



C A P Í T U L O 3

DEL MODELO BIOPSIICOSOCIAL AL MODELO CENTRADO EN LA PERSONA: UNA PERSPECTIVA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Daniela Alexandra Bernabé Sánchez

Instituto de Ciencias, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Karla Marisol Teutli Mellado

Instituto de Ciencias, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

RESUMEN: En el presente trabajo se hace una revisión de dos modelos teóricos utilizados en cambios en comportamientos de Salud, de tal manera que se abordan el Modelo Biopsicosocial ampliamente conocido en contextos de la Salud y el Modelo Centrado en la Persona, que ofrece una visión muy particular en el que se empodera al Individuo, haciéndolo corresponsable de su propia salud. El objetivo de este trabajo es analizar las diferencias entre ambos modelos teóricos y reconocer su impacto en la Educación para la Salud. Con los artículos analizados se realizó una comparación de las características principales, origen, enfoque y visión tanto del paciente como del profesional de la salud en ambos modelos de atención. Se concluye que ambos modelos son importantes en la Educación para la Salud y que su utilización va de acuerdo con el contexto en el que deba ser aplicado.

PALABRAS CLAVE: Educación para la Salud, Modelo Centrado en la Persona, Modelo Biopsicosocial

1. INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se hace una revisión de cómo se ha utilizado el Modelo Biopsicosocial en la atención a la salud, y a su vez cómo la modificación del contexto actual de la sociedad brinda características para proponer que otros modelos teóricos puedan relacionarse como modelos sanitarios, tal es el caso del Modelo Centrado en la Persona.

En primera instancia, Obe y Stillman-Lowe (2024) definen a la Educación para la Salud (EpS) como un proceso en donde se le brinda a la población los conocimientos necesarios para una mejor toma de decisiones sobre su propia salud, Es importante reconocer que la salud no es un proceso individual, sino que muchas veces es alterado por cuestiones sociales o ambientales.

La EpS se relaciona con la promoción de la salud, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el proceso en el que se divulga y difunde información relacionada con la salud, principalmente para personas que desconocen los procesos sanitarios o no tienen el conocimiento específico para una toma de decisiones fundamentada y razonada.

Respecto a la toma de decisiones, la atención en salud se fundamenta mediante diferentes modelos teóricos que se implementan según las características culturales, sociales, económicas e incluso demográficas que la sociedad presenta en diferentes momentos.

En los apartados siguientes se describen algunas investigaciones preliminares para entender este trabajo en la sección dos, la sección tres provee detalles sobre la metodología aplicada para la búsqueda de la información. Por último, los resultados y conclusiones se encuentran en las secciones cuatro y cinco.

2. PRELIMINARES

El objetivo de este capítulo es analizar las diferencias entre el Modelo Biopsicosocial y el Modelo Centrado en la Persona, así como reconocer su impacto en la Educación para la Salud.

Como se menciona en la sección anterior, los modelos de atención en salud han realizado cambios en sus enfoques de acuerdo con las necesidades tanto individuales como sociales, de tal forma que el Modelo inicial de atención en salud fue el Biomédico creado con la consideración de que la salud se definía únicamente como la ausencia de enfermedad según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este modelo se caracterizó por considerar a las enfermedades exclusivamente como alteraciones biológicas, químicas y fisiológicas que el individuo puede presentar; pero nada respecto a su medio externo se relacionaba con el proceso patológico (León, 2006)

De tal forma que, desde los años 30 el personal de atención en salud priorizó el conjunto de signos y síntomas físicos que cada persona describe. Esto favoreció a que el médico fuera el principal encargado de proveer salud en la sociedad sin incluir los factores psicológicos ni sociales que pudieran afectar al individuo. No solo en la medicina se pueden incluir estos modelos de atención, sin embargo, jerárquicamente es la ciencia de la salud en la que más se hace mención en la literatura. Cualquier profesional que brinda atención en salud utilizaba el Modelo Biomédico en donde el paciente tenía un rol pasivo, es decir, no se involucraba en la toma de decisiones de su proceso de salud y muchas veces desconocía hasta la enfermedad. El personal ejercía un rol mucho más activo pues es el único con

conocimiento específico del proceso de enfermedad y no presenta intenciones de prevenir otras comorbilidades con sus pacientes.

Con el paso del tiempo se realizaron reuniones y documentos a nivel mundial para realizar cambios en el ámbito de la salud, tales como “Programa de Salud para todos en el año 2000”, “la Declaración de Alma Ata”, “Carta de Ottawa” y la “Declaración de Yakarta” en donde se promovió la Educación para la Salud y se consideraron los estilos de vida como características relevantes para la salud (León, 2006). Inclusive el concepto de salud se modificó y se reconoció como la ausencia de bienestar físico, psicológico y social; no sólo la ausencia de enfermedad.

Esto conllevó a la necesidad de crear diferentes modelos de atención que considerarán las características que el Modelo Biomédico no presentaba, una de las más importantes fue el factor psicológico y social en los diferentes procesos de enfermedad, por lo que a continuación se abordarán los modelos Biopsicosocial y el Centrado en el Individuo-por su aporte en Educación para la Salud.

2.1 Modelo biopsicosocial

El Modelo Biomédico puede considerarse deshumanizado al no considerar todas las variables que pueden provocar enfermedad en una persona, sin embargo, el Modelo Biopsicosocial brinda mayor importancia a la salud, ya que previamente para el profesional de la salud parecía tener mayor relevancia la propia enfermedad, y el propio médico basaba sus decisiones en las alteraciones bioquímicas y fisiológicas, pero no en mantener la salud.

El contexto biopsicosocial tiene como propósito fundamental que el proceso de salud no es meramente un factor individual, sino que involucra al ámbito comunitario, económico e incluso político ya que muchas veces los estilos de vida no pueden modificarse por factores externos al individuo (León, 2006). En 1977, George Engel creó el Modelo Biopsicosocial bajo la necesidad de abordar de una manera diferente la salud-enfermedad, por lo que se hace un énfasis en la interacción de los componentes físicos, psicológicos y sociales y la manera en que pueden generar modificaciones entre ellos mismos. Este modelo comprende que la enfermedad es multicausal, eso quiere decir que puede tener diferentes causas y es importante reconocerlas.

En la Figura 1, se muestra un mapa mental del Modelo Biopsicosocial que explica la distinta visualización del Modelo Biomédico referente al dualismo y la deshumanización. El dualismo fundamenta la interacción entre la mente y el cuerpo, así como que actualmente se reconoce que alteraciones que involucren la mente y los sentimientos pueden repercutir en la funcionalidad corporal. Por otro lado, la deshumanización también fue una cuestión a modificar ya que la manera en que

el profesional de la salud visualizaba a su paciente no era empática e incluso carecía de su sentido humanitario (Arrieta-Villareal y Guzmán-Saldaña, 2021).

Las características fundamentales del Biopsicosocial involucran la nueva relación terapéutica en donde el proveedor de salud, que puede ser médico o cualquier profesional de salud que brinda atención en salud, visualiza a su paciente como un ser integral con sus 3 diferentes dimensiones, lo que implica que no sólo su rol jerárquico sino dejar de ver al individuo como un ser ajeno a su proceso salud-enfermedad, sino que comienza a involucrarse en la toma de decisiones, específicamente a la forma en la que lleva su tratamiento al reconocer las posibles repercusiones de no cuidar su salud.

En un estudio hecho por Astorga (2025) menciona la necesidad de implementar este modelo en los Centros Educativos, por parte de los profesionales presentes en ellos, como los trabajadores sociales y psicólogos, en la cual estaría conformada la dupla psicosocial. En estudio se abordan las dimensiones del modelo para el desarrollo integral de la persona, conformado por el aprendizaje de dominios como el científico o tecnológico; la aceptación de los criterios de la cultura como las creencias y costumbres y el aprendizaje de competencias para la vida dentro de las que se incluyen la salud, la comunicación entre otras.

Otra de las características del Modelo es la causalidad circular, lo que implica que, al tener tres esferas o dimensiones como la física, la psicológica y la social pueden influir entre ellos, es decir el contexto físico o biológico puede modificar el contexto social o psicológico y a su vez alguno de estos últimos alterar el primero. Esto quiere decir que la interacción no es unidireccional, sino que puede ir en diferentes direcciones y que incluso esta causalidad circular es una especie de proceso de retroalimentación ya que hay un intercambio de información entre las diferentes dimensiones.

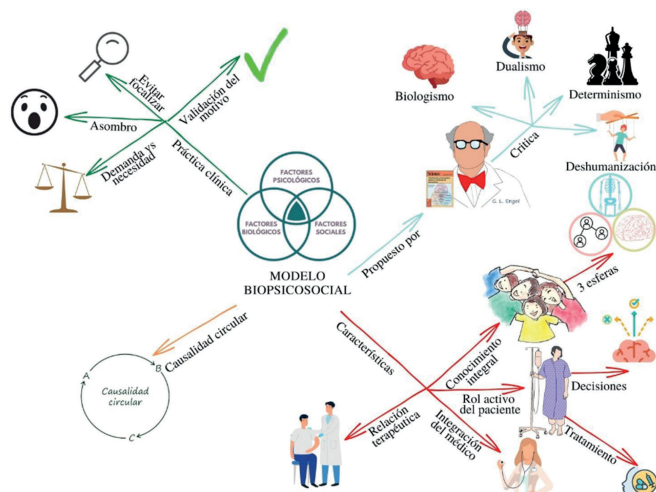


Fig. 1. Modelo Biopsicosocial (Arrieta-Villareal y Guzmán-Saldaña, 2021).

En la práctica clínica, el Modelo Biopsicosocial pretende brindar un diagnóstico y tratamiento lo más eficiente posible a través de la validación de las emociones y explicaciones que el paciente da, en el momento de realizar la historia clínica, de manera que el clínico intenta comprender la relación compleja que existe entre sus diferentes esferas.

Es importante mencionar que no se considera que algún modelo sea más importante o reconocido que otro, sino que las necesidades individuales y sociales han favorecido la implementación de otros modelos de atención en salud de acuerdo con las características históricas y demográficas como el que se describirá a continuación.

2.2 Modelo Centrado en la Persona

En 1940 se creó el Modelo Centrado en la Persona, en el que cada persona es vista de forma holística y no sólo como portadora de una enfermedad (Cacace y Giménez-Lascano, 2022). Este enfoque fomenta el empoderamiento individual para una mejor toma de decisiones y poder participar en su proceso de atención en salud. El creador de este modelo, Carl Rogers, reconocido por promover el humanismo en la disciplina de la psicología, es un enfoque que expresa que cada persona busca su autorrealización en la vida (Arias, 2013).

El movimiento humanista se extendió por Europa, pero comenzó en Italia en el siglo XIV, se caracterizó por priorizar al individuo antes que cualquier otra cosa, incluso lo catalogaron por encima de la fe. El humanismo ha sido la base fundamental para la creación de los derechos humanos que básicamente buscan que cada

persona viva con dignidad. De esta forma la atención recae en cada persona y le brinda características como dignidad, libertad de expresión, libertad de creencias, tolerancia e incluso independencia (Pieretti, 1994).

Este modelo conforma uno de los pilares para reconocer que cada persona busca características específicas y diferentes que generen un impacto positivo a su vida y se busca la autorrealización. Después de haber terminado sus estudios de psicología, Carl Rogers propuso el abordaje de los pacientes a través de la psicoterapia, las ideas que este autor planteaba reconocían que el individuo se percataba de todas las condiciones internas y externas que podían afectarlo y esos fueron los inicios del Modelo, que observó que el tratamiento debía ser individualizado o enfocado dependiendo de las características de cada persona para promover su salud (Arias, 2015).

El Modelo Centrado en la Persona o en el Individuo fue introducido inicialmente al ámbito educativo, de forma que el profesor no tuviera únicamente un papel autoritario, sino más bien que a través de la empatía pudiera brindar aprendizaje (Arias, 2015), el cual después se denominaría como significativo. A final de cuentas puede considerarse la atención en salud como un proceso educativo, ya que el especialista favorece la educación para la salud, de manera que la persona comprenda las causas de su alteración e incluso tenga las herramientas para mejorar su estado de salud o evitar su deterioro.

Este modelo resalta que el ser humano tiene la necesidad de encontrarse en un ambiente específico, lo que se considera como un principio fundamental en este enfoque. El ambiente al que se refiere no sólo son las características geográficas de donde se encuentre porque esto fundamentaría su raza, cultura e incluso sus costumbres; sino que también considera esencial el ambiente en el que se desenvuelve como su familia, su trabajo, sus amigos y esto fundamente su contexto social, se ha mencionado en capítulos anteriores que el contexto sociocultural es determinante en la calidad de vida relacionada con la salud (Miguélez, 2006).

Carl Rogers (1985) también propuso las características que a su consideración menciona esenciales para la o las personas que van a brindar un servicio o asesorar de alguna manera centrando su atención al individuo. Dentro de ellas describe a la autenticidad, la comprensión empática y la aceptación incondicional. Estas características pretenden lograr un correcto proceso de comunicación y respeto entre las dos partes interesadas en el enfoque (Miguélez, 2006).

La Teoría Centrada en la Persona no va dirigida hacia una meta, un objetivo, o un problema, sino que como su nombre menciona va orientada hacia la persona o grupo de personas específicas, de manera que las personas que interactúan pueden hacerlo de diversas formas como cultural, espiritual, psicológica o incluso biológicas

y a pesar de estar centrado hacia el beneficio de una persona, la teoría refleja un cambio entre quien intenta brindar un beneficio y quien intenta recibirlo, esto por la interacción generada, recordando que quien quiere brindar el beneficio debe crear el entorno ideal para que la otra persona pueda desenvolverse en condiciones ideales (Rogers, 1985).

El enfoque centrado en el individuo con su filosofía humanista debe centralizarse en cada persona según sus habilidades, necesidades y características favorece al aprendizaje significativo, ya que básicamente hay un educador y un educando, en un contexto favorable lo ideal es generar un conjunto de experiencias que el educando interprete como conocimiento, pero de una forma memorable y por ello se le nombra como significativo (De Sousa et al., 2015).

En la figura 2 se muestran las diferentes características que presenta ese modelo de atención en salud, donde es importante reconocer a la persona más que como un paciente sino como un ser humano holístico y multidimensional; pero no sólo a él sino también al profesional de salud que muchas veces sólo se visualiza como un proveedor de salud y eso interfiere con la relación médico-paciente; de manera que es importante pensar que ambos actores de este proceso tienen responsabilidades compartidas e igual de importantes. En la misma figura se observa que la persona de salud presenta ciertas competencias clínicas de acuerdo con su área de especialización y eso favorece a la prevención y promoción de la salud mencionadas en la introducción de este capítulo como conceptos relacionados con la educación para la salud.

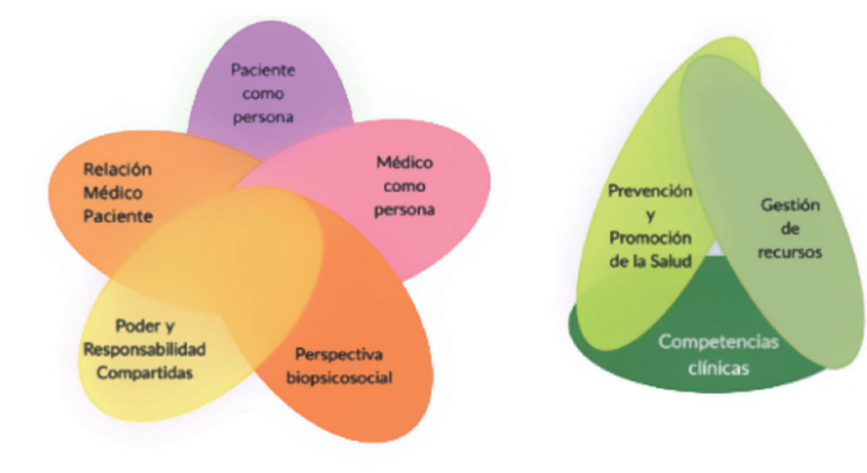


Fig. 2. Modelo Centrado en la Persona (López et al., 2021).

3. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de artículos publicados del 2015 al 2024 en las siguientes bases de datos: Medline, PubMed y Science Direct. MesH de búsqueda: person centered model, biopsychosocial model, and health education, en inglés y español.

Se incluyeron 20 artículos cuyo análisis reflejó que el Modelo Centrado en la Persona salud busca cambiar un paradigma y se enfoca en las características, habilidades, destrezas y necesidades; en el que el individuo no solo es visto como alguien que presenta una enfermedad sino como un ser multidimensional que se compromete a mejorar su estilo de vida a través de la educación para la salud. Por otra parte, también se revisó el Modelo Biopsicosocial para contrastarlo y ver las implicaciones de ambos en la Educación para la Salud tan importante en generar cambios en los estilos de vida para la población.

4. RESULTADOS

A partir de la lectura y análisis de los artículos utilizados para el desarrollo de este capítulo se elaboró la Tabla 1 donde se comparan las características principales de cada modelo como se ha descrito en las secciones anteriores.

Tabla 1. Cuadro comparativo entre ambos modelos.

Criterio	Modelo Biopsicosocial	Modelo Centrado en la Persona
Origen	Propuesto por George Engel en 1977	Desarrollado por Carl Roger en los años 50
Enfoque principal	Integrar factores biológicos, psicológicos y sociales.	Enfocarse en las características y experiencias del paciente como eje de cuidado.
Visión del Paciente	Un ser con múltiples dimensiones: biológica, psicológica y social.	Un ser autónomo, con capacidad de toma de decisiones.
Relación profesional-paciente	Colaborativo, pero con rol activo del profesional	Horizontal y empática, el profesional de la salud es un facilitador.

Fuente: Modificado de Arrieta-Villareal y Guzmán-Saldaña, 2021 y Cacace-Giménez Lazzano, 2022

La finalidad de este cuadro comparativo o del capítulo mismo no es describir ventajas y desventajas de los modelos, sino dar a conocer cada uno de estos para reconocer que se han implementado muchos a lo largo del tiempo y que se seguirán implementando.

5. CONCLUSIONES

El Modelo Centrado en el Individuo representa un cambio importante en la manera en que el sector salud se desenvuelve, pues antiguamente se consideraba al médico o profesional de la salud en los más alto de la jerarquía dejando de lado al paciente y su salud física, emocional y social, inclusive en modelos previos no se reconocía la relación que una sola alteración o enfermedad podía generarle a todo el cuerpo; sin embargo desde la inclusión del modelo biopsicosocial se reconoce al individuo como un todo.

Se enfatiza que debido a la aparición de diferentes modelos se utilice el más conveniente de acuerdo con la perspectiva del investigador o del clínico considerando que deben integrarse la prevención y promoción de la salud como tareas fundamentales en cualquier profesional de la salud. Por lo que es importante considerar la aplicación ya sea del Modelo Biopsicosocial o Centrado en el Individuo de acuerdo con las necesidades del Contexto en el que se aplique

REFERENCIAS

- Albarracín, E. R. (2015). ¿Qué es el humanismo? Problemática de la formación humanística. *Análisis*, 72, 89. <https://doi.org/10.15332/s0120-8454.2008.0072.06>
- Almeida, V. C., Pereira, L. C. D., da Cunha Machado, S., dos Santos Maciel, L. Y., de Farias Neto, J. P., & de Santana Filho, V. J. (2024). The use of a biopsychosocial model in the treatment of patients with chronic. *Patient Education and Counseling*, 121, 108117
- Arias, W (2015). Carl R. Rogers y la terapia centrada en el cliente. *Avances En Psicología*, 23(2), 141-148. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.158>
- Astorga Rubio, D. A. (2025). Propuesta teórica para la Intervención Biopsicosocial con duplas psicosociales en el contexto escolar. *Pensamiento Y Acción Interdisciplinaria*, 10(2), 102-112. <https://doi.org/10.29035/pai.10.2.102>
- Becerra, C. (2018). Modelo biopsicosocial: ¿Superación del reduccionismo biomédico o consigna polisémica impracticable? *Cuad Méd Soc*, 58(3), 167-177. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/321/295>
- Borrelli Carrió, F. (2002). El Modelo Biopsicosocial en Evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175-

Cacace, P. J., & Giménez-Lascano, G. (2022). Modelos de atención centrados en la persona: Evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 9(2). <https://doi.org/10.24875/rmf.21000070>

De Sousa, A. T. O., Formiga, N. S., Oliveira, S. H. D. S., Costa, M. M. L., & Soares, M. J. G. O. (2015b). A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 713-722. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680420i>

López, J. A. P., Pérez, T. G., Sánchez, J. A. S., & Puche, J. F. M. (2021). ¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi. *Atención Primaria*, 54(1), 102232. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102232>

Miguélez, M. M. (2006). Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona. *Polis*, 5(15), 8. <https://doi.org/10.32735/s0718-6568/2006-n15-468>

Obe, R. L., & Stillman-Lowe, C. (2024). Health education. *BDJ*, 236(3), 181-185. <https://doi.org/10.1038/s41415-024-7052-1>

Pieretti, M. R. (1994). Comunicación global. el reto gerencial. *Temas de Comunicación*, 6, 43-58. <http://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/temas/index.php/temas/article/view/139>

Rogers, C. R. (1995). Libertad y creatividad en la Educación. Barcelona: Paidós.

Rogers, C. R. (1997). Psicoterapia centrada en el cliente. Biblioteca de psicología, psiquiatría y psicoterapia, vol 28. Barcelona: Paidós.

Tizón García, J. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención Primaria*, 39(2), 93-97

Villarreal, J. L. A., & Guzmán-Saldaña, R. (2021). Modelo Biopsicosocial: De la teoría a la clínica. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 10(19), 101-102. <https://doi.org/10.29057/icsa.v10i19.8033>