estrés intenso e dar lugar á aparición de manifestacións somáticas. No contexto familiar é necesario que o profesional sanitario saiba recoñecer os recursos da familia, os seus potenciais aliados, quen dá apoio emocional, quen apoio económico, quen apoio loxístico, etc. No diagnóstico contextualizado, o profesional sanitario tomará en conta as relacións dinámicas da familia, os padróns de saúde-enfermidade desa familia, a interconexión xeracional, e as transicións do ciclo vital familiar.
- *A relación profesional sanitario-paciente no modelo biopsicosocial.* A relación profesional sanitario-paciente inflúe poderosamente na evolución e resultados dunha enfermidade (Engel, 1992). En virtude dela, establécense efectos psicolóxicos que poden modificar a experiencia da enfermidade ou aínda afectar os procesos bioquímicos subxacentes por efecto das interaccións psicofisiolóxicas e procesos bioquímicos implicados na enfermidade. O profesional sanitario participa (xunto co paciente) na definición do problema e achega os seus propios elementos culturais na maneira en que interroga (como fala co paciente ou como o escoita, como constrúe un síntoma, etc). Sempre modifica o campo de observación ao darlle un sentido ao que o paciente trae, sexa un síntoma ou unha molestia, e xuntos organizan unha determinada entidade ou patoloxía. O profesional sanitario participa cos seus coñecementos, ideas, crenzas e expectativas acerca da saúde-enfermidade e, por tanto, ao ser participe dese traballo relacional, modifica o que

está a observar. O profesional sanitario ten en conta á familia; ao facelo modifícase o modelo clásico da relación profesional sanitario-paciente. Doherty e Baird (1983) chamaron a esta relación un a un «a ilusión da díade» e propoñen pensar a relación en termos triangulares: profesional sanitario-paciente-familia e as súas interaccións recíprocas. Xeralmente, é dentro da familia onde primeiro tómanse as decisións acerca de se un síntoma ou molestia merece unha consulta médica, decídese a quen consultar ou cando algún membro é considerado enfermo. Desta maneira, unha información, un diagnóstico ou unha prescrición son avaliadas e poden ser aceptadas ou rexeitadas no seo da familia segundo os modelos explicativos que esa familia teña, ou os seus sistemas de crenzas con respecto á saúde, a aceptación de axuda extrafamiliar e a relación co sistema de saúde. O simple feito de indicar un medicamento pode poñer en marcha unha reacción da cal podemos non chegar a decatarnos, se o marco referencial non inclúe á familia. Estas interaccións van afectar o cumprimento ou o acordo do paciente coas indicacións que se lle dan. A perspectiva sistémica de relación profesional sanitario-paciente enriquece o potencial terapéutico da PS, permitindo que o profesional sanitario teña unha perspectiva máis ampla da vida do paciente e, noutras ocasións, é útil para que o profesional sanitario axude a mellorar a relación do paciente coa súa familia. Resumindo, vemos que o profesional sanitario forma parte do proceso de saúde-enfermidade no cal esta inserto, cos seus coñecementos, intereses, prexuízos, a forma de relacionarse e, por suposto, co contexto, tanto profesional como social, do cal participa.

- *O papel dos profesionais sanitarios como facilitadores.* Como o concepto de saúde abrangue moito máis que a ausencia de enfermidades, o rol destas persoas amplíase cando a súa tarefa tamén implica a promoción activa da saúde ao longo da vida das familias. O profesional sanitario convértese tamén en educador, facilitando que as persoas asuman a responsabilidade que lles corresponde no coitado e preservación da súa saúde. No modelo biopsicosocial, para o tratamento, utilízanse de forma racional os recursos tradicionais, biolóxicos e tecnolóxicos pero, ademais, os recursos que o paciente, a familia e a comunidade posúen para o manexo dos problemas de saúde. En xeral, considérase que o profesional sanitario cura, pero isto é unha falacia. O persoal médico pode ser facilitador dos mecanismos autocurativos das persoas pacientes. Estas deben ser vistas como participantes na construción da súa saúde, non como seres pasivos, dependentes dos coñecementos e o poder do profesional sanitario.

Así pois, é urxente que os profesionais do ámbito psicosocial (entre eles os educadores e educadoras sociais), desenvolvan programas de colaboración interdisciplinar onde se delimiten con precisión as súas competencias, capacidades e posibilidades de actuación a



fin tanto de mellorar a calidade de vida dos cidadáns, como de integrar a Educación Social e outras disciplinas psicosociais dentro da rede sanitaria xeral.

### **6.3. O modelo salutoxénico**

O así chamado modelo salutoxénico, iniciado polo médico-sociólogo Aarón Antonovsky no final do século XX, constitúe actualmente unha das teorías máis relevantes e con máis transcendencia na nova conceptualización da saúde (Rivera, Ramos, Moreno e Hernán, 2011). Un aspecto fundamental deste modelo sintetízase na pregunta: Por que razón, se nos enfermamos, algúns recupéranse máis facilmente que outros? A resposta a esta cuestión está fortemente relacionada con conceptos como o de resiliencia ou o de personalidade resistente. Unha das definicións máis aceptadas de resiliencia é a que a define como «a capacidade para recuperarse e manter unha conduta adaptativa despois do abandono ou a incapacidade inicial ao iniciarse un evento estresante» (Garmezy, 1991, 459). Con todo, para que a resiliencia teña lugar, deben estar presentes tanto factores de risco como de protección que axuden a conseguir un resultado positivo ou reduzan ou eviten un resultado negativo (Becoña, 2006). Pola súa parte, o concepto de personalidade resistente (*hardiness* ou *hardy personality*, en inglés) proposto por Kobasa e Maddi (1972), explica como determinadas persoas posuían a capacidade de resistir á tensión con maior éxito que outras (Fernández-Lansac e Crespo, 2011). Segundo Kobasa (1982) hai diferenzas estruturais de personalidade que levan a que, en determinadas situacións, uns individuos enfermen e outros non e, tales diferenzas, constitúen a personalidade resistente. O concepto de personalidade resistente está moi relacionado co de resiliencia; ambos implican unha capacidade para enfrontarse de forma adaptativa ás circunstancias adversas, con evidentes repercusións no estado emocional e físico do individuo; non obstante, o concepto de resiliencia parece ser máis inclusivo (Fernández-Lansac e Crespo, 2011).

Os conceptos de resiliencia e personalidade resistente están á súa vez relacionados co concepto de sentido de coherencia desenvolvido por Antonovsky (1987), ao cal se refire como unha disposición xeneralizada de confianza en que as cousas saíran ben e en que se poden predicir os estresores, os cales presentan unha certa estrutura (Juárez, 2011). Á súa vez, existe a crenza de que ditos recursos de afrontamento estarán dispoñibles e merecerá a pena utilízalos ante as demandas do medio (Antonovski, 1987).

Nunha das súas investigacións máis relevantes, Antonovsky, Maoz, Dowty e Wijsenbeek (1971) estudaron a un grupo de mulleres nadas en Europa central entre 1914 e 1923, algunhas das cales estiveran internadas en campos de concentración nazis. Os resultados deste estudo, na liña do esperado, revelaron que o grupo de sobreviventes dos campos de concentración exhibía de xeito significativo máis signos de enfermidade en comparación coas mulleres do grupo control. Con todo, e isto é o verdadeiramente sorprendente, case un terzo das antigas prisioneiras referiron ter unha relativamente boa saúde mental, a pesar das súas experiencias traumáticas. Isto levou a estes investigadores a preguntarse

porque estas mulleres lograron manterse sas a pesar da extrema presión que se exerceu sobre elas. A formulación da pregunta en positivo marcaría o signo das súas investigacións futuras. Así, a partir desta investigación, Antonovsky utilizou tres preguntas que foron claves na fundación da súa teoría (Rivera, Ramos, Moreno e Hernán, 2011):

- Por que as persoas se manteñan saudables a pesar de estar expostas a tantas influencias prexudiciais?
- Como conseguen recuperarse das enfermidades?
- Que teñen de especial as persoas que non enferman a pesar de estar expostas á tensión máis extrema?

Antonovsky (1987) criticou a visión dicotómica saúde-enfermidade característica do modelo biomédico tradicional, proponendo entender a saúde como un continuo entre dous polos: o benestar (saúde) e o malestar (enfermidade). Desta forma, a énfase non debe facerse no feito de que unha persoa estea sa ou enferma, senón máis ben en que lugar do continuo se coloca, entre a saúde perfecta e o completo estado de enfermidade.

### **6.3.1. Características do modelo salutoxénico**

- Considera a saúde/enfermidade como un continuo.
- Énfase na historia de saúde/enfermidade do humano.
- Localízase nos recursos de afrontamento para a solución de problemas e na PS.
- Fomenta a adaptación crítica do organismo ao medio.

Segundo o modelo salutoxénico, á hora de levar a cabo o deseño e implantación de programas preventivos, focalizárianse máis sobre as consecuencias positivas de adoptar unha nova conduta de saúde que en resaltar os posibles perigos asociados con continuar mantendo a conduta patolóxica. Trátase de considerar a saúde como un valor positivo a nivel individual e comunitario, e de que o suxeito dispoña de actitudes positivas que guíen a súa conduta.

Recapitulando, non parece doado chegar a un acordo sobre unha definición de saúde, cada perspectiva subliña aspectos parciais. Non obstante, isto non debe ser unha desculpa para non facer nada. Polo tanto, débese poñer máis énfase na PS e na prevención do patolóxico.