



VNIVERSITAT  
E VALÈNCIA

# SALUTOGÈNESIS, CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y ACTIVOS PARA LA SALUD EN ENFERMERÍA

ESTUDIO EXPLORATORIO EN ESTUDIANTES DE  
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

---

NATURA COLOMER PÉREZ  
TESIS DOCTORAL 2017

**Universitat de València**

**Facultat d'Infermeria i Podologia**

**Departament d'Infermeria**



**TESIS DOCTORAL**

**SALUTOGÉNESIS, CAPACIDAD DE AUTOCAIDADO Y  
ACTIVOS PARA LA SALUD EN ENFERMERÍA**

**UN ESTUDIO EXPLORATORIO EN ESTUDIANTES DE CUIDADOS AUXILIARES DE  
ENFERMERÍA**

**Abril 2017**

**Anna Natura Colomer Pérez**

**Dirigida por: Dr. D. Joan Josep Paredes Carbonell**

**Dr. D. Vicente Antonio Gea Caballero**

(٥٤)



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

**TESIS DOCTORAL**

**SALUTOGÈNESIS, CAPACIDAD DE AUTOCAIDADO Y  
ACTIVOS PARA LA SALUD EN ENFERMERÍA**

UN ESTUDIO EXPLORATORIO EN ESTUDIANTES DE CUIDADOS AUXILIARES DE  
ENFERMERÍA

**Presentada por:** Anna Natura Colomer Pérez  
**Dirigida por:** Dr. D. Joan Josep Paredes Carbonell  
Dr. D. Vicente Antonio Gea Caballero

Programa de Doctorat del Departament d'Infermeria

(ò 1)



SALUTOGÉNESIS,  
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y  
ACTIVOS PARA LA SALUD  
EN ENFERMERÍA

VNIVERSITAT (ò d) VALÈNCIA **Facultat d'Infermeria i Podologia**  
Departament d'Infermeria

VNIVERSITAT (ò d) VALÈNCIA **INTRAS**



*A totes aquelles infermeres que prescriuen activitats socials, cultura i art*



*Tota la vida es troba dins el cul d'un got d'aigua quan t'han criat assedegada*

*Montserrat Roig*

*Ser de nou,  
ser més,  
ser juntament amb altres,  
mosaic de rostres i de pells,  
camins entreteixits  
que conflueixen.*

*Carles Duarte. 2015*

*No perd empenta la mirada que segueix la via que sotja l'horitzó; s'hi accelera*

*Pau i au. 2017*



# AGRAÏMENTS

A Marc i els seus somriures, principal font generadora de benestar en la meua vida. A la resta de família, Ernest, Regina i Alba. I a Jordi, per decidir acompanyar-me en aquest procés. Tota la meua estima.

Als meus directors de tesi, Joan i Vicent, encoratjadors tots dos com qui més. Gràcies pel vostre suport, generositat i per cuidar-me en tot moment.

A les companyes i companys del gabinet del conseller Marzà, per estar del meu costat, i en especial als meus caps, Vicent i Cento, per comprendre com d'important era aquesta tesi per a mi.

A les companyes i companys de la Facultat d'Infermeria, a Juan i Omar, per compartir tantes inquietuds entre classes, cafés i viatges *Erasmus*. A l'impagable ajut d'Elena, i a Sergio, de l'INTRAS, que ha estat la meua quarta casa.

A Borja per escoltar els meus neguits i a Pau per prestar-me els seus poemes.

A les amigues i amics dels instituts on he treballat, per l'entusiasme demostrat i la col·laboració docent prestada. A la resta de professorat que va contribuir a que poguérem treballar amb aquesta mostra. I a les i els estudiants que decidireu participar en l'estudi, sense vosaltres aquest projecte no existiria.

Al meu alumnat, passat i futur, causa i raó per la que vaig encetar aquest estudi, a vosaltres també vos dec tant i tant.

A totes les persones que han fet possible aquesta tesi. De tot cor, gràcies



# ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

	Pág.
<b>AGRAÏMENTS</b>	<b>5</b>
<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS</b>	<b>8</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>14</b>
<b>ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y FIGURAS</b>	<b>17</b>

## I: PARTE TEÓRICA

<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO</b>	<b>22</b>
Introducción	22
Situación del problema	23
Propósito de estudio	24
Premisas	27
Importancia del estudio	29
Listado de siglas y términos	30
<b>CAPÍTULO 2: LA TEORIA SALUTOGÉNICA</b>	<b>33</b>
Introducción	33
La Teoría Salutogénica	34
<i>Health assets. Los factores de éxito para la salud</i>	45
<i>Limitaciones del Modelo de Activos</i>	47
<i>Los Recursos Generales de Resistencia (GRR)</i>	48
<i>Limitaciones del SMH</i>	51
Aplicación del Modelo Salutogénico a la Enfermería	52
Construyendo Comunidades Salutogénicas	57
<i>Mapping health assets. Mapa de activos para la salud</i>	61

<b>CAPÍTULO 3: EL SENTIDO DE COHERENCIA</b>	<b>68</b>
Introducción	68
Dimensiones del SOC	73
<i>Comprensibilidad</i>	74
<i>Manejabilidad</i>	75
<i>Significatividad</i>	76
Validaciones transculturales y propiedades del cuestionario	77
Relación entre SOC y salud	82
<b>CAPÍTULO 4: AUTOCUIDADO, CONDUCTAS SALUDABLES Y SOC</b>	<b>87</b>
Introducción	87
La Capacidad de Autocuidado, un instrumento de valoración de conductas de salud	88
<i>The Appraisal of Self-care Agency</i>	88
<i>Desarrollo de la escala ASA</i>	93
Relación entre SOC y autocuidados	96
El papel de enfermería en el autocuidado colectivo	100
<b>CAPÍTULO 5: LOS CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA</b>	<b>108</b>
Introducción	108
EI/La TCAE	109
Primer contacto con las personas usuarias	109
Revisamos la titulación	113
Una profesión de futuro	121
<b>Resumen de la Parte I</b>	<b>124</b>
<b>II: PARTE EMPÍRICA</b>	
<b>Objetivos e Hipótesis</b>	<b>127</b>
<b>Objetivos</b>	127
<i>Objetivos Específicos</i>	127
<b>Hipótesis</b>	<b>128</b>
<b>CAPÍTULO 6: MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>130</b>
Propósito	130
Diseño del estudio y enfoque	130

Participantes	133
Instrumentos de investigación	134
<i>Análisis de fiabilidad de los instrumentos OLQ-13 y ASA-S para la muestra de estudio</i>	138
VARIABLES A ESTUDIO	139
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</i>	139
<i>Género</i>	139
<i>Grupos de Edad</i>	139
<i>Situación Laboral</i>	140
<i>Nivel de Ingresos</i>	140
<i>Entorno geográfico del centro</i>	141
<i>VARIABLES DE INTERÉS DE CREACIÓN PROPIA</i>	143
Rendimiento académico	143
Motivación de elección de estudios	144
Categorización de los activos para la salud	146
PROCEDIMIENTO	149
Primera fase: Estudio Piloto	149
Segunda fase: Estudio en Población II	153
Contexto y muestra	153
Garantías éticas. Permisos y consentimiento informado	153
Método y recogida de datos	154
Plan de ejecución	158
ANÁLISIS DE DATOS	160
Utilidad práctica de los resultados en relación con la salud y la competencia profesional	162
<b>CAPÍTULO 7: RESULTADOS</b>	<b>164</b>
<b>Análisis descriptivo</b>	<b>164</b>
<b>Caracterización de la población</b>	164
<i>Situación laboral</i>	165
<i>Nivel de Ingresos</i>	165
<i>Entorno geográfico del centro</i>	166
<i>Rendimiento académico</i>	167
<i>Motivación de elección de estudios</i>	168
<b>Distribución de SOC entre el alumnado de TCAE</b>	169
<b>Distribución de ASA entre el alumnado de TCAE</b>	171
<b>Análisis de conglomerados</b>	172
<b>Correlaciones</b>	<b>173</b>
Correlaciones entre sentido de coherencia y capacidad de autocuidado	173
Correlaciones entre sentido de coherencia, capacidad de autocuidado y factores relacionados	174



<b>Diferencia de medias para el sentido de coherencia en función de variables categóricas</b>	<b>176</b>
<i>Género</i>	176
<i>Grupos de edad</i>	177
<i>Análisis Post Hoc para la variable Grupo de edad</i>	178
<i>Situación laboral</i>	179
<i>Análisis de varianza</i>	180
<i>Nivel de ingresos</i>	182
<i>Análisis Post Hoc para la variable Nivel de Ingresos</i>	183
<i>Entorno geográfico del centro</i>	184
<i>Análisis Post Hoc para la variable Entorno geográfico del centro</i>	185
<i>Rendimiento académico</i>	186
<i>Análisis Post Hoc para la variable Rendimiento académico</i>	187
<i>Motivación de elección de estudios</i>	188
<i>Análisis Post Hoc para la variable Motivación de elección de estudios</i>	190
<b>Diferencia de medias para la capacidad de autocuidado en función de variables categóricas</b>	<b>191</b>
<i>Género</i>	191
<i>Grupos de edad</i>	191
<i>Análisis Post Hoc para la variable Grupo de edad</i>	192
<i>Situación laboral</i>	193
<i>Análisis de varianza</i>	193
<i>Nivel de ingresos</i>	194
<i>Análisis Post Hoc para la variable Nivel de Ingresos</i>	194
<i>Entorno geográfico del centro</i>	195
<i>Análisis Post Hoc para la variable Entorno geográfico del centro</i>	195
<i>Rendimiento académico</i>	196
<i>Análisis Post Hoc para la variable Rendimiento académico</i>	196
<i>Motivación de elección de estudios</i>	198
<i>Análisis Post Hoc para la variable Motivación de elección de estudios</i>	199
<b>Activos para la Salud en alumnado de TCAE</b>	<b>200</b>
<b>Análisis descriptivo</b>	200
<i>Activos para la salud Intrapersonales</i>	200
<i>Activos para la salud Interpersonales</i>	201
<i>Activos para la salud Extrapersonales: Grupos e Instituciones</i>	202
<i>Activos para la salud Extrapersonales: Espacios físicos/lugares</i>	203
<b>Análisis comparativo: Activos, SOC y ASA</b>	205
<i>Activos para la salud Intrapersonales</i>	205
<i>Activos para la salud Interpersonales</i>	206
<i>Sentido de coherencia</i>	206
<i>Capacidad de autocuidado</i>	208

<i>Activos para la salud Extrapersonales: Grupos e Instituciones</i>	210
<i>Sentido de coherencia</i>	210
<i>Capacidad de autocuidado</i>	211
<i>Activos para la salud Extrapersonales: Espacios físicos/lugares</i>	212
<i>Sentido de coherencia</i>	212
<i>Capacidad de autocuidado</i>	213
<b>Mapeo de los Activos para la Salud para el perfil de estudiantes de TCAE</b>	<b>214</b>
<b>CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN</b>	<b>218</b>
Sobre los resultados globales	218
<i>Respecto al OLQ-13</i>	218
<i>Respecto al ASA</i>	220
Sobre los instrumentos de medida	222
<i>El OLQ-13</i>	222
<i>El ASA</i>	224
<i>Discusión de la validación al castellano de la escala ASA</i>	224
Sobre las correlaciones entre el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado	225
Sobre el sentido de coherencia en la enfermería	228
<i>Diferencias de medias en SOC en función de las variables relacionadas</i>	229
Sobre el autocuidado en la enfermería	232
<i>Diferencias de medias en ASA en función de las variables relacionadas</i>	234
Sobre el sentido de coherencia, la capacidad de autocuidado, la vocación y el entusiasmo profesional en enfermería	236
Sobre los activos para la salud intrapersonales, interpersonales y extrapersonales	240
Sobre los activos para la salud, el SOC y el ASA	241
Sobre los mapas de activos para la salud en estudiantes de enfermería	243
Limitaciones y prospectiva	244
<b>CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES</b>	<b>246</b>
<b>CAPÍTULO 10: INTERVENCIÓN Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>250</b>
Propuesta preliminar de Intervención	250
Sugerencias para futuras investigaciones	260
Líneas de trabajo iniciadas	261

<b>REFERENCIAS</b>	<b>263</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>306</b>
Anexo 1- Proposición no de Ley reativa a la Promoción de Activos para la Salud y Salutogénesis.	307
Anexo 2 - Instrumento <i>Sentido de Coherencia. 13 ítems</i> . Versión en castellano.	308
Anexo 3 - Instrumento <i>Appraisal of Self-care Agency Scale</i> . Versión en castellano.	311
Anexo 4 - Autorización de la Secretaría Autonómica de la <i>Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport</i> .	315
Anexo 5 - Carta de presentación al profesorado con indicaciones para la correcta administración del cuestionario.	318
Anexo 6 - Documento recordatorio para el profesorado.	320
Anexo 7 - Hojas de seguimiento de contactos con equipos directivos y tutores/as para la administración de los cuestionarios.	321
Anexo 8 - Documento informativo y garantía de confidencialidad para las personas participantes.	323
Anexo 9 - Tabla resumen de evidencia científica entre SOC, ASA y las variables del estudio.	324
Anexo 10 - Materiales para el desarrollo de la propuesta preliminar de intervención.	325
Anexo 11 - Tablas del análisis cuantitativo realizado sobre los activos para la salud.	329
Anexo 12 – Diseño y estrategia de búsqueda bibliográfica.	345

# ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Algunos de los denominadores comunes y diferenciales de la salutogénesis y la Carta de Ottawa para la promoción de la salud.	43
Tabla 2.2. Resumen de los principales aspectos de las dos orientaciones, salutogénica y patogénica.	53
Tabla 2.3. Mecanismos clave del SMH en la Enfermería Comunitaria.	55
Tabla 4.1. Intervenciones Estimativas, Transicionales y Productivas de Autocuidado.	90
Tabla 6.1. Dimensiones del sentido de coherencia con los ítems que los definen y sus puntuaciones mínimas y máximas.	135
Tabla 6.2. Índices de fiabilidad para la Escala SOC-13 en la muestra de estudio.	138
Tabla 6.3. Índices de fiabilidad para la Escala ASA en la muestra de estudio.	138
Tabla 6.4. Variables sociodemográficas del estudio.	139-140
Tabla 6.5. Categorización de la variable Centro Educativo en Entorno Geográfico del Centro, según criterios de densidad y tamaño poblacional.	141
Tabla 6.6. Categorización de la variable motivación de elección de estudios. Recodificación.	145
Tabla 6.7. Categorización de los activos para la salud.	146
Tabla 6.8. Categorías y subcategorías de activos para la salud.	147-148
Tabla 6.9. Resumen del artículo "Sentido de coherencia y capacidad de autocuidado en estudiantes de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería" para las I Jornadas de profesorado universitario, Toledo, noviembre 2015.	150
Tabla 6.10. Cronología de la Investigación en los años 2015, 2016 y 2017.	159
Tabla 7.1. Distribución de la muestra según género y edad.	164
Tabla 7.2. Puntuaciones medias de la Escala SOC y sus componentes.	169
Tabla 7.3. Puntuaciones medias de la Escala SOC por cada ítem.	170
Tabla 7.4. Puntuaciones medias de la Escala ASA por cada ítem.	171
Tabla 7.5. Distribución de la muestra por conglomerados (K-Clúster) combinando puntuaciones totales de SOC y ASA.	172
Tabla 7.6. Correlación entre sentido de coherencia, capacidad de autocuidado y factores relacionados.	174
Tabla 7.7. Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Género.	176
Tabla 7.8. Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Grupos de edad.	177
Tabla 7.9. Análisis Post Hoc para el sentido de coherencia y sus componentes de acuerdo a la variable Grupos de edad, mediante HSD de Tukey.	178

Tabla 7.10. Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Situación laboral.	179
Tabla 7.11. Diferencias significativas en ANOVA de factor Situación laboral.	181
Tabla 7.12. Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Nivel de ingresos.	182
Tabla 7.13. Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Entorno geográfico del centro.	184
Tabla 7.14. Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Rendimiento académico.	186
Tabla 7.15. Análisis Post Hoc para el sentido de coherencia de acuerdo a la variable Rendimiento académico, mediante HSD de Tukey.	187
Tabla 7.16. Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Motivación de elección de estudios.	188
Tabla 7.17. Análisis Post Hoc para el sentido de coherencia de acuerdo a la variable Motivación de elección, mediante HSD de Tukey.	190
Tabla 7.18. Puntuaciones medias de la Escala ASA según Género.	191
Tabla 7.19. Puntuaciones medias de la Escala ASA según Grupo de edad.	191
Tabla 7.20. Análisis Post Hoc para la capacidad de autocuidado de acuerdo a la variable Grupos de edad, mediante HSD de Tukey.	192
Tabla 7.21. Diferencias significativas en ANOVA de factor Situación laboral.	193
Tabla 7.22. Puntuaciones medias de capacidad de autocuidado según Nivel de ingresos.	194
Tabla 7.23. Puntuaciones medias de capacidad de autocuidado según Entorno Geográfico del centro.	195
Tabla 7.24. Puntuaciones medias de capacidad de autocuidado según Rendimiento Académico.	196
Tabla 7.25. Análisis Post Hoc para la capacidad de autocuidado de acuerdo a la variable Rendimiento académico, mediante HSD de Tukey.	197
Tabla 7.26. Puntuaciones medias de capacidad de autocuidado según Motivación de elección de estudios.	198
Tabla 7.27. Análisis Post Hoc para la capacidad de autocuidado de acuerdo a la variable Motivación de elección, mediante HSD de Tukey.	199
Tabla 7.28. Frecuencias y porcentajes de los Activos Intrapersonales o internos.	200
Tabla 7.29. Frecuencias y porcentajes de los Activos Interpersonales.	201
Tabla 7.30. Frecuencias y porcentajes de los Activos Extrapersonales: Grupos e Instituciones.	202
Tabla 7.31. Frecuencias y porcentajes de los Activos Extrapersonales: Espacios físicos/lugares.	203
Tabla 7.32. Análisis Post Hoc para los Activos Interpersonales de acuerdo a la puntuación media de SOC Total, mediante HSD de Tukey (resultados significativos).	206

Tabla 7.33. Análisis Post Hoc para los Activos Interpersonales de acuerdo a la puntuación media de ASA mediante HSD de Tukey (resultados significativos).	208
Tabla 7.34. Descripciones de puntuaciones medias de SOC Total según Activos Extrapersonales: Grupos e Instituciones.	210
Tabla 7.35. Descripciones de puntuaciones medias de ASA según Activos Extrapersonales: Grupos e Instituciones.	211
Tabla 7.36. Descripciones de puntuaciones medias de SOC Total según Activos Extrapersonales: Espacios físicos/lugares.	212
Tabla 7.37. Descripciones de puntuaciones medias de ASA según Activos Extrapersonales: Espacios físicos/lugares.	213

# ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y FIGURAS

Ilustración 2.1. Continuum de la salud "bienestar-enfermedad".	37
Ilustración 2.2. La Salud en el Río de la Vida 1.	39
Ilustración 2.3. La Salud en el Río de la Vida 2.	40
Ilustración 2.4. Situando la Salutogénesis como modelo de desarrollo de salud.	42
Ilustración 2.5. Perspectivas de los modelos de déficit y activos.	47
Ilustración 2.6. Modelo de Activos de Salud (MAS).	60
Ilustración 2.7. Propuesta de marco conceptual de mapeo de activos ( <i>mapping assets</i> ).	63
Ilustración 3.1. Distribución de los estudios que ha utilizado el <i>Sense of Coherence Scale 1992-2015</i> en un contexto global.	79
Ilustración 4.1. Elementos de la Teoría del Autocuidado.	88
Ilustración 4.2. Niveles de sentido de coherencia e intensidad de comportamientos saludables de acuerdo a la escala <i>Inventory of Health Behaviours</i> .	97
Ilustración 4.3. Modelo Teórico de predicción de la capacidad de autocuidado y del Autocuidado.	98
Ilustración 4.4. Salutogénesis desde una perspectiva epistemológica en relación con el concepto de AES.	104
Ilustración 5.1. Horario y módulos del Ciclo de Grado Medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería.	117
Ilustración 6.1. Captura de pantalla de la portada del cuestionario online. <i>Google Forms</i> .	157
Figura 7.1. Porcentajes del Nivel de ingresos referido en la muestra de estudiantes del Ciclo Formativo en Cuidados Auxiliares de Enfermería del estudio.	165
Figura 7.2. Entorno Geográfico de los centros educativos donde se estudia el Ciclo Formativo en Cuidados Auxiliares de Enfermería.	166
Figura 7.3. Rendimiento Académico en la muestra de estudiantes del Ciclo Formativo en Cuidados Auxiliares de Enfermería del estudio.	167
Figura 7.4. Porcentajes de motivación de elección en la muestra de estudiantes del Ciclo Formativo en Cuidados Auxiliares de Enfermería del estudio.	168
Figura 7.5. Medias de SOC y ASA para los cuatro conglomerados.	172
Figura 7.6. Correlación entre sentido de coherencia y capacidad de autocuidado.	173
Figura 7.7. Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Situación laboral.	180
Figura 7.8. Puntuaciones medias del sentido de coherencia según Nivel de Ingresos.	183

Figura 7.9. Puntuaciones medias de los componentes del SOC según Entorno Geográfico del centro.	185
Figura 7.10. Puntuaciones medias del sentido de coherencia según Motivación de elección de estudios.	189
Figuras 7.11. Puntuaciones medias del sentido de coherencia y capacidad de autocuidado según Activos Intrapersonales.	205
Figura 7.12. Puntuaciones medias del sentido de coherencia según Activos Interpersonales.	207
Figura 7.13. Puntuaciones medias de la capacidad de autocuidado según Activos Interpersonales.	209
Figura 7.14. Puntuaciones medias del Sentido de Coherencia según Activos Extrapersonales I.	210
Figura 7.15. Puntuaciones medias de la Capacidad de Autocuidado según Activos Extrapersonales I.	211
Figura 7.16. Puntuaciones medias del Sentido de Coherencia según Activos Extrapersonales II.	212
Figura 7.17. Puntuaciones medias de la Capacidad de Autocuidado según Activos Extrapersonales II.	213
Figura 7.18. Mapa de Activos para la salud en la población de estudiantes de TCAE del País Valencià.	215
Figura 7.19. Sentido de coherencia, capacidad de autocuidado y activos para la salud en el continuo de salud-enfermedad en la población de TCAE del País Valencià.	219



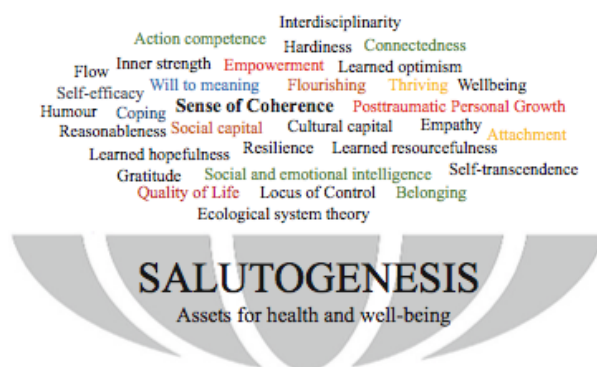


Ilustración contenida en Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, 2017.

# I PARTE TEÓRICA





*“La vida parece ser incontenible;  
la vida por lo pronto es un desbordarse.”*

*María Zambrano, 1992.*

## Introducción

Las personas consumimos recursos adaptativos para poder afrontar las demandas de la vida diaria, esas situaciones externas al individuo que impactan sobre nuestras vidas y que necesitan ser mediadas de forma efectiva por los recursos psicológicos, sociales y culturales de que dispone. El hecho de poseer, ser consciente de estos recursos y saber gestionarlos es un importante factor para conseguir evitar los diferentes estados de enfermedad o situaciones de colapso y desmoronamiento que pueden presentarse (Antonovsky, 1979, 1987). La incerteza sobre cómo, cuándo y de qué forma nos vamos a encontrar con estos obstáculos es una de las condiciones inherentes a la existencia humana y aprender a vivir en una continua búsqueda de equilibrio y de bienestar supone desarrollar la inteligencia más valiosa que podamos atesorar. Sin embargo, aprehender, hacer propios los mecanismos y recursos que nos mantienen cerca de los estados saludables, son la respuesta a la capacidad heurística de la humanidad por tratar de desvelar el misterio de la salud.

## Situación del problema

La mejora de las condiciones de salud focalizada en la promoción y el desarrollo de estrategias que contribuyan a reducir las desigualdades en salud permite a las personas hacer un mejor uso de los recursos del ambiente y de su entorno (OMS, 2008). La perspectiva de equidad en salud observa y estudia las injustas y evitables diferencias en esta materia que nos ocupa, a las que se exponen los individuos y que están relacionadas con situaciones de mayor vulnerabilidad. Una visión inclusiva de la promoción de la salud pasa por tomar en consideración la perspectiva de género, la diversidad funcional, la territorialidad, la etnicidad y la interculturalidad como principios generadores de salud. Esta perspectiva holística e integradora la lidera el Modelo Salutogénico de Salud (*Salutogenic Model of Health, SMH*). Sin embargo, el modelo salutogénico no ha penetrado todavía en la ciencia social ni tampoco en las ciencias de la salud de forma contundente, la literatura dedicada al SMH es todavía modesta y “continúa siendo una idea de la ciencia social anclada en la infancia” (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, 2017).

El SMH fue descrito por Antonovsky a lo largo de casi dos décadas y fue creciendo bajo la influencia de múltiples eventos vitales y experiencias del autor; aportaciones a la validación y mejora del modelo que cesaron con su muerte en el año 1994. Le corresponde haber realizado la aproximación más provechosa y productiva respecto a la comprensión y control de cada factor individual que puede desembocar en una patología particular (Vinje, Langeland y Bull, 2017)<sup>1</sup>. También explicó cómo las personas realizan adaptaciones activas al ambiente, las cuales se encuentran muy mediatizadas por los omnipresentes e inevitables factores estresores (Antonovsky, 1979).

Respecto a la integración de la salutogénesis en el sistema de los cuidados de salud es un reto que ha suscitado el interés de la comunidad científica, por el hecho que supone aplicar el paradigma de visión positiva de salud en un sistema que hoy

---

<sup>1</sup> En Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, (2017). *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 25-40). Springer International Publishing.

por hoy se caracteriza por focalizar los esfuerzos en atender la enfermedad y, a lo sumo, prevenirla. La calidad del discurso de los sistemas de cuidados actuales está dominado cada vez más por el que dicta la práctica basada en la evidencia, y si la salutogénesis está demostrada en la estrategia que guía la promoción de la salud, debe demostrar todavía su potencial para basar su práctica en la evidencia (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, 2017). En su esencia interna, el SMH es útil para todos los campos de los cuidados de salud, pero son necesarias más investigaciones que demuestren su aplicabilidad en todas las facetas.

En los cuidados de salud, el paradigma salutogénico puede desarrollarse para dos propósitos: guiar las intervenciones en la práctica de la promoción de la salud o reorientar la investigación propiamente referente a los cuidados. Y es en esta última línea de investigación es en la que se imbrica el problema al que trata de aportar evidencia el estudio que nos ocupa. Las asunciones del modelo indican que las personas deben ser acompañadas en la búsqueda de los mejores estados de salud, pero además, el modelo se toma la responsabilidad de lograr estos estados a través de promocionar los factores saludables y mejorarlos tanto en los procesos curativos como preventivos y en los propiamente de promoción de la salud per se. Por consiguiente, la salutogénesis tiene la capacidad de implementarse desde los ámbitos no solo de la prevención y promoción, sino también de curación (Álvarez-Dardet y Ruiz-Cantero, 2011).

Esta aproximación holística incluye la dimensión física, mental y social respectivamente y los aspectos saludables subjetivos de cada persona deben ser tomados en consideración, como miembros de una comunidad, de un equipo de trabajo o de la ciudadanía en general a través de las políticas públicas de salud.

En concreto, los y las profesionales de la salud que se dedican a prestar cuidados desarrollan su praxis en hospitales, centros de salud e instituciones en los que, como ya hemos advertido, predomina el paradigma patogénico y de déficit; es más, su formación previa seguramente se habrá fundamentado en la práctica existencia de esta dominante visión de abordaje de la enfermedad. Es por este motivo, que la integración del SMH es considerada un reto en la educación y formación de las enfermeras y del resto de profesionales dedicados a cuidar a las

personas, como son los técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería. La incorporación del estudio de esta perspectiva en los planes de formación, el entrenamiento en habilidades salutogénicas, así como remarcar que el principio salutogénico incluye -no solo un cuerpo de conocimiento-, sino un continuo proceso de aprendizaje como filosofía de trabajo y como modo de ser, debe ser un logro que se le exija –*de facto* y *de iure*- a la comunidad docente e investigadora de la ciencia enfermera. En la defensa de esta convicción, existe un objetivo común, que el *currículum* educativo que integran estas profesiones incluya los contenidos procedimentales, conceptuales y actitudinales para que los y las estudiantes de las familias sanitarias puedan ser solventes en el manejo de la salutogénesis. Además de poder garantizar que al finalizar los estudios hayan desarrollado las herramientas para ser capaces de proceder a un “*Self-tuning*<sup>2</sup>” o auto-ajuste respecto al proceso habitual de reflexión, sensibilidad y movilización de recursos para mantener y mejorar su propia salud.

Llegados a este punto surgen las preguntas que motivaron el planteamiento de esta investigación: ¿en qué grado se procuran autocuidados los y las estudiantes de ciencias de la salud?, ¿cómo se ven de capaces para abordar una profesión que eminentemente consiste en prestar cuidados a los demás?, ¿disponen de suficientes recursos para afrontar estos retos?, ¿disponen de suficientes y efectivos recursos para afrontar los retos de sus propias vidas? En definitiva, ¿cómo es de salutogénico este perfil de alumnado?

Un aspecto es considerado claro en todas estas cuestiones, la precondition que se presupone de que de las profesionales de la salud que asisten a pacientes -y que les ayudan en la búsqueda de su buen estado salud-, han adquirido previamente una “capacidad salutogénica” para sí mismas. Esa capacidad la han desarrollado individualmente, o bien, van a precisar de acompañamiento para que la observen, tomen conciencia, presencia y la adopten como propia.

---

<sup>2</sup> El “*Self-tuning*” es un modelo definido por Vinje (2007), mediante el cual, se anima a las personas participantes en psicoterapia o en terapias de conversación, a realizar auto-exámenes y auto-contemplación de sus propios pensamientos, sentimientos, deseos, sueños y comprensión de la vida (introspección); con el objetivo final de establecer un compromiso personal hacia procesos de recuperación inherentes a la promoción de su propia salud y por qué no, también de la comunidad dónde viven y de la sociedad en su conjunto.

## Propósito del estudio

El propósito de este estudio es indagar en el perfil salutogénico del alumnado que ha escogido la profesión de los cuidados de salud, concretamente en el marco de la formación profesional. Por su naturaleza, el ciclo de grado medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería integra los contenidos para proveer los cuidados primarios y esenciales destinados a cubrir las necesidades básicas de las personas en procesos de morbilidad. Poder conocer los activos para la salud de que disponen y cómo se relacionan estos mismos con aspectos de su autocuidado personal, nos aporta información relevante para entender cómo enfrentar y lidiar con los agentes estresores de esta profesión y del impacto sobre sus propias vidas.

El interés principal de este trabajo radica en acercarnos a entender el fenómeno que se caracteriza por el grado en que las personas crean tres experiencias vitales de máxima importancia: la coherencia, el equilibrio de carga (*load balance*<sup>3</sup>) y la participación en la toma de decisiones en su propia vida, así como las relacionadas con su futura profesión enfermera. Estas tres son las experiencias que conducen al desarrollo del sentido de coherencia (SOC, *Sense of coherence*, Antonovsky, 1979). Por consiguiente, un fortalecimiento de las mismas mueve indiscutiblemente a las personas en su *continuum de salud-enfermedad* hacia el polo de la salud (Antonovsky, 1987).

---

<sup>3</sup> Refiere Antonovsky (1987), que los individuos con experiencias de vida significativas y equilibradas poseen un equilibrio de carga (*load balance*) satisfactorio, favoreciendo de forma retroalimentada el desarrollo y uso efectivo de recursos generales de resistencia (GRR) que le van a permitir lidiar con los factores estresores de la vida.



## Premisas

El análisis de los aspectos anteriores y sus correlaciones con las variables que caracterizan nuestra población, se estudian y se concluyen en base a las premisas de la Teoría Salutogénica (Antonovsky, 1979-1994), entendida esta como la demostración de que los recursos de resistencia disponibles junto con el concepto de sentido de coherencia, trabajan conjuntamente en una mutua interrelación en la guía hacia un mejor estado de salud y bienestar.

Algunas premisas a tomar en consideración se describen a continuación (Antonovsky, 1987, 1990, 1992, 1993, 1996; Hart, Hittner y Paras, 1991; Geyer, 1997; Baker, North y Smith, 1997; Jogersen, Frankowski y Carey, 1999; Kivimäki, Feldt, Vahtera y Nurmi, 2000; Leskinen, Kinnunen y Mauno, 2000; Antonovsky y Sagy, 2001; Suominen, Helenius, Blomberg, Uutela y Koskenvuo, 2001; von Bothmer y Fridlund, 2003; Feldt, Leskinen, Kinnunen y Ruoppila, 2003; Feldt, Kivimäki, Rantala y Tolvanen, 2004; Heiman T, 2004; Eriksson y Lindström, 2005; Veenstra, Moum y Roysamb, 2005; Natvig, Hanestad y Samdal, 2006; Jellesma, Rieffe, Terwogt y Kneepkens, 2006; Olsson, Gassne y Hansson, 2009; Hernán y Lineros, 2010; Rivera de los Santos, Ramos Valverde, Moreno Rodríguez y Hernán García, 2011; Togari, Sato, Otemori, Yonekura, Yokoyama, Kimura, Tanaka y Yamazaki, 2012; Lizarbe-Chocarro, Guillén-Grima, Aguinaga-Ontoso y Canga Armayor, 2016; Colomer, Paredes, Chover, 2016; Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, 2017; Kerney y Fleischer, 1979; Denyes, 1980; Evers, Isenberg, Philipsen, Brouns, Halfens y Smeets, 1986; Whetstone y Olow Hansson, 1989; Ward-Griffin y Bramwell, 1990; Geden y Taylor, 1991; Achterberg, Lorensen, Isenberg, Evers, Levin y Philipsen, 1991; Lorensen, Holter, Evers, Isenberg y Van Achterberg, 1993; Brown, 1996; West e Isenberg, 1997; Baiardi, 1997; Morgan, 1998; Gallegos, 1998; Halfens, Alphen, Hasman, Philipsen, 1999; Jaarsma, Halfens, Tan, Abu-Saad, Dracup, Diederiks, Heart y Lung, 2000; Söderhamn y Cliffordson, 2001; Johnson, 2002; Fok, Alexander, Wog, McFayden, 2002; Rivera, 2006; Manrique, Fernández y Velandia, 2009; Sousa, Zauszniewski, Bergquist, Musil, Neese y Ala'a, 2010; Damásio y Koller, 2013; Stacciarini, Santos, Pace, 2013; Çiftçi, Yildirim, Sahin y Gülçin, 2015).

- El sentido de coherencia (Antonovsky, 1979) y la capacidad de autocuidado (Orem, 1993) pueden ser medidos con exactitud a través de cuestionarios auto-referidos que han demostrado su validez y consistencia interna.
- El sentido de coherencia afecta a la salud.
- El sentido de coherencia conduce a la persona a comprometerse en la asunción de comportamientos promotores de la salud, por ejemplo, a través de la integración de actitudes.
- El sentido de coherencia se fortalece con el tiempo, la madurez y las experiencias de la vida.
- Resistencia y resiliencia son conceptos relacionados con el sentido de coherencia.
- El sentido de coherencia induce patrones de respuesta que causan que el cerebro envíe mensajes para activar los recursos de resistencia apropiados cuando se precisan.
- La perspectiva salutogénica enfatiza los recursos que generan salud y examina los elementos que hacen posible que las personas, entiendan, gestionen y encuentren un sentido a sus vidas.

## Importancia del estudio

La investigación que se ha llevado a cabo para el presente estudio permitirá llegar a la conclusión de que las hipótesis planteadas se aceptan, lo cual va a permitir justificar la necesidad de introducir la perspectiva salutogénica en los planes de estudio de las profesiones de la salud, concretamente en los pertenecientes al Ciclo Formativo de Grado Medio de Cuidados Auxiliares de Enfermería.

## Listado de siglas y términos

AES: Alfabetización en salud. *Health Literacy*.

AS: Activos para la Salud. *Assets*.

ASA-S; ASA: *Appraisal of Self-care Agency-scale*. Cuestionario para la valoración de la Capacidad de autocuidado.

CAE: Cuidados Auxiliares de Enfermería.

CAS: Cuestionario de Activos de Salud.

CFGM: Ciclo Formativo de Grado Medio.

CIPFP: Centro Integrado Público de Formación Profesional.

CMP: *Comprehensibility*. Comprensibilidad.

CSOC: *Community Sense of Coherence*. Sentido de Coherencia Comunitario.

GRR: *Generalized Resistance Resources*. Recursos Generales de Resistencia.

IES: Instituto de Educación Secundaria.

INCUAL: Instituto Nacional de Cualificaciones Profesionales.

LOE: Ley Orgánica de Educación, del 3 de Mayo del 2006.

LOGSE: Ley Orgánica General del Sistema Educativo, del 3 de octubre de 1990.

LOPS: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, del 21 de noviembre del 2003.

MAS: Modelo de Activos para la Salud.

MNJ: *Manageability*. Manejabilidad.

OLQ: *Orientation of Life Questionnaire*. Cuestionario de Orientación a la Vida.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SGN: *Meaningfulness*. Significatividad.

SMH: *Salutogenic Model of Health*. Modelo Salutogénico de Salud.

SNCP: Sistema Nacional de Cualificaciones y de la Formación Profesional.

SOC: *Sense of Coherence*. Sentido de Coherencia.

SRR: *Specific Resistance Resources*. Recursos Específicos de Resistencia.

TCAE: Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería.



*“If I have been motivated by one purpose to write this volume, it is to reinforce those who are already at work to spark ideas in the minds of those colleagues who share with me the enchantment with the mystery of health”*

*Aaron Antonovsky, 1987.*

## Introducción

La intención de este capítulo es proporcionar una revisión de la literatura relevante respecto a los postulados de Aaron Antonovsky y su sustento en la Teoría Salutogénica. El capítulo también aborda la influencia de los Activos para la salud (AS, *Health assets*, en inglés) como pilar fundamental para la explicación de la visión positiva de la salud.

Seguidamente, se discute sobre su aplicación en los entornos de enfermería y finaliza con la defensa de la necesidad de promover comunidades salutogénicas como entornos vivenciales de salud positiva.

## La Teoría Salutogénica

*“Quien tiene un porqué para vivir, encontrará siempre el cómo”*

*Friedrich Nietzsche.*

“Algunas personas se mantienen saludables a pesar de la influencia de un gran número de factores de riesgo” (Antonovsky, 1979). De esta premisa parte el concepto salutogénico, que trata de explorar y examinar las condiciones que generan estas adaptaciones satisfactorias al medio, observando y prestando atención a los responsables de la creación de los estados de salud y su mantenimiento, enfocándose desde el polo saludable dentro del *continuum* del proceso salud-enfermedad del que hablaremos en adelante con más detalle.

Es fundamental para la teoría salutogénica considerar el *continuum* proceso-enfermedad. En este proceso, la salud se entiende como un movimiento que concluye hacia el fin de la misma. En el marco teórico del SMH, se asume la premisa de que la naturaleza humana es heterostática más que homeostática (Antonovsky, 1987), y se encuentra por tanto en continuo reajuste y adaptación al entorno. No obstante, el modelo salutogénico es un modelo de orientación positivo, contrario al planteamiento del concepto patogénico cuyo enfoque primordial es el estudio del déficit de salud.

El SMH es un modelo interdisciplinar que se nutre de diversas disciplinas como las ciencias de la salud – esencialmente la salud pública-, las ciencias sociales, la antropología, la psicología y la pedagogía (Maas, Lillefjel y Espnes, 2017; Joseph y Sagy, 2017; Jensen, Dür y Buijs, 2017)<sup>4</sup>. El SMH no toma como objeto de estudio exclusivamente a la persona, sino que la interacción entre el ser humano y las estructuras sociales están en todo momento subyacentes, centrando particularmente el foco de atención en los recursos humanos y las condiciones de vida. Se considera

---

<sup>4</sup> En Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, (2017). The Handbook of Salutogenesis. Springer International Publishing.



por tanto, una teoría que puede ser aplicada tanto a nivel individual, grupal como comunitario.

En verdad, uno de los fenómenos que ha sido ampliamente estudiado en el modelo de Antonovsky ha sido el estrés<sup>5</sup>, pues este resulta ser un factor sustancial a considerar desde la perspectiva salutogénica. Las personas movilizamos continuamente recursos para hacer frente a los agentes estresores y manejar la tensión de forma exitosa. Es por esto que el SMH proporciona una oportunidad para estudiar los aspectos positivos del estrés y las características de aquellas personas que se mantienen saludables mientras permanecen expuestas a situaciones de estrés elevado (Antonovsky, 1979). Es sumamente interesante conocer las diferentes capacidades de respuesta humana a los estresores, así como la capacidad salutogénica para superarlos.

Tomando como referencia a autores de los últimos tiempos que investigan en la materia que nos atañe, la salutogénesis (Álvarez-Dardet y Cantero, 2011) se define en la actualidad como “un modelo de análisis médico-sociológico que toma base en los orígenes de la salud y bienestar, donde la principal preocupación se centra en el mantenimiento de los mismos. Es por tanto un modelo de salud biopsicosocial positivo en contraposición al resto de modelos de prevención y promoción de la salud que se articulan bajo la perspectiva del déficit y la carencia”.

Retomamos ahora el hilo de la historia en sus inicios. Como sociólogo médico, fue Aaron Antonovsky (1923-1994) quien inicialmente se interesó en explorar las relaciones existentes entre variables como el estrés, la clase social, la cultura, y la salud y la enfermedad. En la década de los setenta desarrolló su teoría de la salud a la que denominó “Salutogénesis”, acuñando este neologismo desde la combinación de dos términos Latinos: *génesis* (desde los orígenes) y *saluto* (salud) y tomando siempre como enfoque los factores que ayudan a mantener la salud y el bienestar (Antonovsky, 1979). Mantuvo especial interés en estudios que incluyeron supervivientes del Holocausto, donde percibió que a pesar de haber sufrido los

---

<sup>5</sup> La palabra “estrés” -en términos de Antonovsky- se entiende como la respuesta de inadaptación a los “agentes estresores” (véase pag. 5).

horrores de la guerra, muchos/as de ellos/as no sólo se recuperaron y sobrevivieron, sino que se desarrollaron, crecieron personalmente y progresaron en sus vidas. Entre estos estudios epidemiológicos, el más relevante fue el que llevó a cabo entre mujeres supervivientes del genocidio que habían estado internas en campos de concentración y los efectos que ocasionó sobre su proceso climatérico. Pues bien, algunas de ellas, siendo sometidas a eventos extremadamente estresantes fueron, sin embargo, capaces de amar, llevar una vida ordinaria, establecer buenas relaciones sin llevar una supuesta vida disfuncional como todos los factores negativos auguraban. El cuestionarse como estas mujeres lograron mantenerse saludables a pesar de la ingente presión que se ejercía sobre ellas, este cambio de perspectiva, el hecho de formular la pregunta en positivo “*How some of them manage quite well?*” (Antonovsky, 1972), influyó en todas sus investigaciones posteriores. En definitiva, a partir de las investigaciones centradas en una nueva forma de observar las consecuencias que tuvieron en las personas las barbaries de la guerra, el modelo salutogénico comienza a gestarse.

Antonovsky (1987) sugirió entonces que debían existir factores creadores o generadores de salud. En este sentido, recordamos a Víctor Frankl, neuropsiquiatra y también superviviente del Holocausto, quién descubrió que la gente que tenía un claro significado de sus vidas<sup>6</sup> y un fuerte sistema de creencias espirituales o filosóficas, soportaba mejor los momentos traumáticos. (Frankl, 1991). Y es Antonovsky, con su modelo, quien nos convence de la importancia de que ser capaces de afrontar la incertidumbre y el caos como posicionamiento vital puede ser un factor protector de salud, pues no se puede nunca controlar la vida completamente y en cierto modo tenemos que vivir con lo impredecible.

A partir de aquí, el autor establece un modelo gráfico para describir la teoría tomando como base el término “*continuum* bienestar-enfermedad”; concepto que visualiza en forma de línea horizontal representando en polos opuestos por un lado,

---

<sup>6</sup> Frankl, en 1963, describió la “voluntad de sentido” (*will to meaning*) como la fuerza primaria motivacional, la tensión radical y sana del ser humano para hallar y realizar un sentido, un fin y expresión de la autotranscendencia. Argumentó que la frustración para poder encontrar internamente esta fuerza provoca un sentimiento de desesperación y una experiencia de vacío existencial.

la ausencia total de salud (S-) y por otro, la salud total (S+) y explica que todas las personas están posicionadas en algún punto de esta línea (Ilustración 2.1). Es más, puede darse el caso de poseer simultáneamente componentes de salud como de su ausencia. Las personas, en nuestra interacción diaria con los estresores generamos una “tensión” que puede resolverse en forma de adaptación, realizando movimientos positivos hacia la salud y su extremo S+, o bien esta posición inicial alterada hace que nos veamos superados y nos derrumbemos fluyendo hacia el extremo S- del *continuum*. El desplazamiento constante a través de la línea es considerado como “estado o condición multifacética del organismo humano” (Antonovsky, 1987).

Lógicamente, no es posible que un organismo vivo logre ninguno de los polos extremos del continuo, es decir, la salud perfecta o el estado completo de enfermedad. Aunque una persona pueda definirse como perfectamente saludable siempre suele existir una parte no saludable, así como en los casos terminales, mientras exista un soplo de vida, algunos componentes de la persona se mantienen en perfecto estado de salud.



**Ilustración 2.1. Continuum de la salud "bienestar-enfermedad". Lindström & Eriksson, 2006**

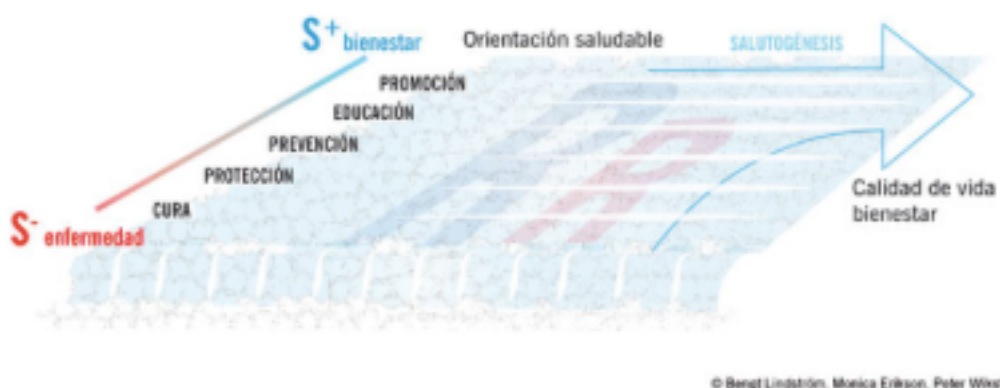
La tesis central del trabajo de Antonovsky es la creencia de que las personas estamos casi continuamente expuestas a aquello que él define como “agentes estresores” (Antonovsky, 1979). La respuesta de un organismo frente a estos agentes

es conocida como “tensión”, siendo el estrés la respuesta mal adaptada a esta tensión cuando se ha fallado en el intento de manejarlo.

De hecho, el autor entiende que el SMH es el mejor ejemplo teórico que guarda mayor congruencia con la búsqueda de la filosofía personal, pues considera una “visión productiva, aquella que toma a la vida cómo un camino repleto de inherentes conflictos y estrés, que la persona debe aprender a manejar mediante la posesión de una orientación en la vida” (Antonovsky, 1990).

Son el autor noruego Lindström y la autora finlandesa Eriksson quienes en trabajos posteriores adaptarán la descripción de este nuevo constructo en forma de esquema gráfico (Ilustración 2.2 y 2.3) denominado *Salud en el Río de la Vida* (Eriksson y Lindström, 2008). Estos autores describen las diferencias entre el modelo biomédico y la salud pública de forma metafórica como un río. Un río que simula la dirección de la vida y que fluye en perpendicular a una cascada continua que, a su vez, transcurre a lo largo de la extensión total del mismo; esta imagen trata de explicarnos que no importa la posición que ocupes en él, pues siempre existe la posibilidad de ser absorbido/a por la cascada, es decir, los riesgos de desarrollar enfermedades o encontrar la muerte.

No obstante, la dirección principal de la vida no es la muerte y la enfermedad, representada por la cascada, sino que se observa que es un flujo perpendicular a esta. La idea de que desde el nacimiento el ser humano aprende a nadar y a sortear los obstáculos es la que subyace en todo momento. Habrá personas que nacerán en la sociedad del bienestar duradero, donde la disposición de recursos y las posibilidades son abundantes, mientras que en la vertiente opuesta, otras deberán luchar por la supervivencia desde los inicios, corriendo el riesgo de caer por la cascada constantemente. La travesía por el río, como la vida, está repleta de riesgos pero también de recursos, sin embargo el resultado se basa en nuestra orientación y aprendizaje a través de nuestras experiencias. Será nuestra habilidad para identificar y desarrollar recursos la que determinará, en gran medida, nuestras opciones de mejorar nuestra salud y en definitiva, nuestra vida. En palabras de Antonovsky “*What shapes one’s ability to swim well?*” (Antonovsky, 1987).



*Ilustración 2.2. La Salud en el Río de la Vida 1. Lindström & Eriksson, 2008.*

En esta interpretación del desarrollo de la medicina observamos claramente el cambio desde la percepción unívoca de atención y tratamiento, hacia la prevención y promoción del concepto actual de la salud pública. Concretamente hablamos de cuatro etapas (Rivera de los Santos, Ramos Valverde, Moreno Rodríguez y Hernán García, 2011), que describen la metáfora anteriormente explicada:

- 👤 1ª Etapa: Curar personas enfermas mediante tratamientos farmacológicos y tecnológicos; en el esquema respondería a la visión de salvamento de muerte por ahogamiento en nuestro río.
- 👤 2ª Etapa: Intervención con el fin de evitar factores de riesgo (Protección para la salud mediada para un/a sujeto pasivo/a), respondería a la visión de utilizar barreras para evitar la caída al mismo río. También la prevención de enfermedades a través de la intervención activa, representado por la posibilidad de ofrecer chalecos salvavidas para evitar, una vez más, el ahogamiento.
- 👤 3ª Etapa: Enfoque en la Educación para la Salud y Promoción de la Salud utilizando la información a distintos niveles, proporcionando consejos de salud a la población y cediendo paulatinamente la participación a la misma para que

puedan tomar decisiones propias. De tal forma, se entiende la acción más allá del sector salud, aceptándose esta como derecho humano por el que la comunidad en su conjunto lucha con la fuerza de la unión. Metafóricamente, se corresponde en la acción de enseñar a nadar a toda la población y la responsabilidad de la misma sobre la consecución de este hecho.

👥 4ª Etapa: Mejora de la percepción de la salud, bienestar y calidad de vida facilitando las condiciones imprescindibles para vivir, valga la redundancia, una vida saludable. Para alcanzar el objetivo la clave se encuentra en la capacidad de las personas para reflexionar sobre sus propios procesos y poder entender correctamente sobre las opciones que se presentan y asimismo, elegir aquellas que generen mayores beneficios en materia de salud.

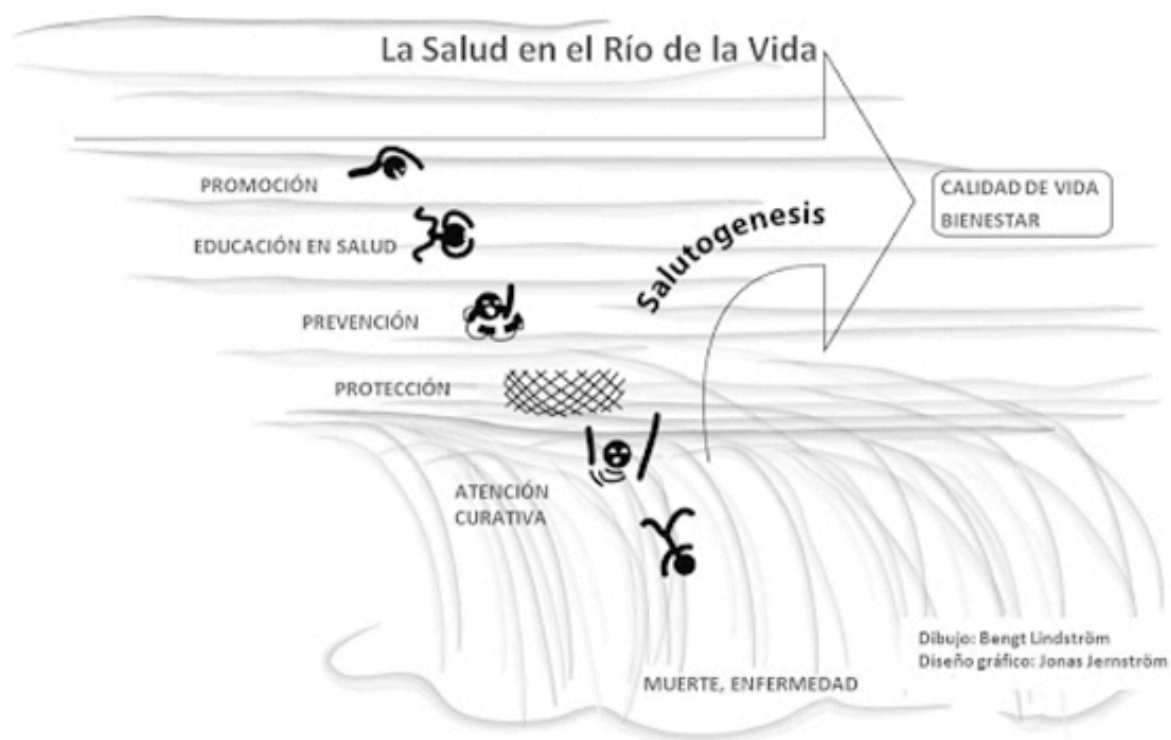


Ilustración 2.3. La Salud en el Río de la Vida 2. Lindström & Eriksson, 2008.

El modelo salutogénico tuvo tal impacto en los movimientos de desarrollo de la promoción de la salud que impulsaba la OMS en aquél contexto histórico (Conferencia Alma Ata OMS/UNICEF, 1981), que a pesar de no figurar explícitamente en la Carta de Ottawa, sí que ha influido indudablemente en el concepto de la salud pública moderna, pudiéndose situar los principios esenciales de este documento dentro de una aproximación salutogénica (Vinje, 2007). El comienzo efectivo de esta influencia se produjo en el año 1992, las teorías subyacentes a la investigación en promoción de la salud fueron debatidas en un seminario celebrado por la Oficina Regional de Copenhague de la OMS. Antonovsky participó en este grupo de trabajo e introdujo su modelo como una dirección metodológica a tomar hacia la consecución de los objetivos en promoción de la salud.

Entramos de nuevo en el núcleo del debate entre las aproximaciones biomédicas y patogénicas –paradigma dominante en la actualidad- en perenne controversia con los preceptos de los mandatos salutogénicos. Mientras que el primer modelo entiende que la salud se genera por medio de la eliminación de riesgos y/o enfermedades, el segundo se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud.

Lindström y Eriksson (2006), abogan por la complementariedad de las dos principales perspectivas en promoción de la salud, tanto la médica como la salutogénica, entendiendo que el abordaje sinérgico del binomio salutogénesis-patogénesis lo convierte en más efectivo y potente (Ilustración 2.4). Avalando este fundamento, realizaron una interpretación salutogénica de la Carta de Ottawa en la cual describieron los denominadores comunes y diferenciales entre la salutogénesis y el citado documento, situando explícitamente los Derechos Humanos como base ética tanto de la promoción de la salud como de la salutogénesis (Tabla 2.1). En concreto, el modelo salutogénico sería una buena base de fundamentación para la promoción de la salud básicamente por tres razones principales, “en primer lugar, porque el foco se coloca en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones; en segundo lugar, porque identifica Recursos Generales de Resistencia que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva; y, en tercer lugar, porque identifica un sentido o discernimiento global y omnipresente en los individuos, grupos, poblaciones o sistemas” (Alivia, Guadagni y Sarsina, 2011).





*Ilustración 2.4. Situando la Salutogénesis como modelo de desarrollo de salud (Bauer et al. Publicación de Oxford Health Promotion International, 2006)*

Lamentablemente, todo el potencial de la teoría salutogénica no ha sido explorado tanto como se esperaba a pesar de todas las similitudes teóricas con las intenciones de la Carta de Ottawa y la promoción de la salud. A tal efecto, la no existencia de una verdadera teoría detrás, adolece de conocimiento científico notable que permita dotar de total legitimidad el modelo. Con todo, a pesar de que en sus inicios y a lo largo del siglo XX el modelo no atrajo la atención de la comunidad científica, en el presente la situación está cambiando.



	Salutogénesis	Carta Ottawa
Preludio	Holocausto	Declaración de los DDHH de la ONU Declaración de la Salud de la OMS
Referencia temporal	1979, 1987	1986
Estado	Teoría, evidencia	Principios, ideología
Fundamento	Sujetos activos participativos	Sujetos activos participativos
Enfoque	Orientación Global a la Vida	Promoción de la Salud
Salud como	Proceso de aprendizaje a lo largo de la vida	Un proceso social y político
Conceptos clave	Sentido de Coherencia y Recursos Generales de Resistencia	Promoción de la salud. Políticas públicas saludables, enfoque desde los entornos, intersectorialidad, acción comunitaria, desarrollo de habilidades, reorientación de los servicios.
Elementos	Elementos del SOC	Determinantes de Salud
Mecanismos clave	Habilidades para usar los GRR/SRR y desarrollo de un SOC fuerte	Permitir el avance sobre los Determinantes de Salud (empoderamiento)
Resultados	Percepción de buena salud, salud mental y Calidad de vida	Una mejor salud y una vida activa productiva
Concepción errónea	Sólo medir SOC. Tratarse sólo de un enfoque individual-psicológico y no social.	Sólo una aproximación de riesgos centrándose en los comportamientos de salud

**Tabla 2.1. Algunos de los denominadores comunes y diferenciales de la salutogénesis y la Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Lindström & Eriksson, 2006.**

Pensando en clave de futuro y abogando por los cambios, es interesante introducir una anotación respecto a cómo el modelo salutogénico está actualmente influyendo en las políticas de salud que se generan en el mundo. Concretamente, en el *País Valencià*, se ha desarrollado el “*IV Pla de Salut de la CV 2016-2020*”<sup>7</sup>, que está basado íntegramente en el SMH. También el *Informe SESPAS 2016* (Cofiño, Aviñó, Benedé, Botello, Cubillo, Morgan, Paredes y Hernán, 2016) aborda la influencia del modelo salutogénico en las políticas de salud en el estado español. Ambos documentos han sido confeccionados por personas que trabajan el territorio o en el ámbito académico, personas que proceden de instituciones con potentes posibilidades de establecer marcos evaluativos y por personas de instituciones más sencillas. Todas ellas, con estos trabajos en común, son un buen ejemplo de hacia dónde se dirige la promoción de la salud y la salud pública en el siglo XXI.

Es por este motivo, que las líneas de investigación actuales apuestan por el uso más extensivo de las ideas de Antonovsky, planteando hipótesis relevantes para la salud pública como proponen Rivera de los Santos, et. al. A través del estudio de los activos para la salud (Morgan y Ziglio, 2007; Rivera de los Santos, Ramos Valverde, Moreno Rodríguez y Hernán García, 2011), se contempla como perspectiva viable en salud pública que los factores estresantes no deben ser intrínsecamente negativos, sino que existe la posibilidad de que estos puedan tener consecuencias saludables o beneficiosas. Además, estas líneas no se limitan a integrar como exclusivo el razonamiento que deduce que los agentes estresores actúan en esencia sobre los individuos y se pueden resolver mediante capacidades y/o habilidades personales. Más bien, el estudio del SMH en la actualidad, acepta que estos agentes también ejercen sus efectos sobre los colectivos y las poblaciones (Baban y Cracium, 2010; Morgan, Davies y Ziglio, 2010).

Finalmente, los/las autores/as plantean el concepto de *asset* como un patrimonio, un legado cultural, de posesión comunitaria real, son en definitiva el patrimonio de salud que una comunidad ha generado y mantenido a través del tiempo. Veamos con detalle este concepto en el siguiente apartado.

---

<sup>7</sup> [http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV\\_PLAN+DE+SALUD\\_CV\\_2016\\_Castellano\\_web.pdf](http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf)

## *Health assets. Los factores de éxito para la salud*

La óptica de la no patogenia que pone énfasis en el origen de la salud frente a la opción de indagar en el origen de la enfermedad, también ha sido denominada bajo el concepto de *salud positiva* (Morgan y Ziglio, 2007). La primera aproximación hacia el estudio de los activos comunitarios y que introduce el concepto de Modelo de Activos, la realiza McKnight y Kretzman en el 1993: “es un modelo que se sustenta en una metodología que enfatiza el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y barrios menos favorecidos utilizando un método que trata de identificar el mapa de activos o fortalezas de la comunidad para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto” (Hernán y Lineros, 2009).

Con posterioridad, un activo para la salud o *health asset*, se definió como “cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar” (Morgan y Ziglio, 2007; Morgan, Davis y Ziglio, 2010). De acuerdo con los trabajos del grupo de investigación en salud pública de la Universidad de Alicante (Ávarez-Dardet y Ruiz Cantero, 2011), ciertamente se suele hablar de activos para la salud como traducción de *health assets* al castellano, no obstante indican que otra forma correcta de traducirlos es por “patrimonio”. Patrimonio de salud<sup>8</sup> entendido como “legado cultural, de posesión comunitaria real, de recursos múltiples a disposición de las personas. La conceptualización de patrimonio de salud sigue la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones orientadas al bienestar, crecimiento y envejecimiento saludable” (McKnight, 1995).

Para identificar los activos en una comunidad determinada se debe confeccionar un mapa (conocido como *mapa de activos*<sup>9</sup>) para cuyo proceso se utiliza una metodología de visibilización y movilización de las “riquezas” y patrimonio de dicha comunidad. Como hemos descrito, el enfoque salutogénico aboga por

---

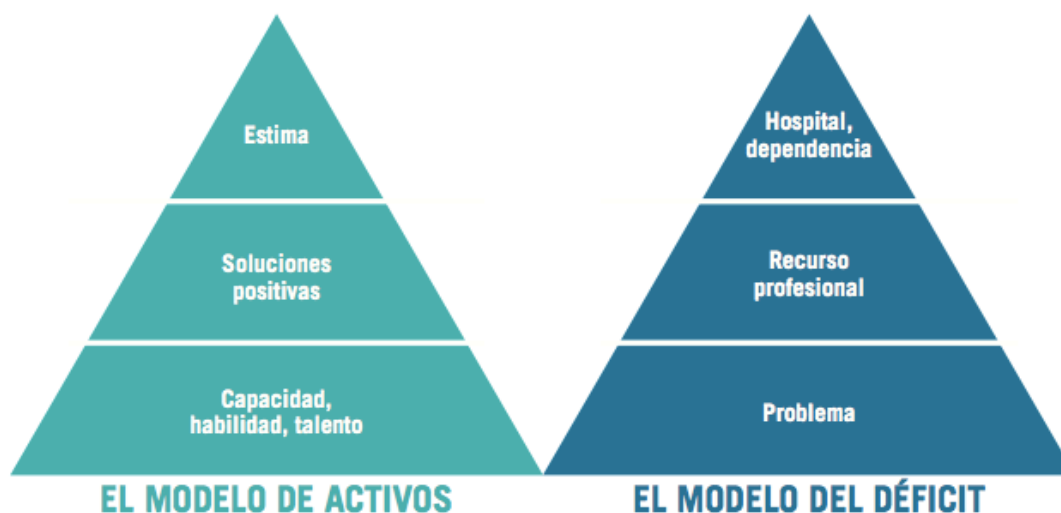
<sup>8</sup> Modelo de “Patrimonio para el desarrollo” de John McKnight, 1995.

<sup>9</sup> El mapeo de recursos sobre activos para la salud implica una estrategia de participación que pretende profundizar en la “foto de salud” inicial de la comunidad uniendo los recursos más formales con los informales que la integran (Botello, Palacio, García, Margolles, Fernández, Hernán y Nieto, 2012).

redimensionar el planteamiento de la salud pública hacia una mirada positiva, incorporando la orientación del modelo de activos frente al de déficit (Ilustración 2.5). Pero más allá, nos permite también apostar por el empoderamiento de los colectivos y las comunidades, capacitándolas, haciéndolas participar y haciéndolas responsables de sus apreciaciones y decisiones, permitiéndoles renovarse en un entorno concreto (McKnight, 1995). De este modo, mapeando los activos para la salud en diferentes grupos de poblaciones podemos descubrir qué aspectos pueden ser reforzados para que estas comunidades identifiquen y desarrollen las propias herramientas -individuales y colectivas- y puedan dotarse de recursos efectivos, eficientes e idóneos adaptados a su idiosincrasia. Por ello, se trata de “un proceso diferente a la práctica de inventariar y diagnosticar las deficiencias de individuos y comunidades, tradicionalmente utilizado en los diagnósticos de salud” (Hernán y Lineros, 2009).

El patrimonio de salud que consiguen definir autores como Erio Ziglio y Antony Morgan (2007) correspondería a los recursos que promueve en individuos, grupos y comunidades la capacidad de mantener y promover su salud y bienestar. De este modo, el patrimonio de salud que se delinea correspondería a espacios externos del individuo, pues los espacios pueden y deben ser salutogénicos. Estamos dando un paso sustancial hacia la inclusión de agentes externos, grupales y sociales -no solo intrapersonales y meramente internos-, los cuales ayudan a reforzar las fortalezas de las personas a nivel individual.

Más adelante explicaremos como se desarrollan las estrategias de mapeo del patrimonio, procedimientos en los que se deben identificar los activos locales individuales, grupales, asociativos, organizacionales, culturales, económicos y del entorno, siendo un proceso no sólo de recopilación de datos sino de empoderamiento de la ciudadanía, pues permite descubrir factores positivos de su comunidad y tejer una red de relaciones y de apoyos mutuos, de forma que este proceso desemboca en proyectos que mejoran la calidad de vida y promocionan la salud (Botello, Palacio, García, Margolles, Fernández, Hernán, Nieto y Cofiño, 2012).



*Ilustración 2.5. Perspectivas de los modelos de déficit y activos. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), 2010.*

### *Limitaciones del Modelo de Activos*

Algunas de las consideraciones y críticas del Modelo de Activos se han debido, en primera instancia, a las interpretaciones erróneas que se deducen de los conceptos que presenta. Entre ellos, el término *health asset* ha sido acusado de no tener en cuenta las necesidades o problemas en las intervenciones (Morgan, 2014). Sin embargo, el enfoque de activos no pretende en ninguna circunstancia obviar estas características de los entornos, sino más bien redirigir la promoción de la salud a una orientación poblacional, evitando centrarse exclusivamente en la prevención de enfermedades desde una aproximación individualista característica del modelo biomédico. Asimismo, en la revisión del MAS, Morgan reflexiona sobre la “incapacidad que el modelo ha demostrado para cuestionar el equilibrio de poderes entre los servicios públicos, las comunidades y los intereses empresariales” considerándose esta la crítica más importante hacia el modelo. La defensa argumenta sobre el peligro que supondría llevar al extremo la autogestión de la salud de la ciudadanía y la justificación implícita de recortes económicos en las políticas públicas. Frente a esta amenaza, se necesita garantizar el compromiso político de financiación y apuesta por este enfoque, así como demostrar fehacientemente los beneficios del mismo.

## Los Recursos Generales de Resistencia (GRR<sup>10</sup>)

Uno de los hallazgos conceptuales fundamentales (Lindström y Eriksson, 2011) que Antonovsky desarrolla en la Teoría Salutogénica son los Recursos Generales de Resistencia:

*“Los Recursos Generales de Resistencia (GRR) son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Si una persona tiene este tipo de recursos a su disposición, o los tiene accesibles en su entorno inmediato, tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida. Estos recursos ayudan a las personas a construir experiencias coherentes en la vida. Sin embargo, más allá de poseer estos recursos, lo importante es tener la capacidad para utilizarlos, es decir, poseer lo que Antonovsky llamó Sentido de Coherencia, convirtiéndose dicho concepto en la clave de su teoría”.*

Inicialmente, Antonovsky (1979), en su teoría, diferencia entre recursos de resistencia generalizados y recursos de resistencia específicos (SRR). Mientras que los primeros se pueden aplicar a situaciones de todo tipo, pues se tratan de recursos que ayudan a las personas a dotar de comprensión y estructura a sus existencias, los segundos son importantes para el abordaje de problemas particulares y pueden necesitar un aprendizaje paralelo. Volvemos a las preguntas que Antonovsky se formuló y que fueron claves en la fundación de su teoría:

- ¿Por qué las personas se mantienen saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales?
- ¿Cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades?
- ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?

---

<sup>10</sup> Recursos Generales de Resistencia o también denominados Recursos de Resistencia Generalizados. En inglés la siglas GRR corresponden a *General Resistance Resources*. Estos “comprenden las características de una persona, un grupo o una comunidad que facilitan las habilidades individuales para hacer frente de forma efectiva a los agentes estresores, y que contribuyen a su vez, a incrementar los niveles individuales de SOC” (Antonovsky, 1979, 1987).

Los GRR son precisamente los medios responsables que la persona va a utilizar mediante una conducta activa y la implementación de planes de acción adaptativos para modular y amortiguar las vivencias desestructuradoras. Los mismos medios, además, permiten dar lugar a experiencias positivas y coherentes. Hablamos concretamente de recursos materiales, inteligencia, ego e identidad, autoestima, redes de apoyo sociales, capital cultural, tradiciones, visión de vida, filosofía y espiritualidad, entre otros, son las herramientas que hacen servir las personas para tratar de resolver los problemas representados por dichos agentes (Antonovsky, 1979). Estos recursos de resistencia – que no de afrontamiento- se consideran característicos de las personas y sus propios entornos, pertenecientes a un determinado grupo sociocultural y familiar que les ofrece ciertos tipos de experiencias de vida. Por consiguiente, un déficit de resistencia generalizada ante las crisis de la vida, incluyendo estrés físico y bioquímico, también facilita la aparición de sentimientos de caos y desintegración (Suominen, Helenius, Blomberg, Uutela, Koskenvuo, 1999; Ildan, Eriksson y Al-Yagon, 2017<sup>11</sup>).

En resumen, a la pregunta, ¿Cómo maneja la gente la falta de control sobre sus propias vidas? La respuesta la formuló el autor en términos de GRR y a través del constructo del concepto sentido de coherencia –SOC- (Antonovsky, 1979). Este último pareciese operar a un nivel diferente de los recursos de resistencia, revelándose como un fenómeno relacionado con una forma específica y personal de orientación a la vida.

Lo definió Antonovsky de la siguiente manera (1979):

"Una orientación global que expresa el grado en que una persona tiene un sentimiento omnipresente, perdurable y dinámico de confianza en que los entornos vivenciales internos y externos de uno/ mismo/a son predecibles, y de que existe una alta probabilidad de que las cosas funcionen tan bien como razonablemente quepa esperar."

---

<sup>11</sup> En Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, (2017). The Handbook of Salutogenesis. Springer International Publishing.

El sentido de coherencia permite a las personas reflexionar sobre sus propios recursos internos y externos, identificarlos y movilizarlos cuando emerge la tensión, promover la búsqueda de ayuda para encontrar soluciones y resolver las dificultades de un modo saludable; y a la inversa, la construcción de los GRR propios facilita el manejo operativo de los agentes estresores, que a su vez, permitirá fortalecer el SOC (Antonovsky, 1979, 1987). Un uso óptimo de los GRR da lugar a que las experiencias vitales se conviertan en promotoras de un nivel alto de SOC, una forma de percibir la propia existencia y una capacidad para gestionar exitosamente el infinito número de complejos factores estresantes a los que hay que hacer frente a lo largo de la vida (Geyer, 1997).

No obstante, Antonovsky también consideró otra modalidad de recursos de resistencia que, operando a otro nivel, desarrollaban un papel primordial en el SMH y a los que quiso denominar recursos específicos de resistencia (SRR). “Estos recursos, a menudo suelen ser útiles en situaciones de tensión particulares; por ejemplo: una cierta droga, una línea telefónica de prevención del suicidio, una mirada... pueden ser todos ellos de gran ayuda para hacer frente a un estresor en un momento dado, sin embargo, dependen demasiado de factores azarosos, así como solo parecen resultar efectivos en situaciones muy particulares” (Antonovsky, 1979).

Al valorar algunas de las relaciones que pueden establecerse entre el sentido de coherencia y otros fenómenos –considerándose todos ellos como GRRs-, estudios previos han encontrado relaciones entre el SOC y la salud auto percibida (Pallant y Lae, 2002; Geyer, 1997) y también entre SOC y bienestar subjetivo percibido o calidad de vida (Larsson y Kallenberg, 1996). Otros estudios apuntan a que desde la infancia empiezan a desarrollarse los GRR que, a su vez, posibilitan el fortalecimiento del SOC, siendo así que la escasez de estos recursos conducirá al desarrollo de un bajo SOC (Antonovsky, 1979, 1987; Horsburgh y Ferguson, 2000; Rice, 2012).

En otros estudios se confirma que los apoyos de redes sociales y familiares influyen positivamente en el SOC. Por ejemplo, se observan mejores resultados académicos en estudiantes con adecuados apoyos emocionales por parte del profesorado, familiares y compañeros/as, pero además estos estudiantes se caracterizan por presentar un SOC elevado (Natvig, Hanestad y Samdal, 2006).



También se observó que niveles educativos elevados en los progenitores (Feldt, Kokko, Kinnunen y Pulkkinen, 2005), junto con un elevado estatus-socioeconómico (Gecova, Tavel, van Dijk, Abel y Reijneveld, 2010) y la convivencia con los dos progenitores en la misma unidad familiar (Ayo-Yusuf, Reddy y van den Borne, 2009) contribuían al desarrollo de un SOC elevado. Pero sobre el SOC, la escala que nos permite medirlo y sus propiedades hablaremos en el siguiente capítulo.

Se concluye que, subyacentemente existe una relación interdependiente entre los Recursos Generales de Resistencia y la forma en que los individuos introspeccionamos individualmente, nos articulamos en sociedad (Antonovsky, 1972, 1979, 1987, 1990, 1993, 1996) y como no, integramos nuestro proyecto profesional como filosofía de vida (Forbech Vinje y Mittelmark, 2006). Estos últimos autores explican cómo los complejos factores que se enraízan en la introspección acerca del significado de la vida, contribuyen a la exploración de la sensibilidad, el auto-examen y la auto-conciencia promoviendo la reflexión sobre las circunstancias vitales propias y motivando el deseo de búsqueda de sentido hacia la profesión elegida.

Al menos, y para nuestro estudio, resulta de gran trascendencia profundizar en el conocimiento de este conjunto de variables que pueden modificar el efecto de una situación externa en un individuo, pero sobre todo, conocer estas dimensiones en las personas que ejercen la profesión que ha sido históricamente la de cuidar personas. A modo aclaratorio, debe puntualizarse que la terminología de recursos de resistencia parte del concepto del SMH de Antonovsky y que posteriormente, el Modelo de Activos de Morgan y Ziglio los integra en forma de activos para la salud, abarcando una perspectiva comunitaria y de salud positiva. En el presente estudio hemos considerado que cuando se movilizan los GRR y SRR, se hace uso de los activos.

## *Limitaciones del SMH*

El modelo propuesto por la teoría salutogénica integrada en la praxis como un área de conocimiento, de aprendizaje, pero también de trabajo, ha tratado de explicar en continuas ocasiones que no existe en realidad contradicción entre la aproximación patogénica y la salutogénica. Posiblemente, para que el SMH revierta en un completo

marco significativo en el cual se desarrolle la salud positiva, sea necesario explorar una nueva definición del concepto de salud que contemple los procesos que guían hacia la misma, como se reflexiona en Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, (2017).

Una cuestión certera en referencia a las críticas dirigidas al modelo parte de que la salutogénesis se debiera erigir como la teoría que guiase y nutriese la promoción de la salud -proposición que en su día manifestó Antonovsky-, hecho que sin embargo, no ha ocurrido todavía. Una de las razones argüidas deduce que el SMH no se ha expandido hasta poder incluir la totalidad de los tres procesos de generación y mantenimiento de salud, existiendo una desajustada cobertura del rango biopsicosocial de los seres humanos. Es decir, la penetración efectiva del SMH en la salud pública necesitará integrar la experiencia humana al completo y comprender en profundidad las relaciones entre salutogénesis y patogénesis si pretende convertirse en un modelo sostenible de promoción de la salud.

## Aplicación del Modelo Salutogénico a la Enfermería

*“El modelo salutogénico es útil para todos los campos de la salud. Sin embargo, su uso es particularmente apropiado en el ámbito de la promoción de la salud.”*

*Aaron Antonovsky, 1996*

La idea principal de la orientación salutogénica reside en el esfuerzo por indagar, investigar y actuar en el orden de incluir a todas las personas, desde la enferma terminal al adolescente con un inmejorable estado de salud. Como venimos explicando, es aquí donde reside la principal diferencia con el modelo patogénico, el no tomar como referencia los riesgos y la forma de poder minimizarlos a través de la promoción de la salud asumiendo el compromiso con la medicina preventiva, la cual guía sus acciones hacia las categorías diagnósticas particulares. Contrariamente, la adopción del concepto de promoción de la salud bajo la perspectiva salutogénica nos

obliga a trabajar desde y para la totalidad de la comunidad con todo el abanico de variables que la comprenden, siendo esta realidad de mayor complejidad que la que aborda el modelo biofisiológico.

Las profesionales de la enfermería que atienden a personas, familias, comunidades y grupos de población tienen en la actualidad, el reto de determinar dónde se depositan los elementos positivos en las personas y los entornos en los que desempeñan su actividad diaria. Si planteamos la siguiente cuestión, ¿qué resulta más atractivo escuchar y compartir, las buenas o las malas noticias? de aquí la línea estratégica fundamental de dirigir el enfoque de los planes de atención de enfermería hacia la búsqueda de recursos de salud positiva. Mientras que aquellas personas que trabajan con la orientación patogénica son presionadas para olvidar la complejidad del ser humano, explicaba Antonovsky (1996), los/las promotores/as de salud deben presionar para relatar y recoger todos los aspectos relacionados con la persona (o el colectivo) y ayudarles a que puedan “moverse” fácilmente a través del *continuum* hacia el polo de la salud. De las palabras del autor, se traslada la idea de que debe ser el colectivo enfermero, como principal agente de salud en la comunidad, quien debe integrar el SMH como base conceptual, en la praxis asistencial y en la promoción de la salud. Una guía de conceptos que reflejan la oposición de los dos modelos se muestra en la Tabla 2.2.

Orientación Salutogénica	Orientación Patogénica
Heterostasis	Homeóstasis
<i>Health ease-dis/ease continuum</i> <sup>12</sup>	Dicotomía salud-enfermedad
Historia de la persona	Diagnósticos de enfermedad
Factores saludables	Factores de riesgo
Los agentes estresores: patogénicos, neurales o beneficiosos	Los agentes estresores son patogénicos
Adaptación activa	<i>Magic bullet</i> (solución mágica)
<i>The “deviant” case</i> . El caso “desviado” <sup>13</sup>	Confirmación de la hipótesis

**Tabla 2.2. Resumen de los principales aspectos de las dos orientaciones, salutogénica y patogénica. Antonovsky, 1987.**

<sup>12</sup> Se mantiene el concepto en inglés para que su significado resulte inteligible, pues Antonovsky utiliza el juego de palabras deconstruyendo el término *disease* –enfermedad- y entendiendo *ease* –fácil- como concepto opuesto a la enfermedad.

<sup>13</sup> El caso “desviado” hace referencia a aquellas personas cuya lógica según la orientación patogénica deberían enfermar pero contrariamente, se mantienen saludables.

Entendemos pues, el gran reto al que se enfrentan aquellos/as que se encargaran de prestar los cuidados a la comunidad y promover su salud siguiendo las directrices del modelo de Antonovsky. Imaginemos por ejemplo, con un preciso ejemplo, como una enfermera deberá abordar el inicio de un plan de cuidados: frente a una paciente diagnosticada de cáncer de mama terminal, no podrá ceñirse únicamente al manejo del dolor con tratamiento farmacoterapéutico (lo que lamentablemente se observa en muchas unidades hospitalarias a domicilio), sino que la enfermera se cuestiona el caso desde una perspectiva holística, “¿Que puedo hacer yo como proveedora de cuidados para ayudar a mi paciente a “moverse” – *continuum* salud-enfermedad- hacia un mejor estado de salud dadas sus circunstancias?” La enfermera debe relacionarse con todos los aspectos de la vida de su paciente si pretende abordar con garantías la respuesta a esta cuestión. El ejercicio de prestación de cuidados profesionales y de calidad adopta como referente el rol facilitador, para con ello, permitir que afloren las capacidades de autocuidado de forma natural, acompañando a las personas en todo su proceso de salud, trabajando la motivación, explorando sus valores y dificultades, y fortaleciendo sus recursos para vencerlas. Además, en el plano comunitario, la colaboración entre profesionales y la gente para generar información de salud mediante procesos participativos es una estrategia crucial para abordar el desarrollo en salud (Bhuyan, 2004).

Sullivan (1989) propone que la enfermería es en realidad un GRR, un recurso que proporciona tanto a la comunidad como a nivel individual, la energía, tiempo, dedicación y conocimientos para facilitar el manejo efectivo de la tensión. Al mismo tiempo, el hecho de prestar ayuda frente a un problema particular, como tarea esencial de la enfermería, se entendería como un SRR (Sullivan, 1989).

De este modo (examinando la relación de ayuda enfermera-individuo-comunidad), podríamos decir que la enfermera, al implementar los programas de salud en la comunidad, estableciendo vínculos de confianza con su población y realizando tareas de educación para la salud en global, adopta el rol de proveedora de recursos de resistencia generalizados; mientras que cuando desempeña tareas de cuidados particulares para dar respuesta a un problema concreto, como pudiera ser el alivio del dolor físico (administrando terapia analgésica) o psicológico (a través de

la escucha activa), está ofreciendo a su usuario/a y familia recursos de resistencia específicos.

En la siguiente Tabla 2.3, se muestra de forma comparativa, la aplicación práctica del SMH respecto a las actividades inherentes a la profesión enfermera, en especial en la enfermería comunitaria.

SMH	GRRs	SRRs
En la COMUNIDAD (Antonovsky, 1987)	Determinantes de Salud, el contexto, experiencias de vida, calidad de vida, políticas sanitarias.	Servicios, infraestructuras, instalaciones, zonas recreativas, estructuras, actividades, etc.
En la ENFERMERÍA COMUNITARIA (Sullivan, 1989, Vinje, 2007)	Educación para la salud, implementar planes y programas de salud, establecimiento de vínculos de respeto y confianza con la comunidad.	Aliviar el dolor, ejercer la escucha activa, estar presente, ejercer rol de guía-consejero/a respecto a prácticas de salud, practicar la sensibilidad, mostrar vulnerabilidad.

**Tabla 2.3. Mecanismos clave del SMH en la Enfermería Comunitaria. Colomer, 2017.**

De tal modo que, la movilización de todos estos recursos, conforme demuestra el modelo salutogénico, conlleva implícito un aumento del SOC y por consiguiente, el aumento del bienestar y de la salud, de la siguiente forma:



No existe pues otro enfoque más acertado que este, es decir, englobar de forma satisfactoria en el desarrollo del rol de la enfermería, el conjunto de capacidades destinadas a estimular la relación de ayuda individual como colectiva para mantener la salud y el bienestar de la población. Un enfoque que recordemos, se nutre de ciencias como la medicina social, la salud mental, así como ciencias afines como la sociología, la psicología y en especial las teorías del desarrollo del aprendizaje humanos. Asimismo, es la enfermería como disciplina en general y como colectivo profesional de cuidados, la que recoge cumplidamente los mandatos salutogénicos tanto en su código deontológico como en su corpus de conocimiento – y junto con otros/as agentes de salud- la principal encargada de potenciar y mantener estas capacidades y habilidades (Vinje, 2007).

Por otro lado, otros planteamientos deben también ir incorporándose al código de buenas prácticas enfermero, indagar en mejores métodos que nos permitan identificar dónde están los recursos de esa comunidad concreta sobre la que trabajan, dónde están los factores positivos de las condiciones en las que viven estas personas, y pensar detenidamente –incluso buscando evidencia científica- de qué enferman y mueren. Y si es posible ir más allá, tratar de indagar sobre modos de vida de las personas en su comunidad para identificar los activos clave que generan condiciones de vida y trabajo que resulten seguras, estimulantes, satisfactorias y agradables.

Por consiguiente, la enfermería y especialmente la enfermería comunitaria, trabajando a pie de calle, en los domicilios pero también en las asociaciones y a través de la promoción de salud, tiene un papel relevante en el proceso de desarrollo del potencial de salud de una comunidad.

## Construyendo Comunidades Salutogénicas

*“Debemos mirar a lo que crea salud más que a las limitaciones y causas de la enfermedad.”*

*Aaron Antonovsky, 1987*

Proporcionar salutogénesis a las comunidades significa ayudar a las personas a que encuentren y usen las fortalezas de las que disponen para así poder descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto que pudieran ser desconocidos o infrautilizados. Muchos de los activos principales necesarios para crear las condiciones óptimas de salud se encuentran dentro del contexto social de las vidas de la gente y, por tanto, este tiene el potencial para contribuir a mejorar el estado de salud de las personas y lo más interesante, ayudar a reducir las desigualdades sanitarias. Por tanto, “la relación entre SOC y las relaciones intergrupales deben ser exploradas no solo desde una perspectiva individual, sino también en un contexto supra-sistema” (Sagy y Antonovsky, 2000).

Además, existen algunas evidencias que demuestran que las comunidades mejor cohesionadas y que se caracterizan por la fortaleza de sus vínculos sociales, tienen más probabilidades de mantener y conservar la salud incluso cuando se manifiestan ciertas adversidades (Mana, Benheim y Sagy, 2017)<sup>14</sup>.

El concepto de sentido de coherencia comunitario (*community sense of coherence*, CSOC) emerge cuando, a través de diversas investigaciones, se observa que existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el SOC y las relaciones entre miembros de la misma comunidad (Maass, Lindström y Lillefjell, 2014; Morton y Lurie, 2013). Esta evidencia puede explicarse mediante la conocida relación entre una fuerte conectividad social y el aumento del SOC, así como del

---

<sup>14</sup> En Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. (pp. 391-397). Springer International Publishing.

bienestar comunitario (Vaandrager y Kennedy, 2017). El concepto del CSOC –al igual que el SOC individual, ver capítulo 3- está integrado por tres dimensiones<sup>15</sup>, matizadas en este caso, por el carácter colectivo que le confiere este constructo específico. Así “La *Comprensibilidad comunitaria* se relaciona con la percepción de que la vida en la comunidad es predecible, segura y entiende que el grupo social es un lugar conocido y comprendido. La *Manejabilidad Comunitaria* se relaciona con la percepción de que la comunidad puede ayudar a sus miembros, de que está disponible para ellos y ellas y que puede satisfacer sus demandas y necesidades. Por último, la *Significatividad comunitaria* se relaciona con la percepción de que la comunidad da sentido a sus miembros, ofrece desafíos y es digna de inversión y compromiso (Braun-Lewensohn y Sagy, 2011; Elfassi, Braun-Lewensohn, Krumer-Nevo y Sagy, 2016; Sagy y Antonovsky, 1992). Estos y estas autores/as creen que la idiosincrasia multidisciplinar del SOC permite la adopción de nuevos constructos salutogénicos para dar respuesta a la compleja articulación social y que precisa de una amplia y profunda comprensión del paradigma del SMH. Un reto que la investigación social y antropológica, debe acometer sin dilación.

En esta línea, una buena apuesta para explorar el SOC colectivo, sitúa a la investigación social y de salud basada el enfoque de activos como la mejor opción. En última instancia, lo que se pretende es llegar a impregnar las políticas de salud pública, investigación y práctica de perspectiva salutogénica. Hay autores como Hernán (2011), que explican que “ante la situación de crisis económica europea de los últimos ocho años, sería una buena estrategia desarrollar e implementar el modelo con todas sus posibilidades, pues en última instancia permitiría que los tan limitados recursos se destinasen a las personas más necesitadas. Pues este modelo promueve que las comunidades sean menos dependientes de los servicios sociales y de salud”. Pero para que se ejecute esta implementación, son necesarias políticas de largo recorrido, la apertura a cambios organizativos y culturales para comprender qué fomenta y qué obstaculiza la participación colectiva, la voluntad de compartir el poder

---

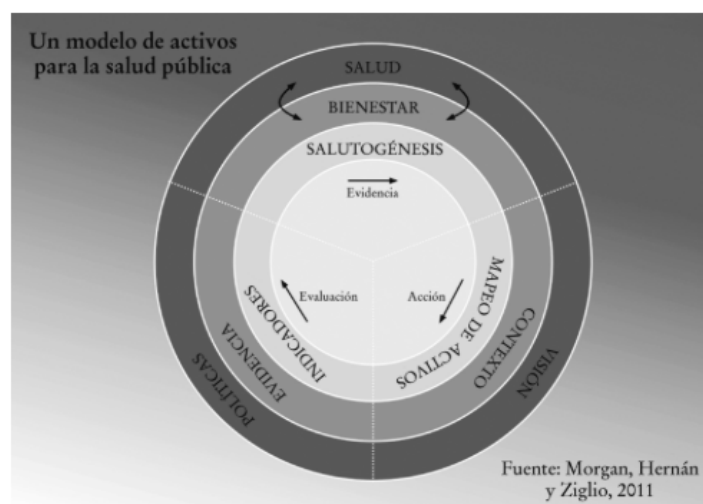
<sup>15</sup> El SOC se compone de tres dimensiones: *Comprensibilidad* (se trata de un componente cognitivo que capacita al sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa frente al mundo), *Manejabilidad* (componente instrumental que muestra la capacidad de manejar la vida) y *Significatividad* (componente motivacional que expresa la capacidad de sentir que algo tiene sentido para uno/a mismo/a y que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar). Morgan y Ziglio, 2007.



entre las autoridades y la comunidad, según proceda, y la promoción de la confianza y el respeto entre todas las personas implicadas. Por lo que compete al estado Español, el Parlamento aprobó en el año 2013 una proposición no de ley que reconoce la adopción del modelo de activos para la salud y la inclusión de la salutogénesis en los Planes Nacionales de Salud y programas de salud, así como el desarrollo de programas formativos dirigidos a profesionales de los ámbitos educativos y sanitarios (Anexo 1, pág. 307). También recoge la sensibilidad hacia la promoción de la confección de mapas de activos para la Salud en coordinación con las comunidades autónomas y administraciones locales, incluidos en los planes locales de salud. Por último, insta al desarrollo de estudios de investigación en relación a la salutogénesis, desde el punto de vista de la sociología, la psicología, la educación y la salud.

Como avanzamos anteriormente, el enfoque de activos -aunque se ha revitalizado en los últimos años- no es nuevo; pionero de la promoción de la salud positiva en la comunidad es el Modelo de los Activos Comunitarios (McKnight y Kretzman, 1993; McKnight, 1995), que se sustenta en una metodología que enfatiza en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y las -ya mencionadas- fortalezas de la comunidad. En un proceso diferente a la práctica de inventariar y diagnosticar las deficiencias de individuos y comunidades, el mapa de activos busca las ventajas manejando metodologías diversas (Botello, Palacio, García, Margolles, Fernández, Hernán, Nieto y Cofiño, 2012; Cofiño, Aviñó, Benedé, Botello, Cubillo, Morgan, Paredes y Hernán, 2016). Este método reconoce que cada comunidad tiene talentos, habilidades, intereses y experiencias que constituyen un valioso patrimonio que puede usarse como valor del contexto.

En el año 2007, Morgan y Ziglio revisan el modelo denominándolo esta vez como Modelo de Activos para la Salud (MAS), en el cual establecen un marco sistemático y conceptual coherente para la aplicación de soluciones para la salud y que se muestra en la Ilustración 2.6. Utiliza un abordaje de la salud pública en tres fases (diagnóstico de factores protectores, mapeo participativo y evaluación) y alienta a una gran variedad de profesionales a cambiar de forma de pensar y actuar a la hora de desarrollar programas de salud.



*Ilustración 2.6. Modelo de Activos de Salud (MAS). Morgan, Hernán y Ziglio, 2007.*

En definitiva, el modelo de activos enfatiza la necesidad de fortalecer las comunidades locales, y es el mapeo de activos el proceso que proporciona empoderamiento a la comunidad y la anima a “sentirse propietarios/as y mantener el control de sus propios esfuerzos y destinos” (McKnight, 1995). Cuando se consiguen identificar los activos clave de una población, se conocen los mecanismos creadores del mantenimiento de la salud de una comunidad; por consiguiente, estos activos tienen el potencial de contribuir a la reducción de las desigualdades en materia de salud. Además, tienen el potencial de revitalizar las bases de la evidencia en salud pública, pudiendo resultar de apoyo para el desarrollo de las políticas públicas, investigaciones y prácticas asistenciales en la comunidad, haciendo repensar el concepto de salud (Morgan y Ziglio, 2007), de forma que:

- Elevan la autoestima y la creatividad de las personas para mejorar y sostener su propia salud.
- Proporcionan mecanismos para asentar las políticas y programas dirigidos a abordar las desigualdades en salud, tomando en consideración los atributos positivos ya existentes en los mismos individuos y en la comunidad.
- Mejoran la eficacia de las organizaciones al contribuir a la globalidad del bienestar de las comunidades a las que sirven.

## *Mapping health assets. Mapa de activos para la salud*

Puesto que las estrategias salutogénicas de promoción de la salud precisan de metodologías que -previo a una intervención- deben mapear los activos en salud de una comunidad, las profesionales de la enfermería especializadas en enfermería comunitaria deben conocer y manejar las técnicas cualitativas útiles para instrumentar las estrategias incipientes de participación social e investigación de acción (Botello, Palacio, García, Margolles, Fernández, Hernán, Nieto y Cofiño, 2012). Mediante el desarrollo de estas metodologías se permite avanzar en el conocimiento de la materia y mejorar la instrumentación de los trabajos.

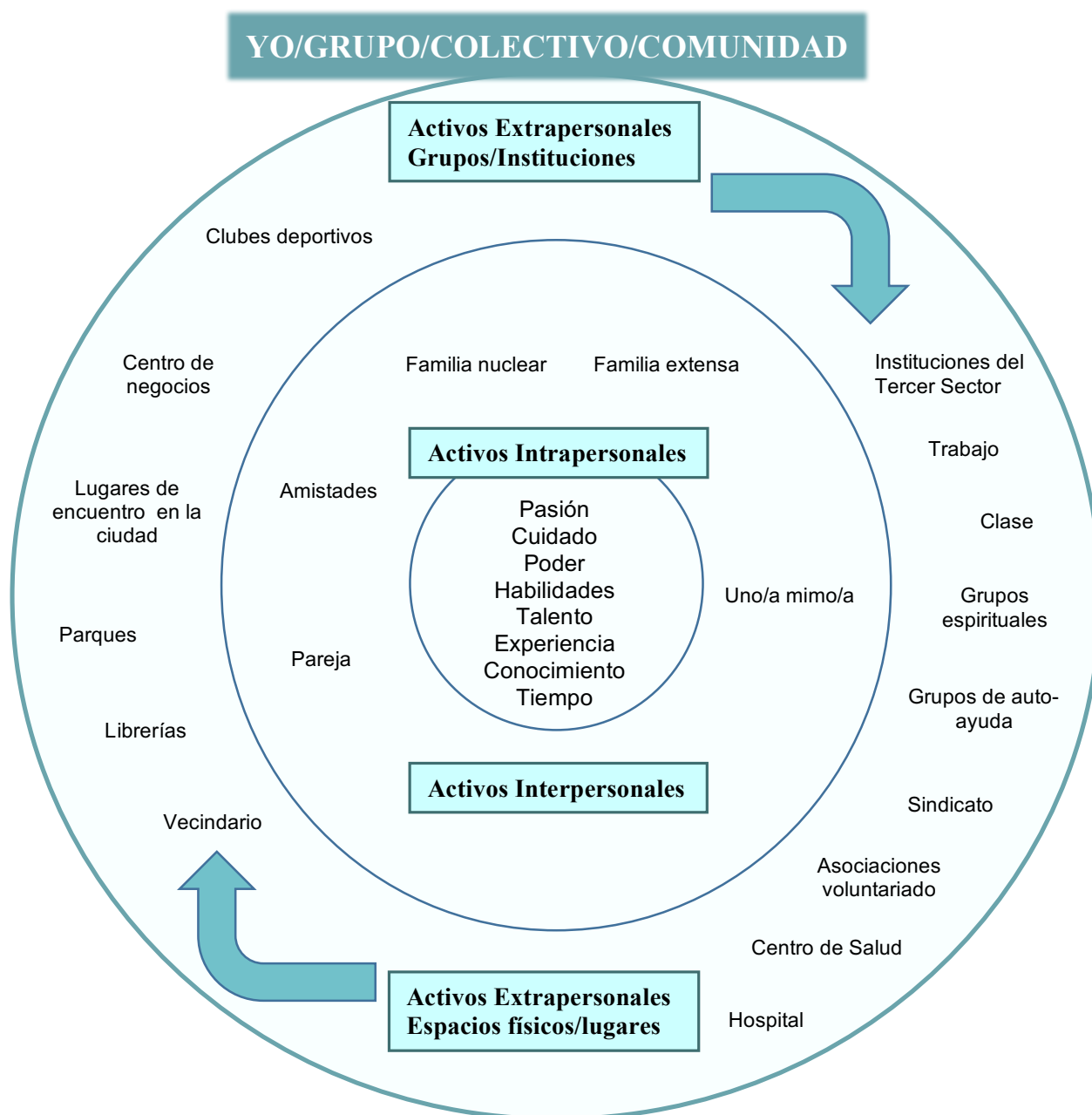
A continuación describimos brevemente las fases que comprende un proceso de investigación en patrimonio de salud de una comunidad y como se realiza la descripción de los recursos salutogénicos de las comunidades.

- 👤 1. Presentación a los agentes locales: se definen como las personas de referencia de la comunidad. Su rol las hace ser personas clave y que ayudan a liderar el proceso de mapeo.
- 👤 2. Delimitación del mapeo: se trata de la planificación del mismo, definir variables, la zona donde se va a realizar, tamaño de población, que recursos se pretenden valorar, etc.
- 👤 3. Trabajo inicial con los agentes del entorno: presentación conjunta y definición de roles, actividades y tareas. Es el momento de trabajar en grupo la propuesta o proyecto.
- 👤 4. Trabajo de campo en la comunidad: precisa de profesionales o de gente con experiencia en desarrollo comunitario, pues las técnicas para explorar el patrimonio de salud son específicas e inherentes a la participación comunitaria. Enumeramos algunas, cómo pueden ser los grupos de discusión, tertulias de café, entrevistas en profundidad... en resumen, son técnicas metodológicas que en antropología deben adoptar una actitud de investigación denominada

de observación participante, mediante la cual, el profesional interviene para recoger la información tal cuál se da y sin contaminar las exposiciones, conversaciones y aportaciones.

- 🏠 5. Recopilación, codificación y difusión de la información: cómo indica el enunciado, la información se codifica y clasifica con el fin de asegurar su óptima recuperación. Muy importante es el diseño de la estrategia de difusión, siendo prioritaria la creación de herramientas 2.0 de gratuita accesibilidad. Se sumarán también mecanismos de difusión clásicos como las reuniones, foros, charlas y publicaciones en papel.

La metodología descrita no pretende ser una herramienta de firme cumplimentación, más bien ofrece el espacio y la flexibilidad consustancial al hecho de trabajar con la comunidad; este hecho brinda la oportunidad de fluir entre las expectativas y demandas de la misma que pueden ir surgiendo durante el desarrollo del proceso. Pero ya que sabemos que es factible generar el mapa de activos sustentados en las potencialidades y los intereses de la comunidad, resulta tarea primordial incorporar a nuestra forma de pensar en salud pública estos métodos que nos permitan identificar dónde están los recursos de esta comunidad concreta, dónde están los factores positivos de la macroestructura en la que viven estas personas, entender de qué y cómo viven las personas en la comunidad donde desempeña su actividad profesional la enfermería comunitaria (McKnight y Kretzman, 1993). Como subrayan estos autores, los procesos de realización de mapas de activos de comunidades donde se describen los recursos existentes, ayudan a iniciar una transformación que moviliza totalmente a las comunidades para que usen sus activos en torno a una visión y un plan para solucionar sus propios problemas.



**Ilustración 2.7. Propuesta de marco conceptual de mapeo de activos (mapping assets).**  
Colomer, 2017. Basada en la idea de P21 Partnership for 21st century learning.

En cuanto a la categorización de los activos para su mapeo, deben identificarse como mínimo los activos internos o intrapersonales, los relacionales o interpersonales, los grupales, locales, asociativos, organizacionales, culturales, económicos y del entorno, tal como se muestran en la Ilustración 2.7. Todos ellos,

operando a diferentes niveles, nos aportan información que debe ser interpretada de forma conjunta y atendiendo a sus sinergias. De este modo, inicialmente se parte de una primera clasificación para definir, por un lado, la búsqueda de factores internos -inherentes a la persona- y posteriormente, los externos en diferentes grados de “proximidad” al individuo (Lindström y Eriksson, 2005, 2006). Así encontramos:

- ☰ Factores de influencia en la propia salud y generadores de bienestar que tienen que ver con uno/a mismo/a como individuo y con la propia introspección. También denominados factores **intrapersonales**.
  
- ☰ Factores de influencia en la propia salud y generadores de bienestar que tienen que ver con el entorno social y físico más próximo y sobre todo, basados en el aspecto relacional y generador de vínculos con otras personas. También denominados factores **interpersonales** o de grupo.
  
- ☰ Factores de influencia en la propia salud y generadores de bienestar que tienen que ver con el entorno más amplio, social, físico e incluso político. También denominados factores **extrapersonales** o sociales.

Recordemos que un activo para la salud puede definirse como cualquier factor (o recurso), que mejora la capacidad de individuos, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar y para ayudar a reducir las desigualdades en salud. Consiguientemente, los *health assets* pueden operar a nivel del individuo, grupo, comunidad y/o población como factores protectores (o promotores) para amortiguar las tensiones de la vida. Es posible identificar los bienes que promueven/protegen la salud de todos los dominios de determinantes de la salud incluyendo nuestras dotaciones genéticas, circunstancias sociales, condiciones ambientales, opciones de comportamiento y servicios de salud. Un inventario de los activos de salud y desarrollo incluiría como mínimo los niveles individuales, comunitarios, organizacionales y político-institucionales (Morgan y Ziglio, 2007).

En referencia a los recursos internos, Naess (1987) describió un modelo basado en el valor de la “calidad de vida interior”, la cual define como concepto equivalente a bienestar mental. Según el autor, la calidad de vida interior aumenta cuando el individuo está activo, tiene buenas relaciones interpersonales, tiene autoestima y está alegre por defecto” (Naess, 1987). Este trabajo influyó a Kajandi (1981), quien afirma que “a pesar de todo, el ser humano es un ser social y que vive en un contexto social por razones más complejas que la propia supervivencia”. El desarrollo del modelo inicial de calidad de vida de Naess, se amplía hacia cuatro esferas de la vida: la esfera global, la externa, la interpersonal y la intrapersonal. Todos los componentes referidos pueden adaptarse universalmente a cualquier contexto humano, es decir, toda persona tiene una dimensión física, mental y espiritual que representa la esfera intrapersonal. Pero además, este hecho se experimenta con una estrecha vinculación a un contexto de relaciones sociales y de apoyo que son, por un lado la esfera interpersonal -que de nuevo tiene un contexto socioeconómico-, y la esfera externa o extrapersonal con todas las dimensiones agrupacionales que comprende (Kajandi, 1981).

Finalmente, existe un nivel *macro* que incluye a una sociedad y su cultura en un contexto geofísico, es decir, en un nivel global determinado por los recursos ecológicos, sociales y políticos y en el que se exploran dimensiones como son la cultura, los Derechos Humanos y las políticas de prosperidad (Lindström, 1994).

Para el estudio que nos atañe, se ha confeccionado una nueva categorización para la descripción de los activos de salud en estudiantes de TCAE en la Comunidad Valenciana (2017), basada en los modelos citados anteriormente, ajustándola a la información que se decidió investigar y que pertinentemente se requirió en la administración de los cuestionarios. Esta propuesta se describe metodológicamente en el capítulo 6.

Para finalizar el abordaje teórico de las estrategias de acción para promocionar una comunidad salutogénica, debemos atender a la que será la última fase de todo proceso, la evaluación. Cabe decir que, además, el Modelo de Activos para la Salud proporciona marcos de evaluación posteriores más completos y de mayor calidad que otros modelos, pues se centra en la necesidad de utilizar enfoques para el desarrollo de la salud basados en la misma comunidad; en ello reconoce que las evaluaciones

deben articular el proceso, el impacto y la experiencia, puesto que pretende comprender todos los factores que inciden en la salud de dicha comunidad. Es muy importante en esta fase la correcta selección de indicadores que reflejen verdaderamente las nociones positivas sobre salud y bienestar. Será pues la definición de éxito no estrictamente valorada por los criterios de resultado habituales, sino por posibles objetivos de cambio y otros estándares adicionales que posean relevancia para los agentes sociales y comunitarios.

Como última reflexión, debe ponerse en valor la relación existente entre la adquisición de activos para la salud y el sentido de coherencia como variables –si no directamente proporcionales en el sentido estricto- que sí se influyen y retroalimentan mutuamente. Así como también es de vital importancia impulsar investigaciones en las cuales el sentido de coherencia sea tratado como variable dependiente. Por otro lado, el modelo de activos establece que cuantas más posibilidades tenga alguien a lo largo de la vida de experimentar y acumular efectos positivos establecidos por dichos activos, mayores serán sus posibilidades a la hora de gestionar de forma efectiva su salud (Lindström y Eriksson, 2005, 2006, 2010, 2011).

Por todo ello, los futuros estudios deben dar un salto a la exploración de la linealidad entre el sentido de coherencia y la salud a través de intervenciones (Kivimäki, Feldt, Vahtera y Nurmi, 2000). Pues en última instancia, aquello que interesa precisarse es en qué grado las personas que posean un mayor sentido de coherencia son más capaces de tomar las decisiones correctas en términos de salud y de enfrentarse eficazmente a las situaciones adversas de su existencia.





*“El sentido de coherencia determina como las personas ven el mundo con todas sus experiencias vitales”*

*Aaron Antonovsky.*

## Introducción

En este capítulo se explica el marco teórico que fundamenta el instrumento protagonista del presente estudio, el Sentido de Coherencia (*Sense of Coherence* o SOC en inglés). Escala que procede de la originaria *Cuestionario de Orientación a la Vida* (*Orientation to Life Questionnaire* u OLQ en inglés) compuesta por 29 ítems.

En 1987, Antonovsky hizo una revisión del OLQ-29 y construyó la denominada OLQ-13, o mejor conocida como *SOC Scale*, la cual demostró tener las mismas propiedades y cualidades psicométricas que su antecesora.

Desde entonces, la *Escala del SOC-13* es la elegida prioritariamente en investigación. La escala SOC se ha extendido al menos por 32 países, se ha traducido a 33 idiomas y se han llegado a utilizar 15 versiones diferentes del cuestionario.

## Sentido de Coherencia

Antonovsky engloba el sentido de coherencia dentro de su modelo salutogénico, como hemos avanzado anteriormente, en él toma una visión dinámica del bienestar humano y se centra en explorar el origen de la salud en lugar de explicar las causas de la enfermedad.

En el 1979 nos encontramos con la primera definición que formuló el autor:

*“A global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring, though dynamic, feeling of confidence that the stimuli deriving from one’s internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; the resources are available to meet the demands posed by these stimuli; and these demands are challenges, worthy of investment and engagement.”*

“Una orientación global que expresa el grado en el que uno/a tiene el sentimiento de confianza profundo generalizado, permanente y estable - aunque también dinámico-, de que los estímulos provenientes tanto del medio interno como externo son estructurados, predecibles y explicables; los recursos disponibles están al alcance de las demandas que plantean los estímulos; estas demandas son un reto, en las que merece la pena invertir esfuerzo y compromiso.”

Además, añadiría Antonovsky, que el ser humano percibe una alta probabilidad de que las “cosas” resulten tan bien como “razonablemente esperamos”.

En este sentido, posteriormente Antonovsky (1987) propugna que el principio básico de la existencia humana no es el equilibrio y la salud, sino el desequilibrio, la enfermedad y el sufrimiento pues los organismos humanos tienden a perder su estructura organizada. De esta manera, la salud está siendo continuamente recreada. Desde entonces, su propósito de estudio será intentar entender esa capacidad humana tan diversa para reordenar de nuevo la estructuración perdida.

El modelo factorial del SOC<sup>16</sup>, pretende medir una orientación global de la personalidad que facilita la solución de problemas de forma adaptativa. Este representa la capacidad de que dispone la persona para percibir el significado del mundo que le rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno. El sentido de coherencia “no se entiende como un ‘sentido’ en sí, más bien es un constructo afectivo-cognitivo de percepción y valoración personal y del entorno en el que viven las personas. Se puede comprender como posición fundamental y actitud básica de una persona hacia sí misma, hacia su entorno y hacia la vida y el mundo” (Antonovsky, 1979, 1987).

Por tanto, el SOC puede entenderse como una visión de la vida centrada en resolver los problemas y que refleja la capacidad de las personas para enfrentarse a los estresores psicológicos y sociales (Lindström y Eriksson, 2005).

El concepto se construye a partir de los siguientes componentes principales que caracterizan los comportamientos en salud de las personas:

1. la *comprensión* de lo que acontece,
2. la visión de las propias habilidades para *manejarlo* y
3. la capacidad de convertir lo que se hace en satisfactorio y con *significado* para la vida (Antonovsky 1987, 1996).

Según el autor, el SOC es más que un concepto, es una forma de ver el mundo y a nosotros dentro de él, una tendencia disposicional relativamente estable que conduce a evaluar las circunstancias de la vida como significativas, predecibles y manejables.

En la futuras formulaciones, el concepto adquiere matices para dar mejor encaje a las dimensiones intrínsecas, de modo que:

---

<sup>16</sup> Sentido de Coherencia, *Sense of Coherence* en inglés.

“(…) los estímulos derivados de los medios interno y externo en el curso de la vida son comprensibles, estructurados, predecibles y explicables (comprensibilidad); uno/a dispone de recursos para satisfacer las exigencias de estos estímulos, los recursos son manejables y están disponibles con respecto a las demandas que el individuo se va a encontrar derivadas de estos estímulos (manejabilidad); y esas demandas son retos, con significado, dignos de implicarse y comprometerse (comprensibilidad).”

En 1990, Antonovsky sugiere que el tradicional concepto de rasgo de personalidad implica una tendencia a definir el comportamiento como algo estable, mientras que el sentido de coherencia, como “orientación general a la vida”, implica una capacidad variable de respuesta a los agentes estresores, a través de actuaciones flexibles. Por tanto, el sentido de coherencia resulta una fuerza unificadora que incorpora todos los rasgos individuales de la personalidad y los organiza en un marco estructurado que ya hemos citado, la orientación general a la vida.

Precisamente, identifica que la capacidad de resistir conecta con la base de su modelo salutogénico; la Resistencia o resiliencia (Luthar y Zigler, 1991; Lindström, 2005) entendida como respuesta a los retos del ambiente. Interesante es la relación detectada entre la resiliencia de las personas y el orgullo, por ejemplo, de sus tradiciones, la autoestima, la auto-eficacia, y los bajos niveles de estrés, pero más aún de la existencia de una serie de recursos sociales que contribuyen a la resiliencia, como el sentimiento de apoyo, cuidado, actitud y ejemplo que brinda la familia, amistades y la misma comunidad (McCubbin, 1994; Hansson, Cederblad, Lichtenstein, Reiss, Pedersen y Belderhiser, 2008; Eriksson y Lindström, 2011; Fossion, Leys, Vandeleur, Kempnaers, Braun y Verbanck, 2015).

Desde aquí, la herramienta que desarrolla el autor para realizar esta compleja exploración, se fundamenta en los Recursos Generales de Resistencia y el sentido de coherencia. En cuanto a los primeros, como ya introdujimos en el capítulo anterior, entendemos los factores biológicos, materiales y psicosociales como los conceptos principales que los conforman.

Sin embargo, el concepto clave de su teoría reside en la posibilidad personal de construcción de experiencias coherentes en la vida, es decir, en la posesión de un sentido de coherencia y una orientación hacia la vida (*OLQ*). Este concepto puede ser medible mediante la aplicación y posterior análisis del cuestionario que el autor diseñó y desarrolló rigurosamente.

En definitiva, un SOC elevado se sucede cuando la persona experimenta y disfruta de un nivel de bienestar físico y mental alto y refiere una sensación de cohesión y congruencia en relación a la propia vida (Antonovsky, 1996; Kickbusch, 1996).

## Dimensiones del SOC

El constructo es multidimensional, pues el test se encuentra compuesto por tres componentes clave, tres variables relacionadas teórica y empíricamente (Antonovsky 1979, 1987, 1991, 1993), (Erikson y Lindstöm, 2005). De acuerdo con las definiciones elaboradas por el autor, el SOC actúa como mediador frente a los estresores de la vida a través de interacciones sinérgicas entre los tres componentes que lo conforman. Los dos primeros ya aparecen en citas en el año 1979, pero el último, que hace referencia a la significatividad, se incorpora más tarde al modelo; siendo posteriormente este elemento, el más estudiado de los tres (Antonovsky, 1991). Estos son:

### *Comprensibilidad*

- *Comprehensibility*. Es considerado el componente cognitivo del constructo; la convicción de que un problema puede ser claro, comprensible y estructurado - opuesto a caótico- pudiéndose entender los hechos que lo acontecen. Los individuos con su comprensibilidad perciben los estímulos a los que se enfrentan dotándolos de un marco cognitivo y considerado la información como ordenada, consistente, estable, predecible, estructurada y clara en lugar de caótica, desordenada, azarosa, accidental o impredecible. Hace referencia a la sensación de comprender lo que sucede. Aumenta las expectativas y la capacidad de una persona para asimilar y modificar experiencias y sucesos. Este componente capacita a la persona para aportar conductas adaptativas y realistas a la vida y una actitud flexible a los cambios futuros.

Para el autor, la comprensibilidad subyace en un proceso inconsciente que la persona utiliza para dar sentido a los estímulos e interacciones con su entorno.

## *Manejabilidad*

- *Manageability*. Describe la extensión de las creencias y confianza básicas de una persona, los propios recursos para hacer frente a los desafíos vitales; recursos que están a disposición propia bien estén bajo su control o también bajo el control de otros. Esta dimensión la contempla el componente instrumental, conductual o comportamental del constructo. La persona tiene el sentimiento de poder afrontar los retos de la vida, se trata de un sentimiento cognitivo-emocional y está relacionado con la autoeficacia y la competencia. De esta manera incluye una visión positiva de la vida en general.

Dijo Antonovsky (1987) sobre la dimensión de manejabilidad, que se trata de una percepción individual de que uno/a mismo/a dispone de los recursos adecuados para las demandas vitales y que este hecho se traduce mediante un proceso consciente.

## *Significatividad*

- *Meaningfulness*. Comprende la sensación de que la vida propia tiene un significado y merece la pena invertir tiempo y energía en los problemas que surgen; capacidad para convertir lo que se hace en satisfactorio, valioso y significativo para la propia vida. Concretamente se refiere al valor que el sujeto otorga a lo que le sucede, independientemente de la forma en que ocurra. Se relaciona con el sentimiento de que la vida vale la pena, que los retos que son significativos y dignos de nuestro compromiso, merecen todos los esfuerzos. La persona considera que tiene un significado y un propósito. Una elevada significatividad es síntoma de una visión comprometida en ciertas áreas de la vida en las que resulta valioso invertir tiempo y esfuerzo, ya que las demandas a las que se enfrenta la persona son consideradas como retos dignos. Tiene un carácter fundamentalmente emocional y es considerada, por tanto, la dimensión motivacional. En la medida en que una persona puntúe alto en esta



dimensión, difícilmente encontrará su vida, y por extensión su trabajo y otras parcelas vitales, como poco provechosas o insignificantes.

Resumiendo, y en palabras de Antonovsky (1987), esta dimensión se conceptualiza como un proceso personal consciente en el cual se le dota de significado a la vida desde un posicionamiento emocional.

Del análisis de los múltiples estudios que han utilizado el SOC como instrumento de medida, se deduce que el cómputo global es ampliamente explicativo a través de los tres elementos que lo integran, pero escasamente predictivo en función del índice global obtenido a partir de la media de estos. Por ello, suele ser recomendable y apropiado el uso de las tres dimensiones por separado según con que fenómenos se desee correlacionar. En el presente estudio hemos seguido esta directriz y se han trabajado los resultados tanto de forma global (SOC total) como por los resultados parciales de cada dimensión (SOC Comprensibilidad, SOC Manejabilidad y SOC Significatividad ).

Respecto a la estabilidad del constructo a lo largo de la vida de las personas, según Antonovsky el SOC empieza a mostrar signos de estabilidad en la etapa pre-adolescente y tiende a permanecer estable especialmente después de los 30 años (Antonovsky, 1987, 1991; Torsheim, Aaroe y Wold, 2001), aunque pueden ocurrir algunas transformaciones después de esta edad. Sin embargo, la hipótesis no se ha podido confirmar en estudios posteriores en los que se concluye que la estabilidad del SOC no es mayor en personas mayores de 30 años que en menores de esta edad (Hakanen, Feldt y Leskinen, 2007). Lo que sí está claro, es que en el desarrollo del grado de SOC individual interfieren diferentes factores, desde los intrínsecamente relacionados con las experiencias de vida como las influencias del contexto social, cultural e histórico.

En otros estudios se ha reflejado que el SOC es más estable entre las personas que lo puntúan alto en comparación con las que tienen un bajo SOC (Antonovsky, 1987; Antonovsky, 1991; Hakanen, Feldt y Leskinen, 2007) pero no todos los resultados van en esta dirección apareciendo datos contradictorios respecto a esta cuestión (Karlsson, Berglin y Larsson, 2000). Se ha observado que los eventos

estresantes influyen en la estabilidad del nivel de SOC, por lo que el nivel de SOC puede ser influenciado y es sensible de intervención (Volanen, Souminen, Lahelma, Koskenvuo y Silventoinen, 2007).

Según Antonovsky, el SOC se puede relacionar con diferentes factores. En 1987 explica el autor “que las personas con un fuerte SOC manifiestan asimismo una elevada autoestima, una habilidad para solucionar problemas y refieren una alegría vital en términos genéricos”. En 1991, también afirma que “existe cierta semejanza entre el sentido de coherencia y los conceptos de firmeza, autoeficacia y locus de control interno”. Estos cuatro conceptos -que él denominó las cuatro fuerzas salutogénicas- comparten una serie de aspectos: en lugar de preguntarse sobre los factores patógenos y los fracasos en el afrontamiento que conducen a la enfermedad, se centran en la explicación de la resolución con éxito frente a los agentes estresores y en cómo explicar el mantenimiento o la vuelta a la salud.

Finalmente, otro aspecto a considerar es la viabilidad de realizar un punto de corte en la escala mediante la cual categorizar puntuaciones altas y bajas para definir a partir de cuál de ellas un individuo puede estar “protegido” de la aparición de malestar. Tampoco nunca Antonovsky especificó ningún nivel “normal” de SOC (Vinje, Langeland y Bull, 2017)<sup>17</sup>. Además, tomándose este criterio en consideración, se debería tener en cuenta las consecuencias y efectos negativos que podrían acontecerse del hecho de etiquetar a una persona con un nivel bajo de SOC y el estigma que tal hecho podría suponerle.

---

<sup>17</sup> En Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, (2017). The Handbook of Salutogenesis (pp. 25-40). Springer International Publishing.

## Validaciones transculturales y propiedades del cuestionario

En este punto se resumen los principales hallazgos respecto al comportamiento del cuestionario de orientación a la vida OLQ-13, también llamado SOC, así como sus propiedades intrínsecas. Para ello analizamos las diferentes validaciones que se han realizado hasta el momento en diferentes poblaciones, de aquí que el constructo haya sido definido por su carácter universal, trascendiendo a la clase social, al género, a la religión o a la cultura (Antonovsky, 1996; Eriksson y Lindström, 2005; Geyer, 1997).

El SOC como instrumento se define por tener un marcado carácter transcultural y transituacional. De esta forma, representa la capacidad que posee un individuo para percibir el significado del mundo que lo rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno propio. Siendo así que en diferentes situaciones, culturas e incluso momentos pueden ocasionar la búsqueda de diferentes recursos generales de resistencia. Además, hay que recordar que el SOC no hace referencia a un rasgo de personalidad ni tampoco a formas específicas de afrontamiento. Contrariamente, en cualquier sociedad, comunidad y en cualquier individuo existen factores que confieren la base para confrontar exitosamente los estresores, independientemente de la idiosincrasia de estos factores. Y por tanto, la persona con niveles de SOC elevados conocerá, diagnosticará los estresores, los hará comprensibles, manejables y significativos, de forma que seleccionará el estilo de afrontamiento más idóneo para cada situación concreta.

Es de nuevo Geyer (1997) quien cuestiona la visión demasiado asumida del SOC como una actitud personal, adoptada por clases sociales con posiciones privilegiadas y con oportunidades para la toma de decisiones, pues más bien, el SOC se considera un conjunto de competencias cognitivas que determinan la percepción que tiene un individuo de su entorno, entendiendo las demandas externas como retos que interpreta como factibles para ser abordados (Antonovsky, 1987). También ha

sido referido como un sentido de mirar o confrontar la propia vida y el medio ambiente con la capacidad de hacer frente a los factores de estrés que acontecen en la vida (Togari, Sato, Otemori, Yonekura, Yokoyama, Kimura, Tanaka y Yamazaki, 2012).

Antonovsky utilizó una técnica de mapeo consistente en cinco grandes ejes para la construcción de su escala. Los cinco aspectos se basaron en la modalidad del estímulo (instrumental, cognitivo o afectivo), su origen (interno, externo o ambos), la naturaleza de la demanda que plantea (concreta, difusa o abstracta), la referencia temporal del estímulo (pasado, presente o futuro) y, por último, el elemento del SOC al que hace referencia (comprensibilidad, manejabilidad o significatividad). Cada ítem fue construido, de forma sistemática, de acuerdo con las distintas combinaciones de cada una de los cuatro primeros ejes en combinación con cada uno de los elementos del SOC.

Originalmente, se diseñó el cuestionario con 29 ítems (OLQ-29) y después se introdujo la versión abreviada de 13 ítems (13-item SOC Scale, SOC-13, o también OLQ-13), (Antonovsky, 1993). Posteriormente se han publicado al menos, 15 versiones de esta escala (Olsson, Hansson, Lundblad y Ceberland, 2006). El sentido de coherencia, a través de la administración del cuestionario abreviado de 13 ítems como instrumento de medida, ha sido analizado en al menos 32 países diferentes y en 33 idiomas y se descubrieron buenos resultados en su comportamiento en todos estos diversos contextos socio-culturales -y también profesionales-, lo cual es indicio de su aplicabilidad en diferentes culturas y comunidades (Eriksson y Lindström, 2005, 2006).

La cultura estadounidense, la sociedad tailandesa, china o japonesa, pasando por las europeas y la sudafricana han trabajado con el SOC. Pero hay más indicios de experimentación con el cuestionario, pues una reciente actualización (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, 2017) ha mostrado que otras 16 lenguas más han utilizado el SOC en los últimos años, concretamente son las siguientes: albanés (Roth y Ekblad, 2006), croata (Singer y Brähler, 2007), portugués (Bonanato, Paiva, Pordeus, Ramos-Jorge, Barbabela y Allison, 2009), húngaro (Biro, Balajti, Adany y Kosa, 2010), coreano (Han, Lee, Park, Park, Kim y Kangh, 2007), lingala, lengua Bantu hablada en ciertas partes de África (Pham, Vink, Kinkodi y Weinstein, 2010), persa y swahili (Rohani, Khanjari, Abedi, Oskouie y Langius- Eklöf,

2010), también ha sido usado con otras lenguas locales de África, Afar, Bilein, Hidareb, gente Kunama, Nara, Saho, Tigre y Tigrinya (Almedom, Tesfamichael, Mohammed, Mascie-Taylor y Alemu, 2007)<sup>18</sup>.

Por todo lo descrito, el SOC-13 ha demostrado sobradamente su confianza y validez en lenguas y contextos socioculturales diferentes. (Ilustración 3.1).

Respecto a la fiabilidad y la consistencia interna, muchos estudios han mostrado que la escala SOC tiene una adecuada fiabilidad sobre la base de su consistencia interna, medida a través del índice de fiabilidad de Cronbach (Antonovsky, 1993). Se puede observar que los valores alfa de consistencia interna de 26 estudios que usaron el SOC-29 estuvieron en el intervalo de .89 a .95. En una revisión sistemática más actualizada, realizada con estudios publicados hasta el 2003, se recogieron 76 investigaciones que usaron el SOC-29, entre las cuales 40 de ellas reportaron un índice de fiabilidad de .90 o superior, 32 con índices entre .80 y .99 y 4 con índices entre .70 y .79. En ningún caso se encontraron índices por debajo de .70 (Eriksson y Lindström, 2005).



**Ilustración 3.1. Distribución de los estudios que han utilizado el Sense of Coherence Scale 1992-2015 en un contexto global. Eriksson & Mittelmark, 2017.**

<sup>18</sup> Toda esta bibliografía específica se encuentra referenciada en Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes (2017). The handbook of salutogenesis. Springer Open, Heidelberg.

En cuanto a las evidencias de validez referidas al contenido, el análisis post-hoc que se le aplicó a la escala sugirió buenos indicadores de validez aparente, ya que la escala era suficientemente representativa de la construcción teórica de la que provenía (Antonovsky, 1993).

Por la parte que nos afecta, la validación del instrumento en la versión de 29 ítems fue traducida y validada por primera vez en una muestra española de 161 alumnos de una escuela de adultos (Moreno, Alonso y Álvarez, 1997). Ya en este estudio la escala demostró una fiabilidad adecuada (alfa de Cronbach=0.83); extrayendo los 13 ítems de la versión abreviada, la fiabilidad resultó de .82. Además, se observaron correlaciones negativas significativas entre el SOC y las puntuaciones en escalas de síntomas físicos y psicológicos ( $R=-0.28$  a  $-0.46$ ;  $p < 0,001$ ), siendo el puntaje total de la muestra comprendida entre 13 y 91 puntos. Es diez años después, cuando se valida la escala de 13 ítems de forma exclusiva para una población anciana del estado español de más de 70 años, obteniéndose una fiabilidad similar (alfa de Cronbach=0.80), (Virués-Ortega, Martínez-Martín, del Barrio y Lozano, 2007). Años más tarde se aborda nuevamente por vez primera, un análisis psicométrico de la escala SOC-29 en una muestra española. Este estudio concreto -que presentaba una rigurosidad metodológica elevada-, abordó las propiedades psicométricas en la etapa adolescente con una muestra constituida por 7580 estudiantes entre 13 y 18 años, presentando uno de los índices de fiabilidad más elevados para una modalidad reducida del SOC-29 (alfa de Cronbach=0.822). Como conclusiones, se dedujeron unas modestas propiedades psicométricas que podrían ser explicada por las deficiencias estructurales del cuestionario, lo que planteó la necesidad de diseñar nuevas versiones del cuestionario que abordasen el sentido de coherencia y que superasen las deficiencias encontradas en la versión original (Rivera, López, Ramos y Rodríguez, 2013). Mucho más recientemente ha sido validada una muestra de 508 estudiantes universitarios en Navarra, presentando en esta ocasión una fiabilidad también semejante a todas las anteriores (alfa de Cronbach=0.814) con un índice de confianza del 95% (Lizarbe-Chocarro, Guillén-Grima, Aguinaga-Ontoso y Canga Armayor, 2016).

Como hemos dicho, entre las variedades que presenta el OLQ, en nuestro estudio atendimos el instrumento que contempla los 13 ítems, de los cuales, 5 hacen

referencia a la comprensibilidad, 4 a la manejabilidad y 4 a la significatividad. Las respuestas ofrecen un continuum de grado de acuerdo al desacuerdo en 7 opciones de respuesta que van del "Nunca", "Rara vez", hasta "Muy a menudo" o "Siempre" dependiendo de la cuestión que se pregunta.

Cabe decir que para el presente estudio, y tras haber sido testado el cuestionario previamente mediante una prueba piloto de la presente investigación (Colomer, Paredes, Chover, 2016)<sup>19</sup>, se detectaron algunas dificultades de comprensión para las personas entrevistadas en algunos ítems y que se detallan en el Capítulo 6. De este modo, en aras de búsqueda de una mayor simplicidad y a fin de obtener los diferenciales semánticos relacionados con las preguntas originales, los ítems que generaban confusión fueron reemplazados por palabras y estructuras sinónimas que representan una dimensión análoga a la del cuestionario original.

---

<sup>19</sup> Pérez, N. C. Sentido de Coherencia y Nivel de Autocuidados en estudiantes de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Sense of Coherence and Appraisal of Self-care Agency Scale in Nursing Assistant students. *LIBRO DE ACTAS*, 136.

## Relación entre SOC y salud

El principal descubrimiento del modelo es que el sentido de coherencia correlaciona con la salud percibida y con la calidad de vida percibida. Ciertamente, los vínculos entre el sentido de coherencia y la salud y el bienestar emergen en la evidencia científica entre los más de mil artículos empíricos que se han centrado en la función y predicción del SOC y que a su vez, han estudiado estas relaciones en diferentes poblaciones, demostrando que el sentido de coherencia es una variable asociada con resultados de salud en muestras clínicas y no clínicas.

La primera afirmación al respecto la recoge Antonovsky (1984) al afirmar que cuanto más fuerte es el SOC en una persona, más capaz será de mantener -e incluso mejorar- su posición en el continuum salud-enfermedad.

Un SOC elevado se asocia con una buena salud auto-referida (especialmente la mental) y protege de la ansiedad, la depresión, manejo del estrés, agotamiento y desesperanza, además de síntomas físicos (Antonovsky, 1993; Eriksson y Lindström, 2005, 2007; Antonovsky y Sagy, 2001; Badura-Brzoza, Matysiakiewicz, Piegza, Rycerski y Hese, 2008; Berstein y Carmel, 1987, 1991; Bowman, 1996; Carmel y Berstein, 1989; Flannery, Perry, Penk y Flannery, 1994; Frommberger, Stielgitz, Straub, Nyberg, Schlickewei, Kuner y Berger, 1999; Geyer, 1997; Gilbar, 1998; Karlsson, Berglin y Larsson, 2000; McSherry y Holm, 1994; Seltzer, 1994; Moreno, Alonso y Álvarez, 1997; Olsson, Hansson, Lundblad y Cederblad, 2006; Pallant y Lae, 2002; Rennemark y Hagberg, 1999; Schnyder, Buechi, Sensky y Klaghofer, 2000; von Bothmer y Fridlund, 2003).

Como ejemplos referentes en investigaciones con estudiantes de enfermería, cabe mencionar un estudio en el que se encontraron fuertes correlaciones inversas entre elevados SOC con rasgos de ansiedad en procesos de exámenes y estudio (Flannery, Perry, Penk y Flannery, 1994). Asimismo, en una muestra de 300 estudiantes de enfermería de la ciudad de Philadelphia y New Jersey se midió el sentido de coherencia mediante el instrumento SOC-29 para relacionarlo con la salud



auto-referida (*self-appraisal health*) aceptándose la hipótesis de que un SOC elevado correlaciona positivamente con una mejor salud percibida (Seltzer, 1994).

También se ha encontrado una fuerte asociación entre el sentido de coherencia y quejas subjetivas referentes a salud: un SOC bajo en personas de 18 años se vio fuertemente correlacionado con la percepción de problemas de salud mental, uso de servicios de salud mental, excesivo consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, así como el riesgo de suicidio (Torsheim, Aaroe y Wold, 2001; Ristkari, Sourander, Ronning y Helenius, 2006). Como último ejemplo de estudio reciente y, cercano en términos culturales, encontramos la muestra de 508 estudiantes de la universidad de Navarra encuestados con el SOC y preguntas sobre autopercepción de salud, confirmándose una relación muy significativa entre estas variables, obteniendo una diferencia de más de 5 puntos en el SOC total entre los individuos que referían una autopercepción de la salud buena de los que la sentían mala (Lizarbe-Chocarro, Guillén-Grima, Aguinaga-Ontoso y Canga Armayor, 2016).

El vínculo entre el SOC y la buena salud y ajuste psicológico también ha sido ampliamente estudiado. Se han reportado correlaciones positivas entre el sentido de coherencia y el bienestar general (Anson, Paran, Newman y Chernichovsky, 1993) y el bienestar psicológico (Mullen, Smith y Hill, 1994). Igualmente, personas con alto SOC han mostrado menor presencia de malestares psicosomáticos y de síntomas depresivos (Flannery, Perry, Penk y Flannery, 1994; Langius, Bjorvell y Antonovsky, 1992; Nyamathi, 1991). Incluso en circunstancias de alto estrés, aquellas personas con un nivel alto de SOC experimentan menos síntomas físicos producidos por ese estrés (Korotkov y Hannah, 1994).

Concluyen Erikson y Linsdtröm, en su revisión sistemática publicada en el 2005, que el SOC ha sido examinado en relación con el SF-36 en su versión reducida (instrumento usado frecuentemente para medir la salud mental y física), y de estas investigaciones se deduce que la relación con el componente físico es más débil que con el componente mental. Concretamente, explican los autores que existe una relación fuerte con factores que miden la salud mental como son el optimismo, resistencia, aprendizaje de la creatividad, locus de control, autoestima, autoeficacia, aceptación de la discapacidad, y habilidades sociales. Asimismo, el SOC está fuerte

y negativamente asociado con ansiedad, rabia, sentirse quemado, desmoralización, hostilidad, desesperanza, depresión, estrés percibido y estrés postraumático. Argumentan también que, al igual que sucede en personas adultas, los estudios han mostrado los mismos resultados en la infancia y la adolescencia. Cuanto mejor es la salud percibida, mayor es la puntuación en SOC y simultáneamente, menores son las quejas sobre la salud subjetiva, es decir, con un componente psicosomático.

Otras relaciones encontradas entre las puntuaciones del SOC y una percepción de la salud referida como exigua, fueron descritas en la población suiza (Nilsson, Holmgren y Westman, 2000), en la cual los hombres que puntuaban peor en SOC tenían doble riesgo de verbalizar una salud percibida deficiente. En el estudio británico llevado a cabo por Surtees, Wainwright, Luben, Khaw y Day (2003), los resultados descritos afirmaron que un SOC fuerte estaba asociado con una reducción de la mortalidad (en todas sus causas) de hasta un 30%.

Pero todavía existen más hallazgos que revelaron los efectos del SOC sobre las diferentes dimensiones de la salud. Parece ser que también el SOC es predictor de la buena salud, como mínimo entre las personas que muestran niveles altos en el cuestionario, pues la predicción en las puntuaciones moderadas y bajas no está totalmente clara y necesita de una aclaración más exhaustiva. En este sentido, se demostró una alta predictibilidad desde una perspectiva tanto a corto, como a largo plazo (de meses a años), prediciendo el agotamiento y desgaste y la discapacidad (Suominen, Helenius, Blomberg, Uutela y Koskenvu, 2001). Se concluye en estos estudios que el SOC es un buen recurso para promover la resiliencia y el desarrollo de un estado de salud subjetivo considerado como positivo. La importancia de este hallazgo reside en afirmar que un nivel elevado de SOC está directamente relacionado con el mantenimiento de un estado de salud mental positivo.

Estas fuertes correlaciones entre el SOC y los determinantes de la salud mental, especialmente los relacionados con las emociones positivas y los opuestos a las afectividades negativas, nos arroja la pregunta de si es el SOC un concepto paralelo a la salud mental. Como mínimo sí se puede afirmar que es significativo que una persona con un fuerte SOC hace frente a las situaciones estresantes y mantiene cierto bienestar de forma más adaptativa y gratificante que otra que posee un SOC bajo.

Con toda esta evidencia, se puede afirmar que el sentido de coherencia se revela como un fenómeno importante de estudio para la predicción de la salud percibida por los individuos. De hecho, el énfasis en el análisis del desarrollo de un SOC fuerte es interesante como línea de investigación, pues este resulta crucial en términos de mantenimiento y promoción de la salud. Confirma en términos generales, que la teoría salutogénica es un excepcional recurso de promoción de la salud que mejora la resiliencia y desarrolla un estado subjetivo positivo de salud física y mental, calidad de vida y bienestar. Por tanto, el SOC es un constructo muy próximo a los conceptos entendidos como salud mental y bienestar mental pero no es exactamente lo mismo.

A modo de conclusión del capítulo, podemos afirmar que el instrumento OLQ-13, también conocido como SOC-13, hace referencia a una actitud duradera que integran las personas; mide cómo estas ven la vida y como en situaciones estresantes identifican, usan y reutilizan sus Recursos Generales de Resistencia -también llamados activos para la salud- con el objetivo de mantener y desarrollar su salud. Se trata por consiguiente, de un instrumento válido, fiable y de óptima aplicación cultural para medir la salud auto-referida.



# AUTOCUIDADO, CONDUCTAS SALUDABLES Y SOC

---

# 4

*“La enfermería debe pensar y actuar bajo el prisma del autocuidado como punto focal”*

*Dorothea Orem, 1991*

## Introducción

Se estima que entre el 65 y el 85% de los cuidados de salud en el mundo son proveídos de forma individual o por la familia, sin intervención profesional (Bhuyan, 2004). Constituyen actividades relacionadas con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su tratamiento, manejo crónico de la enfermedad y rehabilitación. El autocuidado es una conducta humana y la capacidad personal para proveer este tipo de cuidado se ha llevado a la investigación en múltiples ocasiones; por esta razón, desde la disciplina enfermera su medición siempre ha sido sujeto de interés.

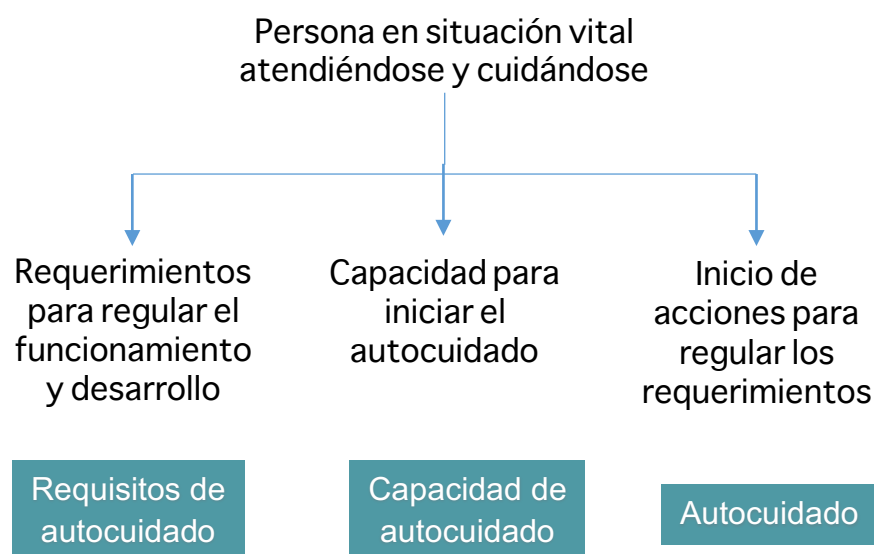
El capítulo que nos ocupa comprende la revisión de la literatura acerca del segundo instrumento utilizado en este estudio: la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado (*Appraisal of Self-care Agency Scale*), sus orígenes, su aportación a la ciencia enfermera, así como el motivo de relacionarlo con el objeto de la investigación e introducirlo en nuestra muestra particular. Seguidamente, se describen las propiedades de la escala, las validaciones y los resultados de algunas investigaciones.

La segunda parte acomete un aspecto primordial, se describe la evidencia hasta el momento en cuanto a los autocuidados en los profesionales de enfermería y el instrumento protagonista que recoge dicha información para este estudio, el SOC.

# La Capacidad de Autocuidado, un instrumento de valoración de conductas de salud

## *The Appraisal of Self-care Agency*

El autocuidado es una conducta humana, un comportamiento social y cultural aprendido que tiene las características de acción intencionada; este se produce cuando las personas dedican tiempo y destinan acciones para cuidarse a sí mismas e influyen en los factores internos y externos de las situaciones vitales para regular su propio funcionamiento y desarrollo interno. (Orem, 1993; Taylor, Geden, Isaramalai y Wongvatunya, 2000). No constituyendo propiamente una actividad básica de la vida diaria, el autocuidado forma parte de la vida de forma implícita. En palabras de Cavanagh (1993), el autocuidado “es un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones y de este modo, poder elegir el curso de acción apropiado”. Estas actividades que guían hacia la toma de decisiones y hábitos saludables, son aprendidas y están condicionadas por diversos factores, que pueden ser modificables como la cultura, o no modificables como la edad.



*Ilustración 4.1. Elementos de la Teoría del Autocuidado. Johnson, 2002.*

El constructo conceptual denominado *Sef-Care Agency* nace enmarcado en la Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem (1993), la cual integra a su vez la Teoría del déficit de autocuidado (1991). Estas establecen que la habilidad para ocuparse del autocuidado se conceptualiza en forma y contenido como una habilidad humana de complejo desarrollo, a la que denominó capacidad de autocuidado. Esta capacita a personas adultas y adolescentes en etapas maduras para darse cuenta y entender los factores que deben controlar; también para saber gestionar la regulación de su funcionamiento y desarrollo, así como la habilidad para decidir y llevar a cabo las pertinentes medidas de autocuidado. La anterior Ilustración 4.1 resume en forma de algoritmo las secuencias de la estructura del proceso de autocuidarse, empezando por discernir cuáles son los requisitos<sup>20</sup> necesarios, buscándolos y formulándolos, seguido por la capacidad para poder realizar el autocuidado (las acciones que deberán ser tomadas para regular los requisitos y la toma de decisiones sobre ellas) y finalizando con la ejecución de las mismas.

El cuidado integral que propugna la teoría se conceptualiza en un modelo teórico que sitúa a la enfermería -y el rol que ejerce- como pilar fundamental, cuya meta según Orem, es ayudar a las personas a que puedan conseguir el máximo grado de estado de salud. Por consiguiente, las enfermeras deben pensar y actuar bajo el prisma del auto-cuidado como punto focal.

Una cuestión interesante que expande el Modelo de Orem es la relación entre persona, ambiente, salud y enfermería. Por descontado, la persona se sitúa como eje integrador del conjunto, funcionando e interaccionando biológica, simbólica y culturalmente. Entiende que es la persona, en última instancia, bajo la toma de sus decisiones y en base a su elección, la responsable de mantener la salud y el bienestar propio y de las familias, comprometiéndose eso sí, con el autocuidado. Sin embargo, efectivamente los factores ambientales suponen una de las condiciones esenciales que afectan a las habilidades de las personas para elegir y aceptar este compromiso.

---

<sup>20</sup> Como requisito de autocuidado se entiende aquel propósito general o las metas a alcanzar a través de gestionar y acometer el autocuidado. Los requisitos son el resultado deseado de la actuación consciente de llevar a cabo las tareas de autocuidado. Orem (1993), define tres tipos de requisitos: universales (imprescindibles para preservar y mantener el funcionamiento integral como persona), de desarrollo (procesos que afectan al desarrollo humano) y de trastornos de salud (relacionados con incapacidad, traumatismo, diagnóstico y tratamiento médico que implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida).

En esta línea, Orem define cuales son los factores condicionantes básicos que lo determinan: edad, género, estado de salud, orientación sociocultural, sistema de cuidados de la salud y recursos disponibles y adecuados. Todos ellos afectan a la forma en que los requisitos de autocuidado son detectados y buscados por las personas.

Basada en la primigenia definición de la *Self-care Agency* elaborada por la *Nursing Development Conference Group* (NDCG, 1979), el constructo quedó constituido por dos componentes basados en la capacidad de comprometerse a la implementación de dos tipos específicos de acciones, estas son las Intervenciones de Autocuidado (*Self-care Operations*) Estimativas y Productivas, a las que se les suman una tercera categoría, las Intervenciones Transicionales.

Intervenciones de Autocuidado ( <i>Self-care Operations</i> )	
Intervenciones Estimativas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indagación de las condiciones internas y externas de los factores ambientales significativos para el autocuidado.</li> <li>2. Investigación del significado de estas condiciones y factores y su regulación para la vida, la salud y el bienestar.</li> <li>3. Formulación de las preguntas: ¿Cómo las condiciones existentes pueden mantenerse o cambiarse?</li> </ol>
Intervenciones Transicionales	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Determinación de qué tipo de autocuidado debe seguirse.</li> <li>5. Decisión sobre qué hay que hacer al respecto de ese autocuidado.</li> </ol>
Intervenciones Productivas	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Preparación de las condiciones ambientales y materiales para llevar a cabo la regulación de la acción de autocuidado.</li> <li>7. Desarrollar la acción regulatoria en un periodo de tiempo dado.</li> <li>8. Monitorizar la evidencia de los efectos deseados o adversos.</li> <li>9. Determinación de la idoneidad de los resultados de la regulación.</li> <li>10. Decisión de continuar o cesar la acción estimativa o la reguladora.</li> </ol>

**Tabla 4.1. Intervenciones Estimativas, Transicionales y Productivas de Autocuidado. NDCG, 1979.**



La anterior Tabla 4.1 clasifica y explicita los tres tipos de Intervenciones de autocuidado. Respecto a las de tipo estimativo, la forma de ejecutarlas comprende la investigación, la consulta y la pregunta: qué se debe hacer para ejercer el autocuidado de calidad. En relación con las Intervenciones Productivas, la forma de abordarlas se fundamenta en la actuación por regulación: como se pueden mantener ciertas condiciones o bien cambiarlas de raíz. De este modo, la forma como se conceptualiza la capacidad de autocuidado es concebida a través de un conjunto de capacidades-habilidades humanas para una acción específica y consciente. La interrelación entre los dos componentes es fluida y el movimiento de la indagación a la regulación es bidireccional, dando lugar a la generación de un conjunto de Intervenciones Transicionales y que se hallan, como su nombre indica, en fases intermedias de planificación entre el diagnóstico y la acción. Entre estas últimas también se integra la posibilidad de que la persona, al no poder ejecutar dichas acciones y encontrar dificultades para cuidarse por sí misma, contempla la decisión de buscar ayuda en su núcleo familiar o redes sociales para cubrir la demanda terapéutica de autocuidado y el desarrollo de su potencialidad de autocuidado.

La capacidad para ejercer acciones de autocuidado se empieza a desarrollar en la infancia, adquiere un grado de perfección en la edad adulta y empieza a declinar cuando se avanza en edad (NDCG, 1979). La *Self-care Agency* de cada persona se va desarrollando a lo largo de la vida, en el transcurso del día a día y mediante los procesos de aprendizaje implícitos y explícitos. Esta evolución se alimenta de la curiosidad intelectual, la formación y supervisión de agentes externos y por el contraste con la experiencia propia por la cual se toman las medidas de autocuidado. Las habilidades individuales se describen en términos de implementación, operatividad e idoneidad; los dos primeros conceptos hacen referencia a las características cuantitativas de la dimensión del cuidado, mientras que la tercera tiene una connotación eminentemente cualitativa. Consiguientemente, se asume que las personas deciden deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad aprendida y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

Entre las investigaciones que has estudiado las relaciones entre la capacidad de autocuidado y las acciones de autocuidado, un estudio realizado con una muestra de 414 jóvenes estudiantes concluyó en sus resultados que existe una relación fuertemente significativa de predicción del primer concepto sobre el segundo (Moore, 1993). Craddock, Adams, Usui y Mitchell (1999) encontraron que existían relaciones entre los dos conceptos para una población de mujeres adultas en tratamiento con quimioterapia para el cáncer de mama. Asimismo, Hart (1995), determinó que la capacidad de autocuidado tenía un efecto directo y positivo sobre las acciones de autocuidado de mujeres embarazadas.

No existe por tanto ninguna ambigüedad, la realización del autocuidado requiere de una acción intencionada y calculada, la que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de la persona y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. No obstante, las personas pueden elegir la no-acción, es decir, pueden decidir no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria, por razones que pueden incluir la ansiedad, temor, o tomar en consideración otras prioridades.

Como último apunte respecto al marco conceptual del constructo, es importante remarcar que la capacidad para el autocuidado, la implementación de comportamientos de promoción de la salud, se desarrolla a lo largo de la vida y no solo cuando se producen problemas de salud. El objetivo de la *Self-care Agency*, en última instancia, es promover la salud y el bienestar, pero también prevenir y saber gestionar la enfermedad.

Para finalizar, cabe decir que de acuerdo a la intención de introducir la medición de esta potencialidad en nuestra muestra de estudio, el interés surgió al tiempo de la revisión de la literatura. A través de la lectura de investigaciones previas, se encontraron relaciones significativas positivas entre el *ASA-Scale* y otros conceptos como la resiliencia (Johnson, 2002) y el estado de salud (Gast, Denyes, Campbell, Hartweg, Schott-Baer e Isenberg, 1989). Estas especificidades cobran relevancia tomando en consideración el conjunto de la investigación, pues nuestro objeto de

estudio es explorar las relaciones entre la capacidad de autocuidado y el sentido de coherencia, muy relacionado a su vez, con la resiliencia.

## *Desarrollo de la escala ASA*

El *ASA-Scale*, se desarrolló como un esfuerzo compartido del departamento de ciencias de la enfermería de la Universidad de Limburg, Países Bajos, y de la Wayne State University, Detroit, Michigan, EEUU (Evers, Isenberg, Philipsen, Brouns, Halfens y Smeets, 1986). El proyecto surgió en Julio del 1984 y el cuestionario se consideró que cumplía requisitos para ser testeado en agosto del 1985. El propósito se fundamentaba en la creación de un instrumento que pudiera ser aplicado de forma general a adultos mayores de 18 años, que se encontrasen en diversos estados de salud y que pudiera servir para testar la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

En total, se han desarrollado seis instrumentos para medir el constructo que han sido testados en diferentes poblaciones en el área de la promoción de la salud y en el manejo de enfermedades crónicas (Kerney y Fleischer, 1979; Denyes, 1980; Evers, Isenberg, Philipsen, Brouns, Halfens y Smeets, 1986; Whetstone y Olow Hansson, 1989; Ward-Griffin y Bramwell, 1990; Geden y Taylor, 1991; Achterberg, Lorensen, Isenberg, Evers, Levin y Philipsen, 1991; Lorensen, Holter, Evers, Isenberg y Van Achterberg, 1993; Brown, 1996; West e Isenberg, 1997; Sonninen, 1997; Baiardi, 1997; Morgan, 1998; Gallegos, 1998; Halfens, Alphen, Hasman, Philipsen, 1999; Jaarsma, Halfens, Tan, Abu-Saad, Dracup, Diederiks, Heart y Lung, 2000; Söderhamn y Cliffordson, 2001; Johnson, 2002; Fok, Alexander, Wog, McFayden, 2002; Rivera, 2006; Manrique, Fernández y Velandia, 2009; Sousa, Zauszniewski, Bergquist, Musil, Neese y Ala'a, 2010; Damásio y Koller, 2013; Stacciarini, Santos, Pace, 2013; Çiftçi, Yildirim, Sahin y Gülçin, 2015).

La bibliografía demuestra que la escala ASA ha sido traducida a varios idiomas, en países de Europa, Asia oriental y en Latinoamérica con sus respectivas validaciones, que han permitido la comparación transcultural y así identificar

conocimientos culturalmente específicos.

La escala consta de 24 ítems desarrollados en una escala *Likert* con cinco alternativas siendo el 1 “Totalmente en desacuerdo” que coincide con el valor más bajo de capacidad de autocuidado, y el 5 “Totalmente de acuerdo” el más alto. Cada individuo puede obtener un rango de puntaje real de 24 a 120 puntos. En los estudios transculturales se han revelado propiedades psicométricas aceptables en poblaciones de Holanda, Alemania, Noruega, Suiza, México, China y Colombia, entre otras. Inicialmente, la validez de constructo de la escala ASA fue estudiada por Evers e Isenberg (1986), la validez externa se demostró con grupos muestrales de diferentes países con características similares en cuantos a sus capacidades de autocuidado quienes obtuvieron medias semejantes al responder la escala. La fiabilidad del instrumento reportada se encontraba entre .70 y .82 en casi la totalidad de los estudios, pero en los más recientes ha aumentado reportando coeficientes con un rango entre .80 a .85, incluso se observa un alfa de Cronbach de .89 (Sousa, Zauszniewski, Bergquist, Musil, Neese y Ala’a, 2010). Por todo ellos se confirma que el *ASA-Scale* es un instrumento fiable y válido.

Originariamente, la traducción de la *Self-care Agency-Scale* al castellano se llevó a cabo por traductores profesionales en México (Gallegos, 1998) – además fue revisada por un experto en lengua española a fin de corregir la estructura gramatical y semántica, en la cual los ítems 4, 6, 13 y 16 fueron reescritos a una forma más simple, directa y gramaticalmente correcta. Una segunda validación transcultural de semejante impacto se realizó con pacientes del Hospital de Tunjuelito, Bogotá, (Manrique, Fernández y Velandia, 2009), la cual concluyó sostener el uso de la escala ASA en español para Colombia por ser un instrumento consistente y fiable.

No obstante, para la introducción del cuestionario en nuestra población de estudio se valoró la incorporación de pequeñas modificaciones léxicas. Cuando se realizó la adaptación semántica de esta escala para nuestra investigación<sup>21</sup> al mismo tiempo surgió un conflicto respecto a la traducción del nombre originario *Appraisal of*

---

<sup>21</sup> En el capítulo 6 de metodología, se explica las adaptaciones que se hicieron de algunos ítems al contexto lingüístico y cultural de la muestra para facilitar la inteligibilidad del mismo tras comprobar, mediante un estudio piloto, que ciertas preguntas producían cierta confusión y duda entre la población participante inicial.

*Self-care Agency Scale*, que es importante detenerse a aclarar. Las principales validaciones del cuestionario al castellano, como hemos explicado, se hicieron en países latinoamericanos. Fue en estos trabajos en los cuales se realizó por primera vez la traducción de los ítems y del concepto *Self-care Agency*. Para las variantes dialectales del español americano, concretamente el andino y el mexicano, el término *Agency* adquiere una connotación semejante a la semántica originaria en inglés. En el *ASA-Scale*, *agency* es utilizado en el sentido de *ability* (Evers, 1989; Evers y van Gorcum, 1990)<sup>22</sup> y la persona que ejerce este poder es referida como *Self-care Agent*. Por tanto, *agency* significa precisamente esto, capacidad, habilidad e incluso empoderamiento. Curiosamente, en las variantes dialectales que se mencionan existe la traducción literal de “agencia”, la cual mantiene el mismo significado que en la lengua inglesa; entiéndase la unidad léxica “agencia” como la capacidad de las personas para definir sus propias metas y actuar de acuerdo a ellas (Ibrahim y Alkire, 2007).

Desafortunadamente, no ocurre lo mismo para los dialectos del castellano hablado en España. La *Real Academia Española* contempla siete acepciones del término “agencia”, no teniendo ninguna de ellas vinculación alguna con el concepto de capacidad o empoderamiento. Por todo ello, se consideró preferible no mantener la traducción literal del nombre del cuestionario empleada por las validaciones latinoamericanas de la escala, asumiendo la opción que proponemos como la más clarificadora y ajustada a nuestro contexto lingüístico. De este modo, para el presente estudio, la referencia al cuestionario es considerada como “Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado”, siendo la “Capacidad de Autocuidado” el constructo medido.

---

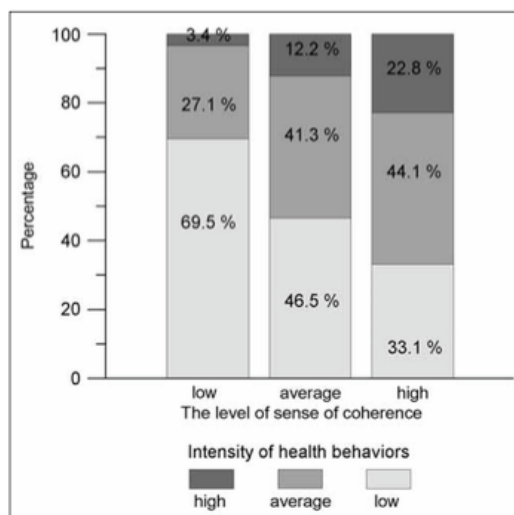
<sup>22</sup> Evers G. (1989). Appraisal of Self-care Agency: ASA-scale. *Doctoral Dissertation*. (en pág. 20).

## Relación entre SOC y autocuidados

El hecho de que la Teoría del Autocuidado de Orem se afiance en décadas de estudio gracias a la implantación del modelo en las bases epistemológicas e históricas de la ciencia enfermera y el poder de atracción investigadora que supone para todo el colectivo, desafortunadamente no podemos ser tan optimistas respecto a la evidencia científica para las formas de medir el autocuidado. Ni la amplia variedad de instrumentos ni las potencialidades de los mismos parece que hayan estimulado la investigación por vías cuantitativas del constructo que estamos tratando, siendo más bien los abordajes cualitativos los preferidos por los equipos de trabajo a la hora de evaluar los cuidados.

Debido a esta desventaja de la que partimos, no se halla investigación en exceso acerca de las relaciones entre la capacidad de autocuidado y otros constructos o variables de interés. Aspectos que ayudarían a deshilar la complejidad a las que están sometidas las habilidades y capacidades de autocuidado, a determinar y conocer mejor los factores que la median, la facilitan o la inhiben. Estos hechos incrementaron la necesidad y el interés de la investigadora por tratar de relacionar los resultados de la medición del ASA con el instrumento protagonista del estudio, el SOC. Ciertamente sí se ha encontrado evidencia sobre como el sentido de coherencia interfiere en los comportamientos de salud referidos (Binkowska-Bury y Januszewicz, 2010). En esta muestra de 555 estudiantes universitarios en Polonia se relacionó el sentido de coherencia con las conductas pro-saludables, de los cuales el 48.9% se caracterizaron por presentar una baja intensidad en conductas favorecedoras de salud, mientras que el 38.4% se encontraban entre conductas medias y el 12.7% declararon ejercer comportamientos favorecedores de su salud de alta intensidad ( $p < 0.001$ ). El trabajo demuestra que las personas que puntuaban niveles de sentido de coherencia más alto también referían ejercer actividades positivas para favorecer su salud en mayor grado que las que presentaban SOC más bajos.

En la Ilustración 4.2 se muestra un gráfico del estudio con porcentajes relacionando niveles de SOC y rangos de intensidad de conductas de salud.



**Ilustración 4.2. Niveles de sentido de coherencia e intensidad de comportamientos saludables de acuerdo a la escala Inventory of Health Behaviours.**

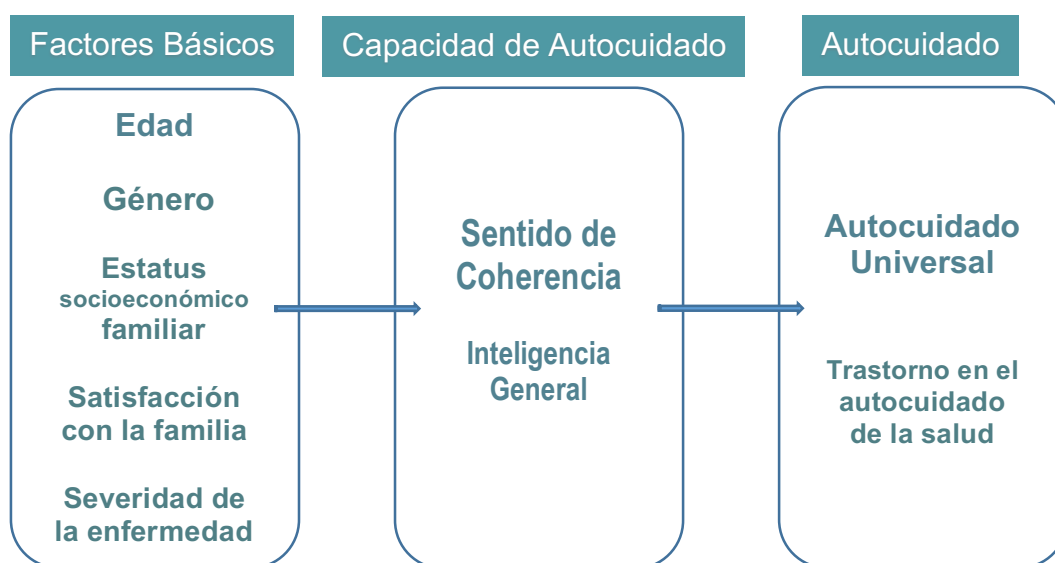
*Binkowska-Bury y Januszewicz, 2010.*

Además se observó también que, entre el alumnado de las diferentes titulaciones que componían la muestra, los/las estudiantes de ciencias de la salud se caracterizaban por presentar un nivel de conductas pro-saludables sensiblemente mayor que en el resto de titulaciones (humanidades y ciencias en general), refiriendo adoptar hábitos de alimentación correctos, conductas profilácticas y actitudes positivas hacia la salud. De estos resultados se deduce que el SOC correlaciona positivamente con la tendencia respecto a poner en práctica comportamientos pro-saludables: a mayores niveles de sentido de coherencia, mayor es la tendencia, y en estudiantes de ramas profesionales de la salud este porcentaje aumenta.

Otros estudios en poblaciones de profesionales de enfermería, han referido como se relaciona el sentido de coherencia con el indicador de mantenimiento de la salud (medido por el cuestionario SF-36<sup>23</sup>), siendo el SOC un amortiguador contra el estrés laboral, sin haber podido resolver cual es el impacto del constructo sobre este mantenimiento del estado de salud (Tebandeke, 2008).

<sup>23</sup> El SF-36 es un cuestionario de salud utilizado en investigaciones médicas, de salud mental y en general, en investigaciones relacionadas con la salud. Ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona con la ventaja de que es fácil y rápido de implementar, a la vez que también es sencillo de evaluar. Extraído de: "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection" Ware y Sherbourne, 1992.

Entre otras investigaciones que hacen referencia específica a la relación entre el sentido de coherencia y el concepto de autocuidado, se encuentra el trabajo de Baker y Denyes, 2008, para una muestra de pacientes adolescentes en condiciones de enfermedad crónica y con un análisis estadístico de regresión múltiple. En el mismo ya se advierte que en la revisión de la literatura existen escasos estudios que traten de observar el impacto del SOC en la adherencia al autocuidado, no obstante se concluye que existen predictores de la capacidad de autocuidado y que se clasifican en un doble orden, las condiciones básicas por un lado y el sentido de coherencia -que se situaría en una segunda estructura- por otro. El 3% de la variación de la dimensión del Trastorno en el autocuidado de la salud (*Health Deviation Self-care*) de la Teoría de Orem, se explicaba debido a los valores en el sentido de coherencia. El 35% de la variación en el SOC se debió a dos variables: la fuerte cohesión familiar y el estatus socioeconómico elevado de los adolescentes, quienes referían, a su vez, niveles de SOC más elevados y mejor capacidad para efectuar operaciones de autocuidado. Los resultados se extrapolaban a la potencialidad del SOC como predictor de la disposición a la capacidad de autocuidado universal, representado este primer instrumento, el 67% de la variación en el ASA. De esta investigación surgió un diseño de un modelo explicativo de los factores predictores del SOC y de la capacidad de autocuidado, que se muestra en la Ilustración 4.3.



**Ilustración 4.3. Modelo Teórico de predicción de la capacidad de autocuidado y del Autocuidado.** Baker y Denyes, 2008.



Aunque algunos estudios no confirmen la hipótesis de que el sentido de coherencia está relacionado con altas tasas de adherencia al autocuidado o a la auto-gestión de la salud (Corless, Nicholas, Wantland, McInerney, Ncama, Bhengu, 2006), otros estudios sí que reportaron una correlación positiva evidenciada en el campo del VIH, en el cual, se observó que pacientes menos adherentes obtuvieron una puntuación menor en el sentido de coherencia (Cederfjall, Langius-Eklof, Lidman y Wredling, 2002). También se encontró una relación significativa entre la buena adherencia y puntuaciones más altas de sentido de coherencia en relación con la hipertensión (Nabi, Vahtera, Singh-Manoux, Pentti, Oksanen y Gimeno, 2008), así como en la enfermedad diabetes tipo 1 y tipo 2 (Cohen y Kanter, 2004). Por otra parte, se encontró que el sentido de coherencia repercute positivamente en la motivación de uno mismo, en pacientes con VIH (Södergård, Halvarsson, Sönnnerborg, Tully y Kettis, 2016) y pacientes que necesitan asistir a un programa de rehabilitación cardíaca después del infarto (Breuer y Etienne, 2001).

Finalmente, si se pretende observar el sentido de coherencia en relación a comportamientos de salud generales, encontramos también evidencia científica que la sustenta. Un estudio prospectivo de seguimiento de cohortes en Finlandia evidenció que un fuerte sentido de coherencia en adolescentes de 15 años estaba asociado significativamente con una mejor competencia social y menos consumo de alcohol y tabaco (Mattila, Rautava, Honkinen, Ojanlatva, Jaakkola, Aromaa y Sillanpää, 2011). Por último, respecto a la evidencia en relación al sentido de coherencia y el buen uso de medicamentos -que en adolescentes podría considerarse un comportamiento de riesgo- se llevó a cabo un estudio en Dinamarca que indicó que las puntuaciones más bajas en SOC las obtenía la población que refería sentir cefaleas frecuentes. A su vez, el comportamiento de estos sujetos, estaba asociado con un mayor uso de medicamentos, lo que sugiere que los adolescentes pueden usar el alivio del dolor como un mecanismo inapropiado de afrontamiento (Koushede, Holstein, Andersen, Ekholm y Hansen, 2010).

## El papel de enfermería en el autocuidado colectivo

Más allá de los límites de la familia nuclear como principal fuente proveedora de tareas de autocuidado, fuera de las unidades de convivencia también existen estructuras funcionales que sustentan y mantienen sistemas de cuidado. La comunidad, en su dimensión holística, dispone de recursos y estructuras, que enraizadas en su historia y cultura, influyen en el ejercicio del autocuidado colectivo. De hecho, las actividades principales de la vida que se desarrollan colectivamente proporcionan oportunidades naturales que lo favorecen y lo articulan. El autocuidado representa para el ser humano una respuesta común a la enfermedad y puede ser determinado en base a indicadores socioeconómicos y lugares de residencia. Se ha observado, por ejemplo, que su consumo aumenta entre los núcleos poblacionales más pobres y en las áreas rurales (Leyva-Flores, Kageyama y Erviti-Erice, 2001).

En este sentido, también resulta especialmente indicativo el impacto que ciertos determinantes de salud inherentes a una cultura pueden ejercer sobre las concepciones y prácticas de salud en una comunidad, hasta el punto de formar parte del acervo cultural de los cuidados de una sociedad. De aquí, que las relaciones de confianza que las personas usuarias establecen con los sistemas sanitarios son fundamentales para garantizar unas prácticas exitosas. Las estrategias a seguir desde las instituciones, las organizaciones de salud y –en global- las políticas sanitarias, deben implementarse garantizando la seguridad cultural y a su vez, mejorando la alfabetización en salud (AES)<sup>24</sup> de las poblaciones, siendo esencial adoptar esta perspectiva cuando se trabaja con comunidades indígenas; en esta línea, se ha demostrado ser eficaz el entrenamiento del personal enfermero en habilidades que procuren la adquisición de compromiso de la comunidad para el aprendizaje de prácticas de autocuidados en salud (Jacklin, Henderson, Green,

---

<sup>24</sup> La OMS, en su glosario de términos de salud pública, define la alfabetización en salud (*Health literacy*) como “las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”.

Walker, Calam y Crowshoe, 2017). La promoción de la salud comunitaria precisa del intercambio de conocimiento que se crea y se explora de forma reflexiva, bidireccional y retroalimentada entre agentes de salud y comunidad. El uso de herramientas específicas creadas expresamente para el contexto, promueve la discusión acerca de la historia particular de las sociedades, sus imaginarios y sus prácticas; especialmente interesantes son las referentes a los cuidados de salud. Es más, fomentando el entrenamiento de la enfermería en metodologías orientadas hacia el empoderamiento y la acción cooperativa se crean las condiciones para la adquisición de la autosuficiencia para el desarrollo de acciones de promoción de la salud en atención primaria (Barcham, Silas e Irie, 2016).

La contextualización del autocuidado es una medida substancial, la adaptación del mismo a las características de género, etnia, ciclo vital, edad, grado de alfabetización, etc. pues cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diversas. Al mismo tiempo, la promoción del autocuidado debe generar procesos participativos activos, mediante los cuales la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del entorno, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso mutuo sobre su propia salud.

A través de aproximaciones etnográficas y de carácter fenomenológico, se ha conseguido obtener evidencia científica acerca de cómo se establece esta relación enfermería-comunidad y de la generación del vínculo que permite implementar las acciones de cuidado con éxito, así como ayudar en la adquisición de prácticas de autocuidado de forma eficaz. La receptividad que demuestra la persona proveedora de cuidados respecto a las demandas y necesidades de la ciudadanía para acometer el mejor cuidado de salud, está mediada por las percepciones de legitimidad que el grupo social le otorga, y por extensión, del apoyo que la comunidad les confiere. (Lodenstein, Dieleman, Gerretsen y Broerse, 2016). Se ha comprobado que aquellos sistemas de atención primaria de salud que concilian, y al mismo tiempo sostienen, los sistemas locales de producción de autocuidado, tienen el potencial de mejorar la salud e incluso el estatus socioeconómico de la población en global (Williamson y Danaher, 1978). Por tanto, la enfermería, en el ejercicio de sus funciones -y a la hora

de desarrollar todo el sistema de cuidados de calidad para su comunidad-, debe saber responder responsablemente a las legítimas presiones sociales de la misma.

Ante tales desafíos para el desarrollo de la enfermería comunitaria, el marco que integra las competencias enfermeras en promoción de la salud e implementación de políticas de salud pública debe ser tomado en suma consideración, explorando todas las facetas relacionadas con las operaciones de autocuidado y el significado que les otorga la comunidad. En este punto, asumiendo el acervo de conocimientos intrínsecos y aprendidos en una comunidad, se plantea la cuestión de cómo se encontrará la población de dispuesta y/o preparada para acceder, procesar e integrar información que afecte a su salud en global.

Llegado este momento, es primordial conocer en detalle las capacidades necesarias para gestionar la salud de que dispone la comunidad en general y la persona en particular. Buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que las personas saben, viven y sienten de las diferentes situaciones de la vida y la salud, lo cual conduce a identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables, inocuas o provechosas. Sin menoscabo, deben contemplarse con atención aquellos lugares y espacios de cuidado que se generan espontáneamente en la comunidad, que hacen emerger encuentros significativos dónde se establecen relaciones inclusivas y propicias para la intervención, tanto terapéutica como de promoción de la salud (Conradson, 2003). Paralelamente, la constitución de grupos denominados de “auto-ayuda” para gestionar los apoyos a ciertos colectivos han sido determinantes a la hora de prestar atención y cuidado colectivo. Estos centros proveedores de apoyo también funcionan como entornos dónde la formación, el servicio de consulta y la educación en salud pivotan como eje central para mejorar el vínculo con la comunidad (Bhuyan, 2004). Son también estos espacios relacionales, lugares donde la enfermería debe articular y desplegar todas las herramientas educativas en materia de capacitación para el autocuidado.

A partir de aquí, uno de los propósitos en promoción de la salud perseguirá la valoración de la alfabetización en salud, el fenómeno que impacta en gran medida sobre la salud individual y pública, y que influye especialmente en los colectivos más vulnerables. En la medida en que la AES se encuentre en un nivel adecuado, se

poseen los recursos y competencias básicas para poder ejercer y gestionar la propia salud de forma responsable (Kickbusch y Maag, 2008). Pero no toda la ciudadanía posee niveles efectivos de AES que le ayuden a articular de forma exitosa el, cada vez más complejo, escenario de los cuidados de salud (Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohlman, Rudd, 2005). Por consiguiente, resulta imprescindible recordar un aspecto esencial de la alfabetización en salud: “ésta no depende exclusivamente de las capacidades individuales de los ciudadanos, hay que contextualizarla en un escenario concreto, pues resulta de la interacción entre las demandas de los diferentes sistemas de salud y las habilidades de los individuos inmersos en ellos.” (Falcón y Luna, 2012). Es más, todas las personas, independientemente de las habilidades que manejen, son potencialmente capaces de manejar la información necesaria, aprovechar las oportunidades disponibles y empoderarse para ejercer una toma de decisiones efectiva y resolutive (Nutbeam, 2008). Entre los estudios que han relacionado el AES con las conductas de salud -en concreto y respecto a la prevención de las enfermedades infecciosas- se ha observado que en términos generales, niveles limitados o insuficientes de AES se asocian con una reducción en la adopción de prácticas de protección como puede ser la inmunización o la comprensión efectiva respecto al uso de antibióticos para el tratamiento de las mismas (Castro-Sánchez, Chang, Vila-Candel, Escobedo y Holmes, 2016). Otro estudio también abordó el déficit de habilidades de autocuidado y las prácticas de salud reportadas por una muestra de 18000 adultos, resultando que los bajos niveles en AES se asociaban también con una probabilidad reducida en cuanto al uso de servicios de prevención y terapéuticos en adultos mayores de 65 años (White, Chen y Atchison, 2008).

Epistemológicamente, también la salutogénesis se relaciona con el concepto de AES, pues entiende la salud como un proceso en el cual los conocimientos en esta materia se aprenden y se transmiten a través del establecimiento de relaciones interpersonales de calidad.

Este constante proceso de aprendizaje que tiende hacia la adquisición de habilidades y capacidades que mueven a las personas y comunidades hacia el polo de salud, se fundamenta en la mejora de la AES. *“El conocimiento respalda la Health literacy, pues el proceso de relatar a otras personas los productos aprendidos y el*

bagaje adquirido en la práctica, expande la propia área de conocimiento. En el curso de la vida diaria este proceso integral de aprendizaje es continuo, no se detiene” (Eriksson, 2017)<sup>25</sup>.

La siguiente Ilustración 4.4, muestra gráficamente la explicación de la perspectiva epistemológica en relación a la salutogénesis que apunta Eriksson.



**Ilustración 4.4. Salutogénesis desde una perspectiva epistemológica en relación con el concepto de AES. Eriksson, 2017**

Entre las diferentes aproximaciones que existen para debatir acerca de la AES, como ya hemos avanzado, hay una que conecta íntimamente con el sentido de coherencia. Todos aquellos agentes que realicen de forma directa o indirecta educación para la salud pueden contribuir a elevar el SOC de las personas a las que dirigen el mensaje. La relación entre AES y SOC fue reportada como significativa y positiva entre un grupo de 832 estudiantes portugueses/as (Saboga-Nunes y Sorensen, 2013). En el estudio se asociaron los subcomponentes del SOC con las

<sup>25</sup> En Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, (2017). The Handbook of Salutogenesis. Springer International Publishing.

dimensiones del *European Health Literacy Framework*<sup>26</sup>, de modo que: la comprensibilidad mantiene relación con la capacidad de organizar el conocimiento, la manejabilidad con el desarrollo de las competencias intelectuales y la significatividad con la motivación y la capacidad de creación.

Volviendo de nuevo a la relación entre educación para la salud y oportunidad para generar el autocuidado, respecto a la evidencia científica resultante de la evaluación de programas de promoción de la salud basados en intervenciones directas -como puede ser el desarrollo de habilidades personales a niveles individuales, sociales, de movilización comunitaria o de influencia en políticas públicas- es desafortunadamente bastante escaso, debido a la complejidad y multidimensionalidad para el estudio tanto en el uso de métodos cuantitativos como cualitativos (Nutbeam, 2008).

Algunas aproximaciones se han llevado a cabo, sobre todo en referencia a la autogestión de las enfermedades crónicas. Estudios como el de Alpirez, Meza Guevara, Frías Reyna, Sánchez Andrade, Vega Alanís y Hernández Saldivar en 2006, reportaron “altos índices para el autocuidado con apoyo educativo en pacientes con *diabetes mellitus tipo II*, que permitieron observar cambios importantes en cuanto a la capacidad de autocuidado en los sujetos estudiados, reflejando así el impacto potencial de la intervención de enfermería”. Otras variables que contemplan dimensiones cercanas a la espiritualidad fueron valoradas en una población anciana americana. Se exploró la forma en que estos sujetos se proveían autocuidados y que factores los mediaban. Este estudio demostró que el trabajo de enfermería focalizado sobre conceptos como la autoconciencia y la autotranscendencia, se relacionaban positivamente con la habilidad para el autocuidado y generaban, a su vez, resultados positivos de salud (Leenerts, Teel y Pendleton, 2002).

En definitiva, el debate sobre las innumerables posibilidades que indagan en las formas de proporcionar a la población las herramientas para fomentar la capacidad de autocuidado es extenso. Sin embargo, es vital recordar de nuevo el abordaje del

---

<sup>26</sup> *European Health Literacy Survey (HLS-EU)*, (Kickbusch, Pelikan, Apfel y Tsouros, 2013)

planteamiento salutogénico, paradigma bajo el cual, profesionales de la salud pública promueven el desarrollo de comunidades promotoras de salud positiva. Enraizadas en la comunidad local, las estrategias de puesta en valor de los activos de salud, junto con la participación ciudadana para el mapeo de los mismos y la implicación en intervenciones basadas en la dinamización de las propias capacidades, son parte primordial de la clave del éxito.

En conclusión, la capacidad de las personas junto a sus comunidades para ejercer el autocuidado a través de operaciones estimativas y productivas correctamente vehiculadas, depende de factores tan decisivos como lo es la alfabetización en salud, el empoderamiento y la autonomía de las persona usuarias y sus colectivos. Asimismo, estos factores son interdependientes de la buena praxis enfermera y de la del resto de agentes de salud comunitarios, quienes mediante su contribución a a la generación de vínculos de confianza basados en prácticas de recepción y devolución, construyen espacios y relaciones que posibilitan la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana. Si además, se refuerzan estos procesos con la adopción de estrategias salutogénicas, se generan comunidades que de manera complementaria al ámbito profesional desarrollan la capacidad de proporcionarse cuidados de manera mutua, de tal forma que los resultados deseados sin lugar a duda, se amplifican.





# LOS CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

---

# 5

*“El trabajo constituye un contacto específico con la belleza del mundo e, incluso, en sus mejores momentos, un contacto de tal plenitud que ningún equivalente puede hallarse en otro lugar. La dificultad consiste en saber mirar y en amar; si se logra, se ama lo real”*

*Simone Weil, 1933-1938*

## Introducción

Entrando en la recta final de esta primera parte, el capítulo 5 pretende ofrecer una aproximación hacia el perfil profesional de la figura de Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Se expone el plan de estudios vigente para el conjunto de las estudiantes del territorio estatal, junto con las particularidades que incorporan las competencias autonómicas. De este modo, y debido al origen de la muestra analizada en el presente estudio, la totalidad de estudiantes matriculados en centros públicos pertenecientes a la *Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport de la Generalitat Valenciana*, tomaremos como referencia las especificidades de las competencias curriculares directas del *País Valencià*.

Para finalizar, se abordan las perspectivas de futuro de una profesión que se encuentra en continuo desarrollo y adaptación a un entorno laboral de diversos y múltiples retos.

## EI/La TCAE

### Primer contacto con las personas usuarias

El concepto de cuidado que se ha planteado en el capítulo anterior, parte de su consideración como concepto esencial, suficientemente amplio y que abarca gran potencial semántico, que permite incluir todas aquellas actividades, ideas, sentimientos creencias y valores que estén implicadas en los procesos de enfermería. El cuidado es de este modo, “el producto de la reflexión sobre las ideas, los hechos y las circunstancias relacionadas con el proceso de satisfacción de necesidades del ser humano y que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana” (Siles Gonzalez, 1996).

El cuidar es “la base de la actividad enfermera, y los cuidados como bien interno, que legitima algo como propio de una profesión es lo que da sentido y validez social” (Feito Grande, 2005). El cuidado se constituye por tanto, como una actitud desde la que proyectar la profesión, una toma de conciencia de la realidad, una disposición al ejercicio desde la sensibilidad y una forma de responsabilidad en el sentido amplio.

Dentro del grupo de profesionales sanitarios, y concretamente acerca de quienes ejercen tareas de cuidado, las Técnicas en Cuidados Auxiliares de Enfermería forman un grupo fundamental para afrontar los retos a los que la asistencia sanitaria y sociosanitaria se enfrenta en el marco de actuación actual. No obstante, siendo el papel de cuidadora el rol social más visible al que está sujeta la profesión, las competencias de este grupo profesional no sólo se ciñen a la prestación de servicios ante situaciones de enfermedad, sino que además, su praxis se constituye alrededor de un conjunto de reflexiones, procesos y actividades destinadas a favorecer el mayor bienestar físico, psicológico, social y a facilitar la mejor interacción con el medio ambiente, es decir, a promocionar la salud. En esta etapa en la que se concibe la salud como producto del equilibrio entre la persona y el medio ambiente, también las TCAE tienen muchas capacidades que desarrollar y conocimientos que aportar.

Debido en parte a la tendencia de la superespecialización de la ciencia médica y miméticamente, también de la enfermera y de sus propias competencias profesionales, la profesión de TCAE también ha ido absorbiendo con el paso del tiempo, más y más competencias que con anterioridad, le eran propias a la enfermería. Esta línea de actuación se refleja en el informe *Wanless* que sugería que los *Health care assistants* (los TCAE en nuestra titulación), podrían cubrir en torno al 12,5% de las cargas de trabajo de las enfermeras. En este informe, se apuesta por un cambio significativo y necesario en la fuerza de trabajo entre las profesiones de cuidados de enfermería y se afirma que puede acometerse manteniendo la seguridad y la calidad de los cuidados (Wanless, 2002).

Entre los estudios que avalan la calidad de los cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito de la atención primaria, es interesante destacar uno por su interés acerca del objeto de estudio (Lovink, Persoon, Koopmans, Van Vught, Schoonhoven y Laurant, 2017); en este, se concluye que dada la sustitución de la figura facultativa en medicina por figuras prestadoras de cuidado como puedan ser fisioterapeutas asistentes, auxiliares de enfermería o personal de enfermería, los indicadores de resultados referentes a la calidad de los cuidados prestados no solo no disminuyen, sino que como mínimo, se mantienen en el mismo nivel, observándose, eso sí, una reducción en cuanto a los costes en el servicio.

Este argumento se sustenta más aún si se pretende dar respuesta al nuevo modelo de asistencia que, sujeto a los cambios sociodemográficos y el desarrollo tecnológico experimentado, requiere cada vez más una mayor participación pluridisciplinar “superando los nichos de actividad, fruto de planteamientos corporativos, hasta hora existentes” (Calvo, García y Martín del Burgo, 2013). En lo que respecta a nuestra realidad jurídica, se mantiene también la misma coherencia el artículo 9 de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que expresa sucintamente: “La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas”.

De este modo, entendemos y defendemos, que tanto la profesión enfermera de grado universitario, como la profesión de TCAE, forman parte de la misma realidad, la profesión de cuidar a través de Procesos de Atención de Enfermería.

En el ámbito sanitario, la publicación de la LOPS fue el primer intento global de regulación de las profesiones sanitarias en España, tras haberse efectuado diversas regulaciones parciales con anterioridad. Específicamente, y en cuanto a los estudios de Formación Profesional, el grupo de TCAE se considera un colectivo profesional sanitario con una formación no universitaria, según la citada Ley 44/2003 de 21 de noviembre.

Asimismo, no debemos olvidar el impacto que sobre el Sistema Nacional de Salud ejercen otros perfiles profesionales bastante recientes y que se constituyeron académicamente con la intención de paliar la carencia de profesiones especializadas en la prestación de cuidados a las personas. En especial, a aquellas que se encuentran en sus domicilios pero necesitan recursos de apoyo y requieren algún tipo de asistencia, o bien, personas institucionalizadas en residencias de tercera edad y centros de día para mayores. Estas profesiones han surgido paulatinamente para integrar la adaptación de la, desafortunadamente poco desarrollada, Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, del 14 de diciembre del 2006. Este perfil, como decimos, es el de Técnico/a de Grado Medio en Atención a Personas en Situación de Dependencia, cuyas enseñanzas mínimas se recogen en el Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el Título de Técnico/a en Atención a Personas en Situación de Dependencia.

Tal como se observa, y si se analiza en detalle el contenido de las capacidades profesionales establecidas en el Real Decreto respecto de las titulaciones de cuidados de enfermería enmarcadas en los estudios de Formación Profesional, se confirma de manera indudable el incremento competencial de la profesión del TCAE. Al tratarse de un perfil que se encuentra totalmente integrado en el equipo de enfermería, se encarga de llevar a cabo de forma autónoma gran parte del Plan de Cuidados, tanto en ámbitos de Atención Especializada como de Atención Primaria.

Haciendo hincapié en los entornos sanitarios de atención a nivel comunitario, el desarrollo de roles profesionales innovadores en la enfermería, plantea con urgencia la necesidad de perseguir nuevos objetivos emergentes, entre ellos: estandarizar aproximaciones para garantizar la plena autonomía en la visita domiciliaria, determinar el impacto de los equipos de enfermería sobre indicadores resultado tanto a nivel usuario como del autocuidado del mismo equipo, así como implementar programas de formación en enfermería comunitaria con prácticas externas previas a la titulación –y en este sentido, es vital incorporar estos programas en el *curriculum* del TCAE- (Flinter, Hsu, Crompt, Ladden y Wagner, 2017).

Tal como se apunta, hoy por hoy, el/la TCAE se ha convertido en una figura de renovado interés para someterla a estudio por diversas razones. Por un lado, se evidencia la falta de investigación consistente respecto a este perfil profesional, que a su vez se encuentra en continua reinención y vindicación debido a las demandas del sistema. Además, este grupo profesional del área sanitaria de Formación Profesional, constituye un factor imprescindible para la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería y la eficiencia del sistema sanitario actual y futuro. Y por último, ellas y ellos, son el primer eslabón de la cadena sanitaria que establece contacto con los individuos y la población. Son quienes establecen el contacto más cercano, quienes inician y reinician la relación con la comunidad todo el tiempo, sin olvidarse de proporcionar autocuidado, atender y satisfacer las necesidades colaborativas y emocionales del mismo equipo de trabajo.

## Revisamos la titulación

Como se ha avanzado en el punto anterior, los últimos años se han caracterizado por una acelerada transformación hacia nuevas formas sociales, roles y competencias profesionales. Se han ido instaurando múltiples cambios que afectan a las profesiones sanitarias y por tanto a la enfermería. Cambios internos de la profesión, estructurales de los sistemas sanitarios y cambios externos globales de la sociedad. Desde que se publicó el decreto del 1953 en que se unificaba la enfermería en una sola profesión (la de Ayudante Técnico/a Sanitario/a, las de practicante, matrona y enfermera) hasta la convergencia de los estudios en el espacio europeo de educación superior -en el 2010- ha llovido mucho. Desde hace varias décadas la profesión enfermera de Grado Universitario se considera una disciplina científica más de las Ciencias de la Salud, y ha sido el resultado de una larga y extensa historia de éxitos profesionales para llegar alcanzar el prestigio del que goza hoy en día. A este aspecto se suma el empoderamiento experimentado por las profesiones sanitarias en los últimos treinta años, que también ha afectado al resto de titulaciones relacionadas con los cuidados, tenido su reflejo en la mejora de la cualificación profesional de los profesionales sanitarios y que ha venido acompañada de una mejora en los ciclos y programas formativos de Formación Profesional de la rama sanitaria (Calvo, García y Martín del Burgo, 2013).

La enfermería, conjuntamente con el “personal de cuidados auxiliares<sup>27</sup>”, como profesión de servicio “está influenciada y condicionada por todos estos cambios que crean nuevos escenarios de salud y sociales, que deben afrontar las profesiones sanitarias”. (Bernués y Peya, 2004). La profesión enfermera no puede por tanto, aceptar estos cambios tan solo con una correcta adaptación al medio descrito, sino que debe entender cuáles son los valores, las necesidades y las expectativas cambiantes de la sociedad, formándose y capacitándose de forma continua, para

---

<sup>27</sup> El término de "personal de cuidados auxiliares" hace referencia a las diferentes profesiones que existen en Europa y que tiene como fundamento el apoyo a otras más especializadas. La figura del TCAE para España se considera incluida en este conjunto. (Libro Blanco del TCAE, UEM, 2013).

poder proporcionar unos cuidados expertos y de óptima calidad.

Más aún, si realizamos un breve análisis comparativo con la heterogeneidad de titulaciones homólogas en el resto de la Comunidad Europea, se observa que los retos son comunes. Para el año 2020, la Comisión Europea estima que habrá una falta de 59000 profesionales de la enfermería (conjuntamente de Grado Universitario y CFGM), lo que supondría casi el 14% de falta de cobertura de cuidados para la población en el territorio europeo (Calvo, García y Martín del Burgo, 2013).

De este modo, hoy por hoy, la titulación se encuentra en revisión y todavía está a la espera de adaptarse a la normativa LOE, conjuntamente con todas las otras titulaciones de la familia profesional de sanidad de la Formación Profesional que ya han realizado la transición. El Ciclo de Grado Medio de Cuidados Auxiliares de Enfermería está regulado por la normativa LOGSE y comprende una formación de dos cursos académicos, que asumen competencias y funciones propias, además de las delegadas, como otros profesionales sanitarios, por distintos tipos de profesionales, en unos casos por el personal enfermero, bajo supervisión, y en otros casos por los médicos, bajo prescripción.

Es importante aclarar que en el año 2005, el Instituto Nacional de Cualificaciones Profesionales (INCUAL), cataloga al Título de TCAE, antes Nivel 2, (perteneciente a los ciclos formativos de Grado Medio) como Nivel 3 (perteneciente a los ciclos formativos de Grado Superior) de Cualificación Profesional, titulación hasta ahora en Contraste Externo, según el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales de la Familia Profesional de Sanidad, editado por el Ministerio de Educación y Ciencia. El Nivel 3 de Cualificación Profesional significa “competencia en un conjunto de actividades profesionales que requieren el dominio de diversas técnicas y puede ser ejecutado de forma autónoma. Comporta responsabilidad de coordinación y supervisión de trabajo técnico y especializado. Exige la comprensión de los fundamentos técnicos y científicos de las actividades y la evaluación de los factores del proceso y de sus repercusiones económicas<sup>28</sup>”.

---

<sup>28</sup> Sistema Nacional de Cualificaciones y de la formación profesional (SNCP). INCUAL. [https://www.educacion.gob.es/educa/incual/ice\\_ncfp.html](https://www.educacion.gob.es/educa/incual/ice_ncfp.html)



Respecto a las funciones específicas y objetivos asignados a la praxis propia, algunos de los procedimientos generales, de carácter asistencial, en los que estos/as profesionales intervienen son:

- ☹☹☹ Proporcionar cuidados sanitarios en relación a sus competencias y formación, aplicando técnicas básicas de enfermería para resolver la alteración de las necesidades personales del paciente.
- ☹☹☹ Propiciar y mantener el bienestar del paciente, ofreciendo seguridad y fomentando la autoestima.
- ☹☹☹ Propiciar y mantener las condiciones higiénicas consideradas como necesarias.
- ☹☹☹ Utilizar, mantener y conservar convenientemente el material sanitario.
- ☹☹☹ Participar y colaborar en la planificación, revisión o readaptación de los planes de cuidados.
- ☹☹☹ Tutelar las enseñanzas prácticas del alumnado en los Centros de trabajo.
- ☹☹☹ Observar, registrar y conservar los datos que tengan incidencia en los planes de cuidados.
- ☹☹☹ Participar con todos los miembros del equipo en las sesiones de trabajo.
- ☹☹☹ Participar en los proyectos de investigación del equipo.
- ☹☹☹ Colaborar en la realización de programas sobre educación sanitaria.
- ☹☹☹ Participar en los programas de enseñanzas prácticas al alumnado de Formación Profesional.
- ☹☹☹ Comprender y explicar los diferentes estados anímicos que experimentan los pacientes en situaciones especiales y favorecer en lo posible el objetivo de humanización de la asistencia, utilizando técnicas de apoyo psicológico y de educación sanitaria.
- ☹☹☹ Potenciar el conocimiento de actitudes y hábitos preventivos e higiénico-sanitarios en la población.
- ☹☹☹ Participar activamente en el desarrollo de programas de salud y actuar como agente sanitario, transmisor al público en general de mensajes saludables.

Todas estas funciones se aglutinan bajo el paraguas de lo que se denomina la competencia general del TCAE, cuyo fundamento es “proporcionar cuidados

auxiliares al paciente/usuario o a la paciente/usuario y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno como miembro de un equipo de enfermería en los centros sanitarios de Atención Especializada y de Atención Primaria, con la supervisión de la persona superior responsable o, en su caso, como integrante de un equipo de salud en la asistencia sanitaria derivada de la práctica del ejercicio liberal” (RD 546/1995 del 7 de abril).

En el Real Decreto 558/1995 de 7 de abril, se redacta el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título (Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, BOE del 5 de junio, del Ministerio de Educación), donde fija las directrices generales sobre el título de formación profesional y sus enseñanzas mínimas. A lo largo de los dos cursos académicos, y sus correspondientes 1400 horas de formación, se desarrollan ocho Módulos Profesionales cuya disposición se organiza de la siguiente manera:

- ▣ Siete Módulos Profesionales de contenido teórico o teórico-procedimental distribuidos en el primer curso, impartidos en las instalaciones propias del Centro Educativo y por el profesorado funcionario de carrera o interino dependiente de la administración en competencia educativa de la correspondiente comunidad autónoma de las especialidades de Procedimientos Sanitarios y Asistenciales y de Procesos Sanitarios.
  
- ▣ En el segundo curso, se imparte un sólo Módulo Profesional de Formación en Centros de Trabajo que se desarrolla en las diferentes instituciones sanitarias que mantienen convenio con el centro educativo para el aprendizaje puramente procedimental en un entorno profesional real. De esta forma, la totalidad del contenido teórico y procedimental técnico se aborda en su totalidad en el primer curso de estos estudios.

La distribución horaria semanal de cada curso y las especialidades docentes encargadas de impartir la docencia en estos Módulos Profesionales en el ámbito territorial del *País Valencià*, se detalla en la siguiente Ilustración 5.1.

FAMILIA PROFESSIONAL: SANITAT													
CICLE FORMATIU: Cures auxiliars d'infermeria.							GRAU : MITJA				HORES: 1.400		
1r CURS							2n CURS						
Mòdul formatiu:	H. S.	H. A.	H.	H.	H.	H.	Mòdul formatiu:	H. S.	H. A.	H.	H.	H.	H.
1. Operacions administratives i documentació sanitària.	2	64		2									
2. Tècniques bàsiques d'infermeria.	11	352			11								
3. Higiene del medi hospitalari i neteja de material. <sup>D</sup>	5	160			5								
4. Promoció de la salut i suport psicològic al pacient.	4	128		4									
5. Tècniques d'ajuda odontològica/estomatològica. <sup>DP2</sup>	4	128			4								
6. Relacions en l'equip de treball.	2	64				2							
7. Formació i orientació laboral.	2	64				2	8. Formació en Centres de Treball.		440				
Nº setmanes: 32 (Centre Educatiu)	30	960							440				

PS: Formació i orientació laboral

PT: Procediments sanitaris i assistencials

PS: Processos Sanitaris

<sup>D</sup> Mòdul susceptible de desdoblament. <sup>DP2</sup> Susceptible desdoblament parcial de 2 h/s.

**Ilustración 5.1. Horario y módulos del Ciclo de Grado Medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport.**

Los contenidos de las materias, se desarrollan en un horario que se aglutina en jornada matutina, vespertina o nocturna, dependiendo de la autorización que cada centro obtenga para impartir estos estudios. Por la ley autonómica de admisión de alumnado, los grupos que se constituyen no deben exceder los 37 estudiantes por unidad. Respecto a los contenidos teórico-procedimentales que integran cada uno de los Módulos Profesionales, se ha realizado un resumen de los mismos que se presenta a continuación:

Módulo profesional 1: Operaciones Administrativas y Documentación sanitaria. Duración de 65 horas. Contenidos:

- Organización sanitaria.
- Documentación sanitaria.
- Gestión de existencias e inventarios.
- Tratamiento de la información/documentación.
- Aplicaciones informáticas.

### Módulo profesional 2: Técnicas Básicas de Enfermería.

Duración de 350 horas. Contenidos:

- Higiene y aseo del enfermo.
- Movilización, traslado y deambulación de pacientes.
- Preparación a la exploración médica. Constantes vitales.
- Administración de medicación.
- Principios de dietética.
- Primeros auxilios.

### Módulo profesional 3: Higiene del Medio Hospitalario y limpieza del material.

Duración de 165 horas. Contenidos:

- Limpieza de material y utensilios.
- Desinfección de material.
- Esterilización de material.
- Unidad de paciente.
- Prevención/control de infecciones hospitalarias.

### Módulo profesional 4: Promoción de la Salud y Apoyo psicológico al paciente.

Duración de 130 horas. Contenidos:

- Fundamentos de Psicología general y evolutiva.
- Relación con el paciente.
- Procedimientos de comunicación/humanización de la atención sanitaria.
- Estados psicológicos de los pacientes en situaciones especiales.
- Tecnología educativa.

### Módulo profesional 5: Técnicas de Ayuda Odontológica/estomatológica.

Duración de 130 horas. Contenidos:

- Radiografías dentales.
- Materiales dentales.
- Equipo e instrumentos de uso en consultas dentales.
- Procedimientos de instrumentación y ayuda en intervenciones dentales.

### Módulo profesional 6: Relaciones en el Equipo de Trabajo.

Duración de 65 horas. Contenidos:

- La comunicación en la empresa.

- Negociación y solución de problemas.
- Equipos de trabajo.
- La motivación.

Módulo profesional 7: Formación y Orientación Laboral.

Duración de 65 horas. Contenidos:

- Salud laboral.
- Legislación y relaciones laborales.
- Orientación en inserción laboral.

Módulo profesional de Formación en Centro de Trabajo.

Duración de 440 horas. Contenidos:

- Información/documentación de uso en los equipos/unidades de enfermería.
- Realización de técnicas de higiene corporal a pacientes encamados.
- Realización de técnicas de movilización y traslado de pacientes encamados.
- Realización de técnicas de toma de constantes vitales a un paciente encamado.
- Preparación y realización de un enema de limpieza a un paciente encamado.
- Realización de técnicas de limpieza, desinfección y esterilización de instrumental clínico.
- Ejecución de técnicas de humanización de la asistencia y de promoción de la salud.
- Atención e información al paciente/cliente en una consulta bucodental.

Como último apunte, en referencia a la organización del *currículum* del título, existe la posibilidad de cursar la modalidad de Formación Profesional Dual, mediante la cual se puede ampliar el periodo de prácticas externas y vehicular parte de los contenidos de las materias teóricas correspondientes a los primeros módulos de forma procedimental. La combinación de la formación recibida en el centro educativo junto con la actividad formativa en una institución sanitaria es el sello distintivo tanto de la Formación en centros de trabajo como de la formación Dual.

El modelo Dual, sin embargo, defiende la participación más activa de la empresa en el propio proceso formativo del alumnado, permitiendo que esta conozca e intervenga de manera más directa en la formación que recibe el alumnado. Recoge el Real Decreto 1529/2012, de 8 de noviembre, por el que se desarrolla el contrato para la formación y el aprendizaje y se establecen las bases de la formación profesional dual que “la formación debe estar cada vez más adaptada a las demandas de los sectores productivos y a las necesidades específicas de las empresas. Con la formación dual se pretende que la empresa y el centro de formación profesional estrechen sus vínculos, aúnen esfuerzos y favorezcan una mayor inserción del alumnado en el mundo laboral durante el periodo de formación.”

Desafortunadamente, la realidad de la implantación de este sistema no ha acarreado tantas ventajas como se esperaban y sí ha generado dudas razonables acerca de la mejora de la Formación Profesional, más en lo que respecta a nuestras competencias territoriales. Un informe de la *Universitat de València* desvela que su implantación “resultó de un proceso sin diálogo entre las administraciones y los agentes sociales y educativos, creando un puesta en marcha acelerada y atropellada, poco planificada y falta de seguimiento y control, que ha terminado generando una desigualdad entre el alumnado” (Marhuenda, Chisvert, y Palomares-Montero, 2017).

Conocedores de la situación en la práctica, el profesorado tutor de Formación Dual en los centros educativos, con tal de no vulnerar los derechos de su alumnado, experimentó con nuevas fórmulas para integrar esta reforma que resultó de implantación obligatoria con la anterior administración. Algunas propuestas se introdujeron en la familia profesional de sanidad, concretamente para la titulación de TCAE, pues las posibilidades de desarrollar este periodo formativo extraordinario –no remunerado- debía suponer algún aliciente para quien tuviese que cursarlo. De esta forma, la ampliación del periodo de prácticas en un servicio no ofertado en la opción genérica, suscitó interés y una aceptable acogida. Es entonces cuando se incorporan servicios que hasta el momento no se habían considerado como viables, por no corresponder a las enseñanzas mínimas del Decreto del título, pues las opciones se centraban únicamente en atención especializada. Nos referimos a la inclusión de las clínicas dentales y los servicios de atención primaria. Así, un inconveniente se transformó en una oportunidad para experimentar algunos cambios necesarios.

## Una profesión de futuro

Alcanzar una imagen de profesionalidad y la autonomía necesaria en el ejercicio de los cuidados integrales y de calidad, es el reto que sobrevuela en el horizonte del colectivo de TCAE. Existen todavía parcelas de la profesión que son bastante desconocidas incluso para el propio colectivo, entre ellas el rol preventivo, educador y el de promoción de la salud. En la intención de lograr estos dos objetivos subyace un compromiso más de la profesión; y para ello, “es necesaria una actualización profunda de las funciones de la profesión de Cuidados Auxiliares de Enfermería que ofrezca una respuesta satisfactoria a la complejidad de la realidad asistencial de los centros sanitarios y sociosanitarios, al nuevo paradigma de los sistemas de salud y cuidados, públicos y privados, propiciando así una mejora en la atención y un incremento tanto de la calidad de los cuidados como de la motivación de los profesionales encargados de prestarlos” (Calvo, García y Martín del Burgo, 2013).

Son por tanto necesarias, las medidas de cambio relativas a la formación del colectivo técnico de la enfermería, que supongan la configuración de una nueva estrategia que tenga en cuenta el incremento de sus competencias y del incremento en el nivel de su Formación Profesional al Nivel 3 del catálogo del INCUAL, acompañada de una formación continua y evaluación de las competencias profesionales, así como un cambio en la denominación de la profesión acorde con su realidad profesional y formativa, adaptándose a la denominación que utiliza la normativa vigente (Estatuto básico del empleado público y Estatuto marco del personal estatutario). Una denominación que se ajuste al imaginario de lo que se entendería que son los y las Técnicos/as Superiores de Enfermería.

Respecto a los programas formativos específicos para desarrollar competencias en atención primaria y enfermería comunitaria, es necesaria la inversión de recursos para institucionalizar lo que -en la actualidad- no es más que una iniciativa propia de centro y que se realiza de forma voluntaria. El sistema sanitario, la población y la enfermería en global, merecen profesionales más

capacitadas y solventes en el terreno de la atención sanitaria colectiva, con conocimientos y competencias apropiadas para la promoción de los cuidados, pero también no pudiendo ser menos, para desarrollar un compromiso consciente y duradero con el propio autocuidado.





# Resumen de la Parte I

---

La literatura científica consultada dentro del marco de promoción de la salud, concluye que la Teoría Salutogénica explica como las personas y poblaciones que se adaptan a esta aproximación pueden contribuir al desarrollo de entornos que se caractericen por primar el bienestar y mejorar la calidad de vida. Las personas salutogénicas se definen por ser más propensas a elegir comportamientos positivos de salud y, en caso de contraer enfermedades, agudas o crónicas, se enfrentan mejor a ellas y afrontan mejor el estrés. Más aún, perciben que tienen buena salud, buena calidad de vida y asimismo, mejor salud mental (Eriksson & Lindström 2005, 2006, 2007, 2008).

Como decíamos, en la actualidad la investigación salutogénica recibe cada vez más atención e interés por la comunidad científica y su estudio se ha tomado como una cuestión de interés global. Encontrándose todavía en el comienzo de su experimentación, la teoría salutogénica en sus 35 años de vida dispone de evidencia convincente para afirmar que la promoción de la salud puede ser efectiva si se sigue el camino de la salutogénesis.

Lo que resulta claro es que la implementación de la salutogénesis no es un camino sencillo, requiere de un cambio de mentalidad y una rigurosa integración de pensamiento y acción para su práctica de forma extensiva.

El objetivo general de la investigación en salutogénesis debe ser contribuir al avance de los enfoques basados en activos y para ello, se tiene que impulsar decisivamente el diseño y evaluación de intervenciones basadas en su conexión y dinamización. Estos abordajes son más que necesarios si el fin último que se persigue es mejorar el bienestar de las comunidades, así como también es imperativo poner en valor las aportaciones de las personas investigadoras y de quienes tienen responsabilidad política y apuestan por el SMH. Sin olvidar, sobre todo en el caso que nos atañe, a la profesión enfermera y profesionales de los cuidados, por su valiosa contribución al proceso de transición de cambio de paradigma



## II PARTE EMPÍRICA



# OBJETIVOS E HIPÓTESIS

## Objetivos

La presente investigación tiene como objetivo general identificar la existencia de asociaciones que existen entre el sentido de coherencia, la capacidad de autocuidado y ciertas variables sociodemográficas y académicas, así como también se pretenden explorar las relaciones entre todas las anteriores con los activos para la salud descritos por el alumnado del CFGM de TCAE.

## Objetivos Específicos

1. Comprobar las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida del sentido de coherencia: *Orientation to Life Questionnaire, OLQ-13* (Antonovsky, 1993) y de la capacidad para ejercer las operaciones productivas y estimativas de autocuidado: *Appraisal of Self-care Agency Scale* (Evers, Isenberg, Philipsen, Brouns, Halfens y Smeets, 1986). Verificar la fiabilidad y corroborar los factores para la muestra de estudiantes del CFGM en Cuidados Auxiliares de Enfermería de la red de centros públicos de la *Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport*.
2. Determinar el nivel de OLQ-13 y de ASA en la población de estudio e identificar los resultados por género y por grupos de edad.
3. Identificar las correlaciones, y sus magnitudes, entre puntuaciones obtenidas en los instrumentos OLQ-13 -con sus tres dimensiones: *Manejabilidad, Comprensibilidad y Significatividad*-, ASA y las variables predictoras (grupo de edad, nivel de ingresos y rendimiento académico).
4. Analizar posibles asociaciones entre las variables personales, el sentido de

coherencia, la capacidad de autocuidado, la situación laboral, el nivel de ingresos, el entorno geográfico donde se ubica el centro en el que estudian, el rendimiento académico y la motivación en la elección de los estudios de TCAE.

5. Hallar entre las variables de estudio, los factores que pueden influir en el sentido de coherencia o pueden modificar la capacidad de autocuidado.

6. Identificar los principales Recursos Generales y Específicos de Resistencia que dispone la población participante del estudio.

7. Identificar los activos para la salud (intrapersonales, interpersonales y extrapersonales) y determinar el modo en que pueden influir en el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado, así como observar las relaciones con otras variables predictoras.

## *Hipótesis*

1. El sentido de coherencia, y sus tres componentes, medidos por el cuestionario OLQ-13 (Antonovsky, 1987), correlaciona positivamente con la capacidad de autocuidado, medido por el cuestionario ASA (Evers, Isenberg, Philipsen, Brouns, Halfens y Smeets, 1986).
2. El alumnado del CFGM de TCAE que manifieste una motivación de elección de estudios basada en la vocación profesional y que desempeñe un rendimiento académico destacado, presentará puntuaciones más elevadas en los instrumentos SOC y ASA.
3. El alumnado del CFGM en TCAE identificará Recursos Generales y Específicos de Resistencia, en ellos/as y en su entorno, que se relacionarán estadísticamente con los instrumentos SOC y ASA. Esta información permitirá establecer el perfil salutogénico de estudiante de CAE y confeccionar un mapa de activos con objeto de incorporar la perspectiva salutogénica para promover su salud y la del entorno próximo



## Propósito

El presente capítulo esboza en diferentes apartados el abordaje metodológico del estudio, su diseño, la muestra y el contexto, el procedimiento, la instrumentación elegida con sus características, las variables a medir, la recogida de datos y la protección de los participantes. El propósito primordial del estudio fue investigar si existía relación alguna entre el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado del alumnado del Ciclo Formativo de Grado Medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería<sup>29</sup>, así como tratar de hallar las relaciones de estos constructos con diferentes variables que por su interés se quisieron incluir.

Este diseño también permitió a la investigadora del estudio determinar si existían asociaciones significativas entre las variables independientes y las dependientes. El hecho de que se realizase una recogida de datos en un tiempo concreto, y sin obtener datos de identificación de la muestra, hizo que se descartase la posibilidad de contactar con los participantes en un periodo posterior. Principalmente debido a la dificultad -así como el coste que podría suponer-, se desestimó dicha intervención futura.

---

<sup>29</sup> En siglas: CFGM de TCAE



## Diseño del estudio y enfoque

Mediante un abordaje cuantitativo, la metodología que se ha aplicado en el estudio ha seguido un método observacional, analítico y transversal. Los datos se obtuvieron en un solo momento, en una ventana de tiempo específica y mediante una sola medición.

Siendo así, los enfoques descriptivos no pueden establecer causas, pues su objetivo es explorar detenidamente un fenómeno en una población. Sin embargo, sí pueden describirse diferencias entre los distintos grupos y relaciones entre las variables independientes y las resultantes.

No obstante, si lo que se pretende es explicar influencias entre las variables, la naturaleza de los tipos de análisis explicativos sí permite establecer “causas” de variaciones según indica Hyman (1995). Para ello, en las estrategias explicativas propias de las ciencias sociales, la investigadora debe buscar en el ambiente los efectos de su variable independiente que se espera que se muestren en la variable resultado. El condicionante que supone es asumir la reducción de la heterogeneidad de la muestra en la cual se da el fenómeno, es decir, la confianza en inferencia que se hace de la causalidad se logra restringiendo la heterogeneidad del universo. Esta cuestión se resuelve para nuestra investigación ya que el colectivo estudiado es sólo uno, estudiantes de un ciclo formativo específico, el de Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Según explica Briones (1996), la investigación que se ha llevado a cabo se clasificaría dentro de las *investigaciones ex post facto*, pues al tratarse de una investigación no experimental, la variable independiente ya ha ocurrido cuando se implementa el estudio, es decir, la ocurrencia de ciertos fenómenos que se toman como variables independientes. En este sentido, el presente trabajo trata con sujetos humanos sobre los que determinadas variables no pueden ser modificadas por la investigadora, aunque ésta sí ha podido seleccionar diferentes niveles de la variable independiente.

Finalmente, este método da lugar a dos tipos de diseño, el propiamente comparativo y el correlacional. El diseño comparativo es útil para analizar las diferencias entre los grupos a estudio y el diseño correlacional nos da a conocer las relaciones que se establecen entre las variables incluidas en el estudio, la relación medida es una afirmación sobre el grado de asociación entre las variables de interés.

## Participantes

La población a estudio la componen hombres y mujeres estudiantes del CFGM en Cuidados Auxiliares de Enfermería, pertenecientes a la totalidad de la red pública de centros de la *Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport de la Generalitat Valenciana*. La edad mínima para cursar ciclos de grado medio es de 16 años y no existe límite para la inscripción y matrícula en los mismos, no obstante no se registró ningún caso menor de 17 años. Pues cómo único motivo de exclusión se contempló la no participación de menores de 18 años o que no los cumplieran durante el año natural 2016. De este modo, el criterio de inclusión fue todas aquellas personas matriculadas en el primer curso de los estudios referidos durante el curso 2015/2016 mayores de 18 años o que los cumplieran durante el año natural 2016. El motivo de analizar las matrículas sólo del primer curso radica en la viabilidad de administrar los cuestionarios debido a la presencialidad de las estudiantes en los centros educativos durante este curso. Al tratarse de un ciclo corto de grado medio, el segundo curso se inicia directamente en el mes de septiembre en los centros de trabajo adscritos donde se cursa la formación práctica a lo largo del módulo de Formación en Centros de Trabajo (FCT). Este hecho añadía una dificultad para contactar con el alumnado, pues se hallaba disperso por múltiples instituciones sanitarias. Como criterio de exclusión, forma parte aquel alumnado matriculado para realizar los mismos estudios pero en centros de titularidad privada o bien, privada con concierto educativo con la *Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport*. A tal efecto, los centros educativos que conforman la muestra están distribuidos por las tres provincias del *País Valencià* y se ubican en las siguientes poblaciones: Callosa del Segura, Torrevieja, Alacant, Sant Vicent del Raspeig, Elda, Elx, Benidorm, Xàbia, Alcoi, Ontinyent, Xàtiva, Gandia, Silla, València, Mislata, Burjassot, Moncada, Sagunt-El Port de Sagunt, Utiel, Castelló de la Plana, Vall d'Alba i Vinaròs.

En cuanto al cálculo de la muestra significativa, para una población total de N=1150 sujetos (matrículas realizadas en base a la ratio máxima y grupos por centro educativo), con un IC del 95% y precisión/error=5%, el tamaño muestral mínimo es de 289. La muestra final efectiva para el presente estudio fue de 921 respuestas válidas, calculando un error de 1.44% y siendo la tasa de respuesta del 80.1%.

Esta muestra final permite un margen de error que mejora el previsto (4.99%). No obstante, es necesario apuntar que nuestro objetivo no fue en ningún momento alcanzar la muestra mínima, sino recoger las respuestas de la totalidad de estudiantes de los centros donde se impartían los estudios. De aquí que, la estrategia de administración del cuestionario estuviese tan exigentemente planificada e incluyese un protocolo de seguimiento exhaustivo, pues en todo momento, el objetivo considerado fue obtener un tamaño muestral análogo al tamaño poblacional real. Todos los detalles de la muestra a estudio se encuentran descritos en el apartado *Estudio en población final. Segunda Fase*.

## Instrumentos de investigación

En la realización de este estudio se han utilizado distintos instrumentos de recogida de datos que se describen a continuación. También se solicitó información acerca de cuestiones de interés para la investigación y que en el análisis se estudiaron como variables independientes. Para conocer los datos sociodemográficos se confeccionó un cuestionario de recogida de datos personales en el que se incluían las variables de fecha de cumplimentación, número identificador, género, edad, centro de educación secundaria o centro integrado de formación profesional y su población.<sup>30</sup> Los tres instrumentos utilizados en este estudio fueron los siguientes:

***Orientation to Life Questionnaire-13 Ítems (OLQ-13)***, (Anexo 2, p. 308) (Antonovsky, 1993) para la medida del sentido de coherencia (*Sense of Coherence*), es decir, hasta qué punto una persona tiene la amplia, resistente y dinámica sensación de confianza en que los estímulos provenientes del entorno en el curso de la vida son estructurados, predecibles y manejables. El constructo representa la capacidad que poseen las personas para percibir el significado del mundo que las rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que estos tienen sobre su entorno. El instrumento pretende medir una orientación global

---

<sup>30</sup> [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf\\_cKij\\_ToOx26g3-ZyMyKRdxr22\\_mJPxY2BkM-R7\\_uoD7iQ/viewform#start=openform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf_cKij_ToOx26g3-ZyMyKRdxr22_mJPxY2BkM-R7_uoD7iQ/viewform#start=openform)

de la personalidad que facilita la solución de problemas de forma adaptativa en situaciones estresantes a las que las personas se ven sometidas a lo largo de la vida. La escala original estaba compuesta por 29 ítems y fue traducida y validada al español por primera vez en una muestra de 161 alumnos de una escuela de adultos (Moreno, Alonso y Álvarez, 1997); medía las tres dimensiones de la salud: *Comprensibilidad* (nivel de comprensión del individuo de las situaciones que vive a diario; con 11 ítems), *Manejabilidad* (manejo de cada una de las situaciones que experimenta; con 10 ítems) y *Significatividad* (nivel de significado que la persona concede a dichas situaciones; con 8 ítems). La escala *OLQ-13* ha mostrado una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach entre .70 y .92 (Antonovsky, 1993; Eriksson y Lindström, 2005; Lizarbe-Chocarro, Guillén-Grima, Aguinaga-Ontoso y Canga, 2016) y conserva las mismas cualidades psicométricas que la versión de 29 ítems, además de conferir más sosiego a la hora de responderla, debido a que contiene menor número de reactivos (Virués-Ortega, Martínez-Martín, del Barrio y Lozano, 2007). Al igual que en el cuestionario extenso, el de 13 ítems también se miden las dimensiones de *Comprensibilidad* (con 5 ítems), *Manejabilidad* (con 4 ítems) y *Significatividad* (con 4 ítems). Las respuestas ofrecen un *continuum* de grado de acuerdo al desacuerdo en 7 opciones de respuesta –representadas en una escala tipo *Likert*, de 1 a 7- que van del “*Nunca*” “*Rara vez*” hasta el “*Muy a menudo*” o “*Siempre*”, tanto en sentido de la pregunta positivo como en negativo. Concretamente los ítems negativos que se deben revertir antes del análisis de datos son el 1, 2, 3, 7 y 10. Asimismo, los ítems 4, 7 y 11 recogen otras descripciones para las categorías de respuesta. El instrumento permite obtener una puntuación mínima de 13 y una puntuación máxima de 91. En cuanto a las características que comprenden las tres dimensiones del sentido de coherencia, se recogen en la siguiente Tabla 6.1.

Dimensión	Ítems	Puntuación	
		Mínima	Máxima
<i>Manejabilidad</i>	3, 5, 10, y 13	4	28
<i>Comprensibilidad</i>	2, 6, 8, 9 y 11	5	35
<i>Significatividad</i>	1, 4, 7 y 12	4	28

**Tabla 6.1. Dimensiones del sentido de coherencia con los ítems que los definen y sus puntuaciones mínimas y máximas. Antonovsky, 1993.**

***Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA-S) (ASA)*** (Anexo 3, p. 311) (Evers, Isenberg, Philipsen, Brouns, Halfens y Smeets, 1986). La escala se utiliza para medir la *capacidad de autocuidado*, concepto descrito por Dorothea Orem en la Teoría del Déficit del Autocuidado (1979-1995). Dentro de esta teoría se define el constructo de *Self-care Agency*, que tiene las características que Edgar Morin (2001) identifica en el paradigma de la complejidad y entendido como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. El ASA está basado en la activación de los rasgos operacionales, transicionales y estimativos del autocuidado. Desarrollada a través de la colaboración entre la Wayne State University y la University of Limburg de Países Bajos, fue el producto del primer trabajo colaborativo que comenzó en 1983, cuando Isenberg fue invitada como consultora a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Maastricht, en Holanda. El equipo que participó en el desarrollo y prueba psicométrica de esta escala incluyó a los profesores Philipsen, Evers, Brauns, Smeets e Isenberg. El cuestionario final lo conforman 24 ítems con 5 opciones de respuesta tipo *Likert* que cubren el rango desde 1 "*Totalmente en desacuerdo*" al 5 "*Totalmente de acuerdo*". Las puntuaciones recogen todas las posibilidades numéricas entre un mínimo de 24 y un máximo de 120, y cuyos valores totales más altos indican un mayor grado de capacidad de autocuidado. Los ítems 6, 11 y 20 de la escala están redactados de forma negativa por lo que deben ser revertidos antes de proceder al análisis de datos. La validación de su consistencia interna fue establecida por un panel de expertos en la teoría de Orem (Evers, 1989), siendo también demostrada por numerosos estudios recientes, que determinaron coeficientes de alfa de Cronbach entre .80 y .85. La escala ASA ha sido traducida en varios idiomas, en países de Europa, Asia oriental y en Latinoamérica y validado el instrumento en cada cultura. La medición de la validez conceptual y fiabilidad de la escala en versión en español fue realizada por Gallegos (1998) para un grupo de pacientes con diabetes, obteniendo un alfa de Cronbach de .77.

***Cuestionario de activos para la salud (CAS)*** (p. 147 de esta tesis doctoral) Tomando como referencia los trabajos previos de Aviñó, Cofiño y Paredes (2014); Vera-Remartínez, Paredes, Aviñó, Jiménez, Araujo, Agulló y Mora (2016), y como ejemplo de categorización el trabajo de investigación de Agulló-Cantos (2017), se

construyó el cuestionario *ad hoc* para la presente Tesis Doctoral, con la intención de identificar los activos para la salud de la muestra de estudio. Morgan y Ziglio (2007) se refieren a los activos para la salud como factores o recursos que mejoran las habilidades de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener la salud y reducir desigualdades. Los cuestionarios de activos para la salud nos ayudan a la identificación de activos que permiten enumerar habilidades y competencias que tienen las personas y son necesarias para gestionar y hacer frente a muchos riesgos y situaciones adversas que la mayoría de las personas se enfrentan a lo largo de sus vidas (Aviñó, 2011). Morgan, en 2014, estableció un conjunto de cinco principios que ayudan a aclarar la aplicación práctica del modelo de activos: (1) dar prioridad a los paradigmas positivos, basados en la teoría salutogénica, (2) participación de los individuos y las comunidades locales de manera efectiva y apropiada para el beneficio de la salud, (3) conexión del individuo con la comunidad y la sociedad en general, (4) trabajo multi-profesional y multidisciplinar y (5) asegurar el buen funcionamiento a través de pruebas de evaluación multi-método<sup>31</sup>.

El CAS está formado por una serie de 4 preguntas con respuestas abiertas en las cuáles la persona encuestada escribía los conceptos que abordan los siguientes aspectos relacionados con la salud: activos intrapersonales o activos en relación a uno mismo/a (pregunta 1), activos interpersonales o en relación a las personas con quienes mantiene algún tipo de relación y/o convivencia (pregunta 2) y activos extrapersonales agrupados en dos bloques: (1) las instituciones, servicios, asociaciones, infraestructuras de la comunidad (pregunta 3) y (2) espacios, lugares y recursos externos (pregunta 4).

---

<sup>31</sup> Ejemplo de aplicación práctica del modelo de activos satisfaciendo estos cinco principios es el proyecto RIU (Paredes, Aviñó y Peiró, 2009; Paredes, et al., 2011) que se está llevado a cabo en un barrio multicultural socialmente desfavorecido de la provincia de Valencia, utilizando herramientas comunitarias basadas en activos para mejorar los servicios y entornos locales.

## Análisis de fiabilidad de los instrumentos OLQ-13 y ASA-S para la muestra de estudio

En la Tabla 6.2 se recogen los principales índices de fiabilidad de la escala OLQ-13 o SOC- 13, mostrándose niveles adecuados de consistencia interna tanto en la escala completa como en cada dimensión de segundo orden, siendo superior a .80 en el caso de la escala completa, mientras que los componentes de *Manejabilidad* (MNJ), *Comprensibilidad* (CMP) y *Significatividad* (SGN), presentan valores algo inferiores (entre .584 y .652), aunque es de destacar que dichos componentes cuentan con menor volumen de ítems (4 referidos a la MNJ, 5 a la CMP y 4 a la SGN).

**Tabla 6.2**  
*Índices de fiabilidad para la Escala SOC-13 en la muestra de estudio*

Indicador	Fiabilidad	Valor
SOC Total	Alfa de Cronbach	0.811
	Dos mitades de Guttman	0.719
	P1	0.640
	P2	0.781
MNJ	Alfa de Cronbach	0.584
CMP	Alfa de Cronbach	0.652
SGN	Alfa de Cronbach	0.614

En la Tabla 6.3 se presentan los mismos índices para la escala ASA de medida de las operaciones estimativas y productivas de autocuidado, que también revelaron propiedades psicométricas aceptables y en la línea de los estudios transculturales realizados hasta la fecha en Noruega, Holanda, Suiza, México, Hong Kong, EEUU y Colombia.

**Tabla 6.3**  
*Índices de fiabilidad para la Escala ASA en la muestra de estudio*

Indicador	Fiabilidad	Valor
ASA	Alfa de Cronbach	0.782
	Dos mitades de Guttman	0.712
	P1	0.572
	P2	0.731



## Variables a estudio

En este apartado se ha procedido a describir las variables que se tomaron como independientes en el estudio, junto con las categorías que las integran, en base a una clasificación esquemática que se presenta en la misma secuencia de orden de presentación en el cuestionario administrado. Las variables a estudio las conforman una serie de indicadores sociodemográficos básicos, a los que se han aportado otras cuestiones de relevante interés para el estudio y que tratan de conocer el rendimiento académico de las estudiantes, las motivaciones que les llevaron a matricularse en los estudios de TCAE, así como aspectos que les pueden generar bienestar en su día a día y que se conceptualizan como los Recursos Generales de Resistencia.

### *Variables sociodemográficas*

Para la recogida de los datos de carácter sociodemográfico y económico, así como de la condición laboral, se tomó como referencia la propuesta de la *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2010*, en su cuarta edición. Se trata de variables cuantitativas continuas y discretas y variables cualitativas. La tabla 6.4 muestra el nombre de la variable y las categorías que la integran.

Variable	Categorías
<b>Género</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mujer</li> <li>Hombre</li> </ul> <p>• Para esta investigación se decidió categorizar en base al género binario, no incluyéndose una tercera categoría explícita: "tercer género/género neutro", aunque se provisionó una celda en blanco para que quien lo desease pudiese aportar información cualitativa.</p>
<b>Grupo de Edad</b>	<p>La recogida de este dato se realizó de forma numérica, obteniendo una variable de carácter continuo. Posteriormente –para su mejor análisis y comparación- se categorizó en 3 grupos de edad, de este modo encontramos los sujetos clasificados según edad de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiantes &lt; de 30 años</li> <li>• Estudiantes entre 30 y 45 años</li> <li>• Estudiantes &gt; de 45 años</li> </ul>

<b>Situación laboral</b>	Empleado/a Desempleado/a
<b>Nivel de Ingresos<sup>32</sup></b> Se refiere a los ingresos netos de la unidad familiar del/la estudiante, entendido como el nivel de renta en el que percibían encontrarse, de entre las opciones siguientes.	Alto Medio/alto Medio Medio/bajo Bajo No sabe/No contesta
<b>Centro educativo recodificada como: Entorno geográfico del centro*</b>	<p>Las opciones contemplaban todos los centros de titularidad pública (23), Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) como Centros Integrados de Formación Profesional (CIPFP), donde se imparten los estudios de TCAE. El alumnado debía marcar la opción que les correspondía.</p> <p> <input type="radio"/> IES Leonardo da Vinci_ALACANT  <input type="radio"/> CIPFP BatoI_ALCOI  <input type="radio"/> IES L'Almadrava_BENIDORM  <input type="radio"/> IES Federica Montseny_BURJASSOT  <input type="radio"/> IES Santiago Grisolia_CALLOSA DE SEGURA  <input type="radio"/> IES Matilde Salvador_CASTELLÓ  <input type="radio"/> IES La Melva_ELDA  <input type="radio"/> IES La Torreta_ELX  <input type="radio"/> IES Tirant lo Blanc_GANDIA  <input type="radio"/> CIPFP Mislata_MISLATA  <input type="radio"/> IES Enrique Tierno Galván_MONCADA  <input type="radio"/> IES Jaume I_ONTINYENT           </p> <p> <input type="radio"/> IES Jorge Juan_SAGUNT  <input type="radio"/> CIPFP Canastell_S. VICENT RASPEIG  <input type="radio"/> IES Enric Valor_SILLA  <input type="radio"/> IES Las Lagunas_TORREVEIJA  <input type="radio"/> IES M. Ballesteros Viana_UTIEL  <input type="radio"/> CIPFP Ausiàs March_VALÈNCIA  <input type="radio"/> CIPFP Ciutat Aprenentatge_VALÈNCIA  <input type="radio"/> IES Alfonso XIII_VALL D'ALBA  <input type="radio"/> IES José Vilaplana_VINARÒS  <input type="radio"/> IES Número 1_XÀBIA  <input type="radio"/> CIPFP La Costera_XÀTIVA           </p>

**Tabla 6.4. Variables sociodemográficas del estudio. Colomer, 2017.**

<sup>32</sup> La categoría *No sabe/No contesta* no se tomó en consideración posteriormente en el análisis de los datos porque no aportaba información relevante; respondida por 191 estudiantes, fue eludida reconfigurándose la muestra para el estudio -únicamente de esta variable- sobre una n=730.

*Entorno geográfico del centro\**

Una forma de categorizar la variable “centro educativo<sup>33</sup>” para explotar mejor las posibilidades del análisis estadístico, fue pensada en la línea de distribuir las poblaciones donde se ubicaban los centros en base a criterios demográficos, de tamaño poblacional y geográficos. Este procedimiento se muestra en la Tabla 6.5.

**Tabla 6.5**

*Categorización de la variable Centro Educativo en Entorno Geográfico del Centro, según criterios de densidad y tamaño poblacional*

Centro Educativo	Densidad (hab./km <sup>2</sup> )	Población (hab.)	Categoría
CIPFP Ausiàs March_VALÈNCIA	5840.51	786189	2
CIPFP Batoj_ALCOI	459.53	59567	1
CIPFP Canastell_S. VICENT RASPEIG	139	56302	1
CIPFP Ciutat Aprentatge_VALÈNCIA	5840.51	786189	2
CIPFP La Costera_XÀTIVA	177.84	29095	1
CIPFP Mislata_MISLATA	21010	43320	2
IES Alfonso XIII_VALL D'ALBA	54.31	2844	0
IES Enric Valor_SILLA	745.76	18570	1
IES Enrique Tierno Galván_MONCADA	1404.23	21842	1
IES Federica Montseny_BURJASSOT	11070.88	37546	2
IES Jaume I_ONTINYENT	288.45	35621	1
IES Jorge Juan_Port de SAGUNT	492.45	64944	1
IES José Vilaplana_VINARÒS	296.85	28190	1
IES L'Almadrava_BENIDORM	1792	69045	2
IES La Melva_ELDA	1169.25	53248	2
IES La Torreta_ELX	697.13	227312	1
IES Las Lagunas_TORREVIEJA	1279.61	88479	2
IES Leonardo da Vinci_ALACANT	1649.86	328648	2
IES Matilde Salvador_CASTELLÓ PLANA	1571.89	170990	2
IES M. Ballesteros Viana_UTIEL	51	11915	0
IES Número 1_XÀBIA	423.78	27681	1
IES Santiago Grisolia_CALLOSA SEGURA	723.16	18200	1
IES Tirant lo Blanc_GANDIA	1258.17	75514	2

0= Población Rural; 1= Población Urbana; 2= Gran Urbe

<sup>33</sup> La variable “centro educativo” respondía a la pregunta: ¿En qué Centro educativo estudias el actual Ciclo de Cuidados Auxiliares de Enfermería?”

Los criterios de distribución de las poblaciones se justifican con la aplicación de criterios estándar en la estadística oficial europea<sup>34</sup> que nos permite determinar la población según aglomeraciones. De este modo, encontramos por un lado aglomeraciones urbanas (celdas contiguas con una densidad mínima de 300 habitantes por km<sup>2</sup> y un mínimo de población de 5.000 habitantes), y por otro lado, las que se encuentran por debajo de estos parámetros que se clasifican como áreas rurales. Mediante criterios similares (contigüidad, densidad mínima de 1.500 habitantes por km<sup>2</sup> y un mínimo de población de 50.000 habitantes), se determina la población que vive en aglomeraciones urbanas de alta densidad (Goerlich y Cantarino, 2015). Los autores indican que mediante simples operaciones en el contexto de los Sistemas de Información Geográfica (S/G) se puede realizar la transformación de esta *grid* rural/urbana en poblaciones rurales y urbanas a nivel de municipio; de esta forma -y para cada municipio- se determina la población que vive en áreas rurales (0), en aglomeraciones urbanas (1) y en aglomeraciones de alta densidad o grandes urbes (2).

---

<sup>34</sup> Eurostat: your key to European statistics <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>).

## *Variables de interés de creación propia*

### *Rendimiento Académico*

Como se detalló en la revisión de la titulación en el Capítulo 5, el primer curso del CFGM en CAE contempla 7 módulos con sus respectivas cargas horarias. Estas materias son evaluadas trimestralmente en forma de exámenes parciales procedimentales, conceptuales y aptitudinales. Sin embargo, a efectos académicos solo se contemplan las notas finales de cada módulo. Estas corresponden generalmente al sumatorio de los tres parciales del curso, o en su defecto, a la convocatoria libre que se establece en una sola nota, pues entonces toda la materia en su conjunto es evaluada en una sola prueba. Siendo así que cada módulo recibe una nota final que se puntúa con un número entero, no existiendo la posibilidad de recoger decimales. Finalmente, la media aritmética de los 7 módulos corresponde a la nota final del expediente académico del/la alumno/a (esta vez sí se recogen decimales), pues el módulo de Formación en Centros de Trabajo que se cursará en el segundo año se evalúa con Apto/No apto, no siendo computable a efectos de nota de expediente. Sí será imprescindible obtener la calificación de Apto para poder solicitar el título.

La organización del curso en general, del calendario de exámenes en particular y de la programación didáctica del departamento de sanidad de cada centro, se genera desde la *Resolución de la Dirección General de Política Educativa, de la Dirección General de Centros y Personal Docente y de la Dirección General de Formación Profesional y Enseñanzas de Régimen Especial, por la que se dictan instrucciones sobre ordenación académica y de organización de la actividad docente de los centros de la Comunitat Valenciana*. El documento aporta –entre otras- las instrucciones para gestionar y unificar en todos los centros las fechas de exámenes finales. Durante el mes de Mayo se desarrollan los últimos exámenes de las materias y el alumnado a estas alturas del curso ya conoce cuál será el resultado de su expediente académico, a falta de matices. Si no con certeza en la calificación numérica, sí puede saber con probabilidad muy alta entre que grados de rendimiento se encontrará. De aquí el interés de realizar la administración de los cuestionarios en este periodo del curso académico, justo concluyendo el curso académico ordinario

(a falta de convocatorias extraordinarias en el mes de Julio), pero no antes de que finalice para poder contactar con la muestra con garantías.

Atendiendo a estas pautas, se confeccionó esta variable entendiéndola como cualitativa, pero añadiendo una indicación numérica entre paréntesis por cada categoría para que resultase más inteligible. El alumnado era preguntado sobre su expediente académico final, de forma: *¿Aproximadamente, podrías indicar qué nota media (de todos los módulos) obtendrás este curso?* Las opciones de respuesta eran: Suspenso (<5), Aprobado (5-5'9), Bien (6-6'9), Notable (7-7,9), Sobresaliente (8-8,9), Matrícula de Honor (9-10). Una característica original de la evaluación en la Formación Profesional en sus tres grados (básico, medio y superior), es que permite puntuar al alumnado excepcionalmente excelente con una nota de 11. Entonces se concede un premio extraordinario de curso, solo a efectos de reconocimiento por la comunidad educativa del centro. Tal hecho no suele ser habitual pero dado el caso, la nota media final del expediente correspondería en efecto a un 11; debido a la escasa asiduidad del fenómeno, y que el alumnado no suele ser conocedor de tal posibilidad (pues durante el curso no es posible puntuar un 11 en ninguna evaluación), no se consideró idóneo habilitar una categoría más que incluyese esta verosimilitud.

### *Motivación de elección de los estudios*

Para nuestro propósito de investigación era imprescindible aproximarnos al sentir del alumnado acerca de las condiciones, causas, motivos, etc., que les condujeron a elegir voluntariamente -recordemos que la Formación Profesional está enmarcada dentro de la Formación formal no obligatoria-, cursar los estudios de Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Fruto de la experiencia de la investigadora como tutora de 1º de CAE durante los años 2006-2016, y basándose en las fichas-autoinformes de su alumnado pasado, se seleccionaron aquellas apreciaciones sobre motivación más reportadas y se sintetizaron en cuatro categorías más explícitas e inteligibles. En este caso, se consideró incorporar una categoría que albergase “otras causas” y que no tuviese ninguna relación con las anteriores. En los informes de tutoría se observó que entre el alumnado existían situaciones más especiales como puede ser experimentar

presión familiar para inscribirse en el ciclo, cursar estudios frente al hecho de encontrarse desempleado/a y sentir la necesidad de mantenerse ocupado/a, ampliar su *curriculum vitae* sin sentir necesidad de ejercer la profesión posteriormente, o utilizar el ciclo de grado medio como pasarela para cursar estudios de ciclo superior. En la Tabla 6.6 se recogen las categorías confeccionadas *ad hoc* para la variable *Motivación de elección de estudios*, y que responden a la pregunta: *¿Que motivación te condujo a estudiar el ciclo formativo de Cuidados Auxiliares de Enfermería?*. También se muestra la posterior codificación para su mejor manipulación en la descripción de los análisis.

**Tabla 6.6**

*Categorización de la variable motivación de elección de estudios. Recodificación*

<i>Categoría</i>	<i>Recodificación</i>
Siempre he querido estudiar el ciclo en Cuidados Auxiliares de Enfermería o estudios relacionados con los cuidados	VOCACIONAL
No me aceptaron en otros estudios por no alcanzar la nota de acceso	NO PUDO ACCEDER A OTRO ESTUDIOS
Pienso que este título mejorará mis opciones de encontrar trabajo	BÚSQUEDA MEJOR OPCIÓN LABORAL
No tengo ninguna motivación especial	SIN MOTIVACIÓN
Otra	OTRA

## Categorización de los activos para la salud

El proceso de categorización de los activos para la salud identificados por nuestra población se basó en una debida operacionalización que comprendió un doble abordaje: apriorístico y emergente. Por un lado fue apriorístico, es decir, las categorías fueron construidas antes del proceso recopilatorio de la información. En este sentido se elaboraron las categorías correspondientes a los conceptos objetivadores, que en nuestro caso corresponden a los activos y sus diferentes tipologías internas. En la Tabla 6.7 se reúnen las preguntas abiertas que se confeccionaron expresamente para recoger la información relacionada con los activos para la salud y que se lanzaron a la muestra de estudio. Se identifica en la columna adyacente la categoría que le corresponde. Se confeccionaron tomando como base los trabajos de Aviñó, Cofiño y Paredes (2014) y como ejemplos de categorización de activos a Vera-Remartínez, Paredes-Carbonell, Aviñó Juan-Ulpiano, Jiménez-Pérez, Araujo Pérez, Agulló-Cantos y Mora Notario (2014), así como el trabajo de investigación de Agulló Cantos (2017), y se materializaron de la siguiente manera<sup>35</sup>:

Pregunta	Categoría
¿Puedes escribir algunos aspectos positivos que tienes en ti mismo/a que te generan bienestar?	ACTIVOS INTRAPERSONALES
¿Puedes decir qué personas tienes cerca de ti que te generan bienestar?	ACTIVOS INTERPERSONALES
¿Puedes decir qué asociaciones/grupos/instituciones tienes a tu alcance y usas porque te generan bienestar?	ACTIVOS EXTRAPERSONALES I: <i>Grupos/Instituciones</i>
¿Puedes nombrar qué espacios o lugares sueles frecuentar porque te generan bienestar?	ACTIVOS EXTRAPERSONALES II: <i>Espacios físicos/Lugares</i>

**Tabla 6.7. Categorización de los activos para la salud.** Colomer, 2017.

<sup>35</sup> La pregunta se formula sobre aquello que genera “bienestar” -y no explícitamente “salud”- debido a la idiosincrasia integradora inherente en el primer concepto y el carácter de aplicabilidad que subyace en este término en relación con la vida en general.



En una segunda fase de reflexión, se procedió a la elaboración de subcategorías emergentes que recogen los conceptos sensibilizadores. Esto quiere decir que las categorías surgieron fruto del levantamiento de referenciales significativos a partir del análisis de la información de la base de datos (Cabrera, 2005). Las subcategorías incluyen los Recursos Generales de Resistencia (*GRR*) y algunos Recursos Específicos de Resistencia (*SRR*) referidos por las personas entrevistadas, que se distribuyen a modo de esferas concéntricas (activos interpersonales) o esferas independientes (activos extrapersonales). Respecto al tratamiento de los activos intrapersonales, se decidió describir aquellos que tenían una mayor frecuencia de aparición y categorizar dos conceptos, aquellos que tenían que ver con el Autocuidado y con el cuidado hacia los demás. La propuesta se muestra en la Tabla 6.8.

Categorías assets	Subcategorías
<b>Activos Intrapersonales</b>	0: Otros <sup>36</sup> 1: Cuidar a los demás 2: Autocuidado
<b>Activos Interpersonales</b>	0: Otros <sup>37</sup> 1: Pareja 2: Amistades 3: Familia nuclear simple ascendente 4: Familia nuclear simple descendente 5: Familia extensa 6: Familia + Amistades

<sup>36</sup> En esta categoría “otros” se recogieron todos los atributos, conceptos y rasgos de personalidad que refirió la muestra que no tuviesen relación con las operaciones de cuidado/autocuidado. Se explicitan en el Capítulo 7 de resultados.

<sup>37</sup> La categoría “otros” recogía información que no tenía relación con las anteriores, entre las respuestas obtenidas se presentaban opciones como: mascotas o animales de compañía, uno/a mismo/a, nadie, etc.

Categorías assets	Subcategorías
<b>Activos</b> <b>Extrapersonales:</b> <b>Grupos/Instituciones</b>	0: No refiere/Refiere ninguno 1: Voluntariado 2: Instituciones educativas 3: Instituciones deportivas 4: Instituciones lúdicas y de ocio 5: Instituciones religiosas 6: Instituciones musicales y artísticas 7: Grupo social
<b>Activos</b> <b>Extrapersonales:</b> <b>Espacios</b> <b>físicos/Lugares</b>	0: No refiere/Refiere ninguno 1: Espacio natural de montaña 2: Espacio natural de playa 3: Montaña + playa. 4: Espacios urbanos 5: Espacios deportivos 6: Espacios lúdicos/de ocio 7: Espacios espirituales/religiosos 8: Espacios educativos 9: Espacios culturales 10: Vivienda 11: Lugar de trabajo

**Tabla 6.8. Categorías y subcategorías de activos para la salud. Colomer, 2017.**

## Procedimiento

### *Primera fase: Estudio Piloto*

A inicios del año 2015, ya se había realizado la primera búsqueda bibliográfica y se había apostado por seleccionar un par de instrumentos. Sobre el primero, el OLQ-13 no se tuvo dudas en ningún momento. Respecto al ASA, se atendieron algunas observaciones que presentaban los análisis factoriales en sus estudios transculturales de validación de la escala. Por ello, se decidió previamente a acometer la Fase II, realizar una prueba con una muestra reducida, y de este modo poder valorar el comportamiento de ambos cuestionarios en la población de estudio y sobre la que deseábamos trabajar en un futuro. El estudio piloto se desarrolló en mayo del 2015 con alumnado de dos grupos del primer curso de TCAE del Centro Integrado de Formación Profesional La Costera (Xàtiva-València); el motivo de elección se debió a que en el momento del estudio era el centro de trabajo de la investigadora del presente estudio.

A tratarse de una intervención local, los permisos y autorizaciones se solicitaron al *Consell Social* y al Claustro de profesorado del mismo centro. El cuestionario se administró en formato papel en una sesión lectiva de la materia que impartía la profesora investigadora. Esta experiencia resultó muy aclaratoria respecto a la estimación del tiempo que se necesitaba dedicar para el desarrollo de la actividad y las necesidades del alumnado para la consecución de la misma. También se tomó nota de las dudas que surgieron así como las sugerencias para la mejora que quisieron aportar las personas participantes. Esta puesta en escena fue de gran valor para extrapolar la experiencia a la magnitud de lo que supondría la segunda fase de la investigación, el estudio en la población II, es decir, la totalidad del alumnado que estudia el CFGM de Cuidados Auxiliares de Enfermería en centros públicos en el *País Valencià*.

Con la intención de difundir los resultados de la prueba piloto se redactó el trabajo y se presentó en las *I Jornadas de profesorado universitario* en Toledo en noviembre del 2015. El formato de presentación fue una comunicación oral y se

redactó un artículo que formó parte de la publicación del libro de actas del congreso.<sup>38</sup>

En la Tabla 6.9 se presenta el *abstract* de la publicación.

**Título:** Sentido de Coherencia y Capacidad de Autocuidado en estudiantes de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

**Autoría:** Anna Natura Colomer Pérez, Joan J. Paredes Carbonell, Elena Chover Sierra.

**Universidad:** Universitat de València. Facultat d'Infermeria i Podologia.

**Introducción:** La posesión de un Sentido de Coherencia fue descrita por Antonovsky como la posibilidad personal de construcción de experiencias coherentes en la vida; para su evaluación se utiliza el cuestionario SOC, que mide tres componentes: Comprensibilidad (capacidad de comprensión para entender lo que ocurre), Manejabilidad (capacidad de gestión de recursos personales para enfrentarse a factores estresantes) y Significatividad (capacidad de dar significado y valorar la percepción de un estímulo). Mediante la escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidados (Appraisal Self-care Agency) conocemos la capacidad de una persona para realizar operaciones productivas y estimativas de autocuidado.

**Objetivo:** Analizar la relación entre el Sentido de Coherencia y capacidad de autocuidado en estudiantes de ciclo formativo de grado medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería del CIPFP La Costera, Xàtiva.

**Material y método:** Estudio observacional, descriptivo y transversal sobre una muestra de estudiantes. Se recogieron datos sobre variables sociodemográficas y se valoró el SOC y la ASA. Posteriormente, se realizó análisis descriptivo de los datos mediante medidas de tendencia central o distribución de frecuencias y se analizaron correlaciones entre variables y diferencias de medias mediante pruebas no paramétricas.

**Resultados:** Participaron 42 sujetos con una edad media de 34 años ( $34,62 \pm 12,19$ ); 37 mujeres (88,1%) y 5 hombres (11,9%); 20 de ellos (23,8%) referían tener trabajo. La mayoría (83,4%) indica tener un umbral de renta bajo (40,5%) o medio-bajo (42,9%). La puntuación media en la escala ASA fue  $96,95 \pm 8,56$  y en la escala SOC  $57,64 \pm 8,07$  (manejabilidad  $18,19 \pm 2,90$ , significatividad  $22,21 \pm 4,75$  y comprensibilidad  $17,24 \pm 2,62$ ). 85,7% presentan un potencial de autocuidado suficiente ( $>89$  en escala ASA). Se encontró relación estadísticamente significativa entre nivel de renta y las puntuaciones globales de ambas escalas ( $\rho=0,39$ ,  $p<0,05$  para ASA y  $\rho=0,45$   $p<0,01$  para SOC), así como entre las puntuaciones totales de las escalas ( $\rho=0,41$   $p<0,01$ ). No se encontró relación lineal entre la edad y las puntuaciones en ninguna de las escalas, ni tampoco se encontraron diferencias entre estudiantes jóvenes y maduros analizadas mediante test U de Mann-Whitney, aunque los maduros obtuvieron puntuaciones más elevadas ( $98,57 \pm 8,8$  en ASA y  $58,65 \pm 8,33$  en SOC). Aunque los hombres tienen mayor puntuación en ASA ( $99,8 \pm 6,68$ ) y las mujeres más puntuación en SOC ( $57,67 \pm 8,35$ ), estas diferencias no son estadísticamente significativas según el test U de Mann-Whitney. Las puntuaciones más elevadas en ambas escalas corresponden a umbrales de renta más bajos ( $109,5 \pm 0,58$  en ASA y  $64,5 \pm 4,04$  en SOC); estas diferencias son estadísticamente significativas únicamente para la escala ASA ( $p<0,05$ ), según el test de Kruskal-Wallis. Los sujetos que no desarrollan una actividad laboral obtienen mayores puntuaciones ( $98,12 \pm 7,33$  en ASA y  $59,5 \pm 8,25$  en SOC), siendo estas diferencias también estadísticamente significativas ( $p<0,05$  en ASA y  $p<0,01$  en SOC), según el test U de Mann-Whitney.

**Conclusiones:** Estudiantes con niveles de SOC más elevados obtienen también resultados más elevados en capacidad de autocuidado. Tanto el sentido de coherencia como la capacidad de autocuidado están relacionados con factores no modificables (edad) como modificables (situación laboral, nivel de renta).

**Palabras clave:** Enfermería, Sentido de Coherencia, capacidad de autocuidado.

**Tabla 6.9. Resumen del artículo "Sentido de coherencia y capacidad de autocuidado en estudiantes de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería" para las I Jornadas de profesorado universitario, Toledo, noviembre 2015. Colomer, 2015.**

<sup>38</sup> [http://www.cnde.es/cms\\_files/IX\\_Jornadas\\_Profesorado\\_LibroActas.pdf](http://www.cnde.es/cms_files/IX_Jornadas_Profesorado_LibroActas.pdf)

29 y 30 de octubre del 2015. Número de ISBN de la publicación: 978-84-608-1289-0

En efecto, algunos resultados relevantes de este estudio piloto aportaron indicios de cómo se podría desarrollar la ejecución de la segunda fase. Con la intención de obtener más detalles acerca de cómo la población a estudio había recibido el procedimiento de administración y respuesta la población a estudio, se decidió crear un grupo focal reducido de 15 personas para abordar las dificultades encontradas en la implementación del cuestionario.

Respecto al instrumento SOC-13, coincidieron las participantes que algunos ítems estaban formulados de forma rebuscada y conducían a engaño, de tal forma que, con la intención de buscar mayor simplicidad y al mismo tiempo mantener los diferenciales semánticos de las preguntas originales, los ítems que generaban confusión fueron reemplazados por palabras y estructuras sinónimas que representaban una dimensión análoga a la del cuestionario original. Fueron los siguientes; Ítem 5: “*¿Tiene la impresión de que ha sido tratado injustamente?*” por “*¿Crees que se te trata de forma injusta?*”; Ítem 6: “*¿Sientes que te encuentras en una situación poco frecuente o familiar y que no sabes qué hacer?*” por “*¿Sientes que te encuentras en una situación a la que no estás acostumbrado/a y no sabes qué hacer?*”; Ítem 7: “*El llevar a cabo sus actividades día a día constituye:*” por “*Realizar las actividades de cada día es:*”; Ítem 13: “*¿Con qué frecuencia tiene la impresión de que no está seguro de poder actuar bajo control?*” por “*¿Con qué frecuencia tienes sentimientos que no estás seguro/a de poder controlar?*”.

Respecto al instrumento ASA-S, se pudo observar que el ítem 8 generó dudas en la interpretación, induciendo un alta tasa de no respuesta y originando datos perdidos de importancia. Este aspecto fue abordado por la investigadora en el grupo focal para obtener más información al respecto, se propusieron varias alternativas entre el alumnado y la profesora para reajustarlo y que resultase más inteligible para nuestro contexto y lengua. Parecía ser que el error de interpretación se sucedía cuando el alumnado entendía el verbo *bañarse* como la acción de sumergirse en una bañera y no como una forma genérica de describir la realización de la higiene del cuerpo. Se precisaba pues aclarar que la motivación en el ítem era conocer si la higiene del cuerpo era efectiva y se proveía de forma correcta, independientemente del método elegido.

De este modo el ítem original que se describía así: “*Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio*” se adaptó con la siguiente premisa: “*Me ducho/baño con la frecuencia necesaria para mantenerme limpio/a*”.

Como puede observarse, este y todos los ítems de los dos instrumentos utilizados, se redactaron utilizando un lenguaje inclusivo.

## Segunda fase: Estudio en Población II

### Contexto y muestra

En la realización de este estudio participaron 921 estudiantes que respondieron al cuestionario de forma voluntaria y que en la actualidad cursan el Ciclo Formativo de Grado Medio de Cuidados Auxiliares de Enfermería. Todas estas personas cursaban, en el momento de la recogida de datos, el primer curso del mencionado ciclo. Entre ellas, 751 eran mujeres (81.54%) y 170 hombres (18.46%).

La edad oscila de 16 años de mínima a 57 años de máxima, siendo la media  $M=28.52$  años con una desviación típica ( $DT$ )= $11.429$  años.

Respecto a los 23 centros educativos participantes, el 8.7% se ubicaban en poblaciones de áreas rurales, el 47.8% en poblaciones de áreas urbanas y el 43.5% de los mismos se encontraban en agrupamientos catalogados como grandes urbes.

### Garantías éticas. Permisos y consentimiento informado

Previo a la recolección de datos se planificaron y solicitaron las autorizaciones correspondientes a la *Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport*. Se remitió el Protocolo de Investigación a la *Secretaria Autonòmica d'Educació i Investigació*, concretamente al servicio de gestión de proyectos de innovación y fue autorizado en fecha de 25 de febrero de 2016 por el secretario autonómico de educación e investigación (Anexo 4, p. 315).

Dicha autorización especificaba -en el punto segundo- que cada equipo directivo de los centros educativos debía solicitar, a su vez, la autorización al *Consell Escolar* para que el cuestionario pudiese ser implementado por el alumnado con ayuda del profesorado en horario lectivo. Y además, para el alumnado menor de edad, debió recogerse una autorización previa de las madres, padres o tutores legales con su consentimiento para la participación de estudiantes menores en el estudio (punto tercero de la autorización).

En un segundo tiempo –momento en que se administra el cuestionario- se asumieron las siguientes medidas para garantizar el anonimato y la protección de las participantes del estudio:

1. Las personas participantes fueron informadas por el profesorado tutor de los grupos de que su participación era voluntaria y de que ninguna acción punitiva en el ámbito académico sería llevada a cabo en caso de no desear participar en el estudio.
2. La primera pantalla del cuestionario online informaba de los detalles legales de la investigación, recogidos en el siguiente texto: *“el cuestionario es anónimo y la información que nos proporcionas sólo se utilizará para los fines del estudio. Los datos serán anonimizados y se tratarán siguiendo las recomendaciones de la Agencia Estatal de Protección de Datos basadas en la Ley Orgánica 15/1999 y la directiva Europea sobre protección de datos 95/46/CE. Los datos serán guardados de forma segura y únicamente las investigadoras podrán acceder a los mismos mediante acceso con contraseña segura. Cualquier acceso que no corresponda a la investigación se considerará no autorizado y provocará el inicio de las acciones legales pertinentes. El estudio ha obtenido los permisos de la Secretaria Autonòmica d'Educació i Investigació.”*
3. Para el correcto acompañamiento del profesorado tutor durante la implementación de los cuestionarios, fueron proporcionadas unas instrucciones vía correo electrónico con las indicaciones pertinentes para que el alumnado pudiera acceder al mismo a través de su propio dispositivo móvil o bien en salas de informática con ordenadores de uso individual. Esta cuestión, a nuestro juicio de vital importancia, confería mayor seguridad y confidencialidad a la hora de proceder a rellenar las respuestas.

### *Método de recogida de datos*

La administración de los cuestionarios se inició el día 26 de abril del 2016 y se terminó el 1 de junio del 2016. En ese momento se cerró la encuesta y se dio por finalizada la etapa de recogida de datos.



El procedimiento arrancó nada más se obtuvo la autorización de la Secretaría Autonómica con un previo contacto telefónico a los 23 equipos directivos de los centros participantes. En aquellas llamadas, la investigadora procedía a su presentación y a la de la investigación y solicitaba los contactos del profesorado tutor de los grupos de TCAE del centro. Se acordaba que se les remitiría vía e-mail la autorización central y se fijaba fecha para un *Consell Escolar* (en el caso de IES), *Consell Social* (en el caso de los CIPFP) de carácter extraordinario u ordinario si ya estaba agendado en próximas semanas. Durante la celebración de los *Consells*, entre otros aspectos del orden del día, se solicitó por parte de la Dirección del centro, la autorización al claustro y a la comunidad educativa. Una segundo contacto vía correo electrónico con las jefaturas de estudios, se efectuó con posterioridad para confirmar las autorizaciones y dar luz verde a los contactos con el profesorado tutor.

Las cartas enviadas por correo electrónico al profesorado que debía acompañar a las participantes, se redactaron en las dos lenguas oficiales de la comunidad (Anexo 5, p. 318). En ellas se explicaba el procedimiento a seguir para la correcta implementación del cuestionario, se adjuntaba el contacto telefónico y electrónico de la investigadora y también la dirección *url* del cuestionario. Hubieron pocas situaciones en las que se detectó una dilación en la respuesta, por ello se redactó otra carta a modo de recordatorio que fue reenviada a los contactos que no respondieron al *e-mail* después de una semana del primer contacto (Anexo 6, p. 320). La respuesta del profesorado, en términos generales, fue más que satisfactoria, pues los detalles de la investigación ya habían sido explicados en los claustros realizados o bien vía dirección de centro; pero además, en muchos casos se obtuvieron respuestas a modo de aviso confirmando que la administración del cuestionario se había realizado con éxito en sus grupos, cuestión que facilitó el seguimiento (Anexo 7, p. 321). Algunos detalles de ejecución fueron aportados y que sirvieron para mejorar la retroalimentación. Solo fue necesaria la presencia de la investigadora en esta fase de recogida de datos en dos centros, en los cuales el profesorado no se opuso a la intervención pero solicitó asesoramiento *in situ*.

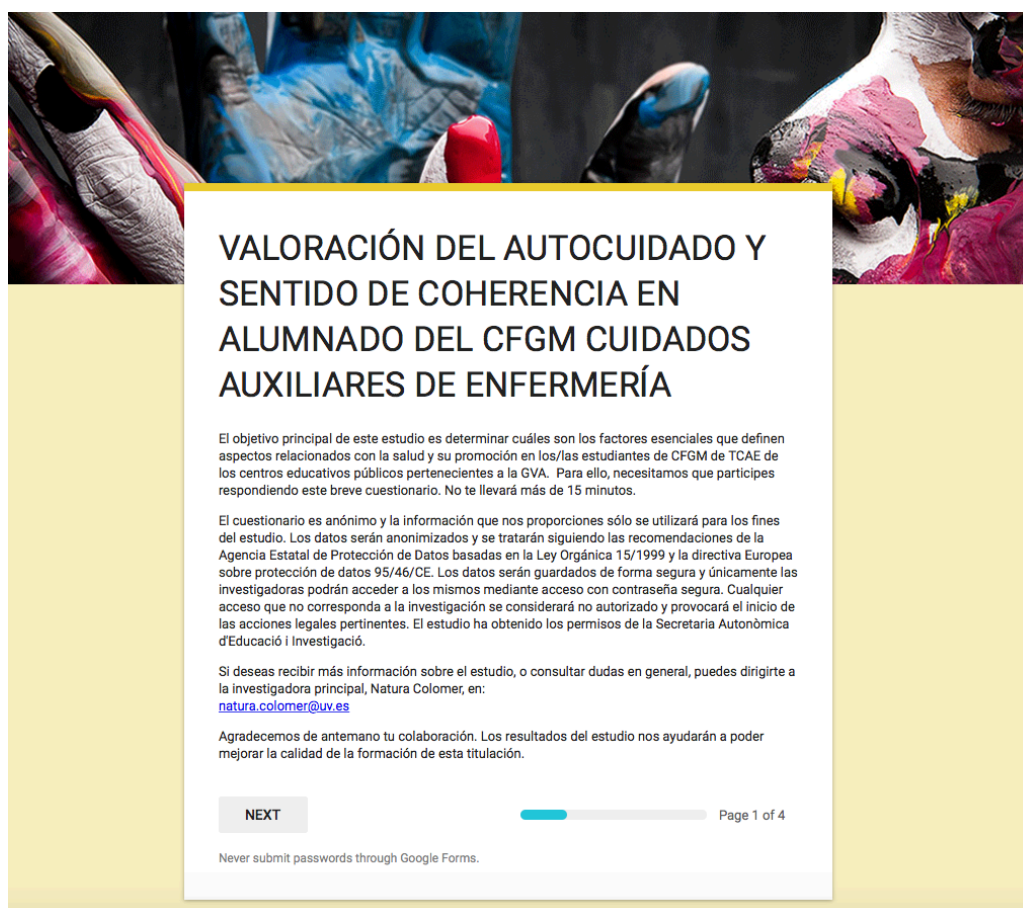
Para la recogida de datos, se recomendó seguir la siguiente pauta:

- Lectura de la carta de la investigadora solicitando la participación y explicando brevemente su contenido, así como el propósito de la investigación, la

protección del alumnado, la confidencialidad y el anonimato.

- Necesidad de que cada alumno/a dispusiese de acceso individual a un ordenador, para lo que se recomendaba reservar el aula de informática del centro educativo en la sesión en que se llevaría a cabo la recogida de datos. Se recomendaba utilizar el desdoble de profesorado que integran los módulos de Técnicas Básicas de Enfermería o de Higiene del Medio Hospitalario, en las cuales un/a profesor/a se queda en taller-clase y el/la otro/a acompaña el alumnado al aula de informática. Distribuida la clase en dos grupos o al completo, dependiendo de la capacidad del aula y disponibilidad de ordenadores. El *link* del cuestionario se debía facilitar al alumnado de la misma forma en que el profesorado acostumbrase a compartir documentos de clase, en algunos casos vía *Google Drive*, en otros mediante la plataforma *Moodle* del centro educativo. En última instancia, si no existe la posibilidad de realizar esta compartición, también se ofrecía la alternativa de proyectar el link para toda la clase y copiarlo en el ordenador.
- Una alternativa planteada a la ocupación del aula de informática se resolvía mediante el uso del dispositivo móvil personal del/la alumno/a. Utilizando para esta opción la sesión lectiva de tutoría, en la cual, la totalidad del grupo implementaba al mismo tiempo el cuestionario. El profesorado procedía a facilitar el *link* del mismo a través de las opciones siguientes: grupo de *Whatsapp* de la clase (hoy por hoy es una opción existente y de aplicación amplia) o carpeta compartida de *Google Drive*.
- La tercera recomendación sugería una idea combinada y que podía adecuarse a la idiosincrasia de ciertos aularios, pues comprendía la opción de realizar la administración en los talleres-clases que disponían de pocos ordenadores. Se podía proceder a la implementación por grupos de personas y por turnos, o bien hacer uso al mismo tiempo de los dispositivos móviles personales. La sesión se desarrollaba en la hora dedicada a la tutoría grupal, siendo necesario el acompañamiento, al igual que en la opción anterior, de únicamente un/a profesor/a. Se aportó además, un documento informativo en papel, para el alumnado en el que se proporcionaban los datos de contacto de la investigadora. (Anexo, 8 p. 322).

Todas las sugerencias anteriores fueron pensadas desde la visión pragmática y particular del ejercicio de la docencia en los aularios de los centros educativos e integrándolas en la actividad diaria que generan estas instituciones, pensando en facilitar el desarrollo de la administración del cuestionario y que se minimizase al máximo la aparición de dificultades. En la Imagen 6.1 se muestra la página de inicio del cuestionario *online*.



**VALORACIÓN DEL AUTOCUIDADO Y SENTIDO DE COHERENCIA EN ALUMNADO DEL CFGM CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**

El objetivo principal de este estudio es determinar cuáles son los factores esenciales que definen aspectos relacionados con la salud y su promoción en los/las estudiantes de CFGM de TCAE de los centros educativos públicos pertenecientes a la GVA. Para ello, necesitamos que participes respondiendo este breve cuestionario. No te llevará más de 15 minutos.

El cuestionario es anónimo y la información que nos proporciones sólo se utilizará para los fines del estudio. Los datos serán anonimizados y se tratarán siguiendo las recomendaciones de la Agencia Estatal de Protección de Datos basadas en la Ley Orgánica 15/1999 y la directiva Europea sobre protección de datos 95/46/CE. Los datos serán guardados de forma segura y únicamente las investigadoras podrán acceder a los mismos mediante acceso con contraseña segura. Cualquier acceso que no corresponda a la investigación se considerará no autorizado y provocará el inicio de las acciones legales pertinentes. El estudio ha obtenido los permisos de la Secretaría Autonòmica d'Educació i Investigació.

Si deseas recibir más información sobre el estudio, o consultar dudas en general, puedes dirigirte a la investigadora principal, Natura Colomer, en: [natura.colomer@uv.es](mailto:natura.colomer@uv.es)

Agradecemos de antemano tu colaboración. Los resultados del estudio nos ayudarán a poder mejorar la calidad de la formación de esta titulación.

**NEXT** Page 1 of 4

Never submit passwords through Google Forms.

**Ilustración 6.1. Captura de pantalla de la portada del cuestionario online. Google Forms. Colomer, 2016.<sup>39</sup>**

En referencia al tiempo medio que ocupaba responder las 4 páginas que comprendía el cuestionario, se estimó en una duración de 15 minutos. El entorno de la herramienta *Google Forms* permite una consecución ergonómica, sencilla y segura.

<sup>39</sup> [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf\\_cKiJ\\_ToOx26g3-ZyMyKRdxr22\\_mJPxY2BkM-R7\\_uoD7iQ/viewform#start=openform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf_cKiJ_ToOx26g3-ZyMyKRdxr22_mJPxY2BkM-R7_uoD7iQ/viewform#start=openform)

Como última puntualización a considerar -y respecto a la respuesta de las variables sociodemográficas-, la totalidad de las mismas exceptuando la edad, se confeccionaron como casillas de obligado cumplimiento, lo que garantizó que no se produjesen datos perdidos. No se decidió lo mismo para las preguntas abiertas, las cuales disponían de un espacio codificado como *long-answer text*, el cual permitía el el volumen de redacción que la persona usuaria desase, también la posibilidad de dejarlo en blanco.

### Plan de ejecución

En las siguientes Tablas 6.9, se establece el cronograma de planificación para la consecución de la investigación al completo. Puede verse en el Anexo 7 (p. 321), los datos de los contactos realizados por centros y grupos y su temporalización en cuanto a la recogida, así como el éxito de consecución de recogida de muestra.

Tareas	2015											
	E	F	M	A	MY	JN	JL	AG	S	O	N	D
1. Revisión Bibliográfica	■	■	■									
2. Elección de instrumentos			■	■								
3. Primera Fase. Proyecto Piloto				■	■	■					■	
4. Diseño del proyecto de investigación							■		■			
4. Redacción protocolo del investigación										■	■	■

Tareas	2016											
	E	F	M	A	MY	JN	JL	AG	S	O	N	D
1. Revisión Bibliográfica	■	■	■					■				
2. Redacción Marco Teórico										■	■	■
3. Diseño de la base de datos		■	■									
4. Recogida de los datos				*	*							
5. Revisión de los datos						■						
6. Análisis de los datos							■	■	■	■	■	■

\* Detalle de la recogida de los datos en los centros educativos del PV

5/04/2016 a 25/04/2016	26/04/2016 a 09/05/2016	10/05/2016 a 23/05/2016	24/05/2016 a 01/06/2016
Contacto telefónico con equipos directivos  Contacto telemático con profesorado tutor de grupo	Recogida de datos en centros educativos de la PROVINCIA DE VALÈNCIA	Recogida de datos en centros educativos de la PROVINCIA DE ALACANT	Recogida de datos en centros educativos de la PROVINCIA DE CASTELLÓ

Tareas	2017				
	E	F	M	A	MY
1. Revisión Bibliográfica					
2. Finalización Marco Teórico					
3. Resultados					
4. Discusión y conclusiones					
5. Redacción final y entrega					

Tabla 6.9. Cronología de la Investigación en los años 2015, 2016 y 2017. Colomer, 2017.

## Análisis de datos

La investigación contempla un doble abordaje. En su mayor parte, el tratamiento de los datos ha sido cuantitativo, principalmente en lo que respecta a las variables sociodemográficas y los cuestionarios SOC y ASA.

Sin embargo, como ya se ha explicado en la descripción del Cuestionario CAS de activos para la salud, su particularidad radica en que la recogida de información fue de carácter cualitativo, preguntas abiertas y sin límite de entradas de palabras, en las que las personas que participaban describieron sus apreciaciones, criterios e ideas sobre sus recursos de resistencia disponibles. Posteriormente, se procedió a la operacionalización, codificación y categorización de la información, operaciones que le confirieron una facultad numérica y que permitieron clasificar dicha información como cuantitativa (Briones, 1996; Valles, 2000). Es debido a esta dimensión mixta, que al estudio de los activos para la salud se le denominó cuali-cuantitativo.

En un primer momento, la base de datos estaba confeccionada en formato *hoja de cálculo*, pues este es el soporte en que convierte la información que recoge la herramienta *Google Forms*. Al cerrar la encuesta, se volcaron los datos al programa informáticos SPSS 22.0. (*Statistical Package for the Social Sciences*), mediante el cual también se realizaron todos los análisis estadísticos del presente estudio. En cuanto a las técnicas de análisis de datos utilizadas, exploramos las siguientes:

- Cálculo de la fiabilidad de los instrumentos (SOC y ASA) mediante el análisis de confiabilidad interna con: a) Coeficiente alfa de Cronbach, y b) Análisis de dos mitades (Método de Rulon).
- Estadísticos descriptivos con cálculo de medidas de tendencia central, de dispersión y de frecuencias (frecuencias, porcentajes, tendencia central, dispersión).
- Análisis de correlación lineal mediante el Coeficiente de correlación de Pearson (pruebas paramétricas) y de Spearman (pruebas no

paramétricas) para averiguar el grado de relación entre diferentes variables. En el caso de variables cualitativas se utilizó el test chi cuadrado.

- Prueba t de Student (pruebas paramétricas) y U de Mann-Whitney (pruebas no paramétricas) para analizar las diferencias en las medias entre dos o más grupos en función de determinadas variables. En el caso de diferencias entre más de dos grupos se utilizó el test no paramétrico de Kruskal Wallis y el test paramétrico de ANOVA (Análisis de varianza) de una vía.
- Análisis de varianza de un factor y multifactorial, con ajuste de comparaciones múltiples Post-hoc de Tukey. Estas pruebas estadísticas se realizaron para conocer si existían diferencias significativas entre grupos, en el caso del análisis múltiple se utilizó cuando la variable dependiente estaba influenciada por varias variables independientes de interacción mutua.
- Análisis de conglomerados de K-medias que hizo posible identificar grupos de casos relativamente homogéneos basándose en las características seleccionadas y utilizando un algoritmo que pudo gestionar un gran número de casos. Una vez obtenidos los 4 grupos se aplicó el análisis de varianza de efectos principales y múltiple en las distintas variables para conocer si existen diferencias significativas entre ellos, no hallándose esta significatividad en casi ninguna comparación que fuera de interés para esta investigación.

Finalmente, es pertinente anotar que se utilizaron pruebas paramétricas o no paramétricas en función de los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnoff para el análisis de ajuste a la normalidad de las variables.

En todos los análisis se estableció un nivel de confianza del 95% ( $p < 0.05$ ).

## Utilidad práctica de los resultados en relación con la salud y la competencia profesional

Respecto a la utilidad de los resultados hay que decir que conociendo con profundidad por un lado, cuál es el movimiento hacia la salud que presenta nuestra población sujeta a estudio y, por otra, pudiendo relacionar este con la capacidad de autocuidado podríamos esbozar una configuración del perfil de estudiante salutogénico/a.

Esto significa poder aportar más conocimiento sobre cuáles son las características globales y particulares que conforman a las personas con recursos suficientes y adecuados (inherentes a su persona y capacidades, pero también a su entorno) que les permiten aumentar su control sobre la salud o lo mejoran pudiendo dar una respuesta satisfactoria a los retos del ambiente.

Por otra parte, si se demuestra la hipótesis de la investigación y el alumnado más salutogénico tiene más capacidad para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas, este hallazgo debe ocasionar el inicio de una tercera línea de investigación hacia la observación de si esta condición salutogénica es extrapolable a la capacidad de ejercer los cuidados como competencia profesional inherente a la enfermería. A modo de: ¿son las personas con más sentido de coherencia y mayor capacidad de autocuidado, a su vez, mejores cuidadoras?

Como último aspecto a atender, en cuanto al desempeño docente de la familia profesional de sanidad en la enseñanza secundaria, resultaría muy interesante disponer de herramientas para poder indagar y conocer mejor el perfil salutogénico de sus estudiantes, en la medida de poder proporcionar recursos al alumnado para crecer profesionalmente en este sentido. De forma responsable, estaremos dando la posibilidad al profesorado y alumnado de sensibilizarse en la visión de formación de profesionales de la salud bajo una perspectiva salutogénica.





## Análisis descriptivo

### Caracterización de la población

La muestra estuvo compuesta por 921 personas que respondieron al cuestionario y que en la actualidad son estudiantes del Ciclo de Grado Medio de Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

La media de edad de los y las participantes del estudio fue de  $M=28.52$  años con una desviación típica,  $DT=11.429$  años, siendo el 62.6% menores de 30 años y el 37.4% mayores de 30 años. La Tabla 7.1 aporta más información por grupos de edad.

**Tabla 7.1**  
*Distribución de la muestra según género y edad*

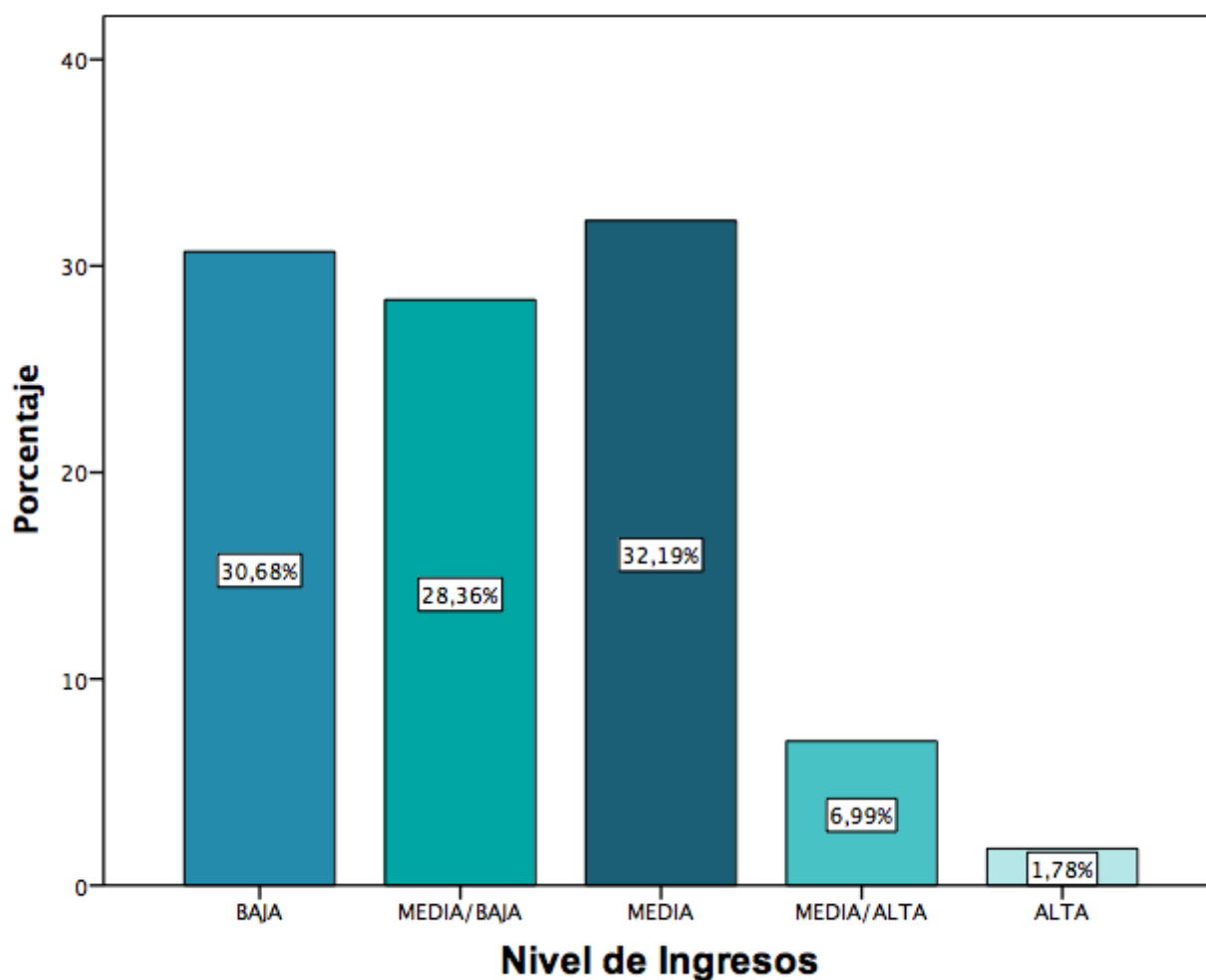
Género	Indicador	Grupo de Edad			Total
		30-	30-45	45+	
HOMBRE	Frecuencia	115	46	9	170
	% (Hombres)	67.60%	27.10%	5.30%	100.00%
	% (Total)	19.90%	21.00%	7.20%	18.50%
MUJER	Frecuencia	462	173	116	751
	% (Mujeres)	61.50%	23.00%	15.40%	100.00%
	% (Total)	80.10%	79.00%	92.80%	81.50%
TOTAL	Frecuencia	577	219	125	921
	% según género	62.60%	23.80%	13.60%	100.00%
	% (Total)	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

## Situación laboral

La mayoría de la población refirió encontrarse desempleada en el momento de responder al cuestionario (75.9%).

## Nivel de Ingresos

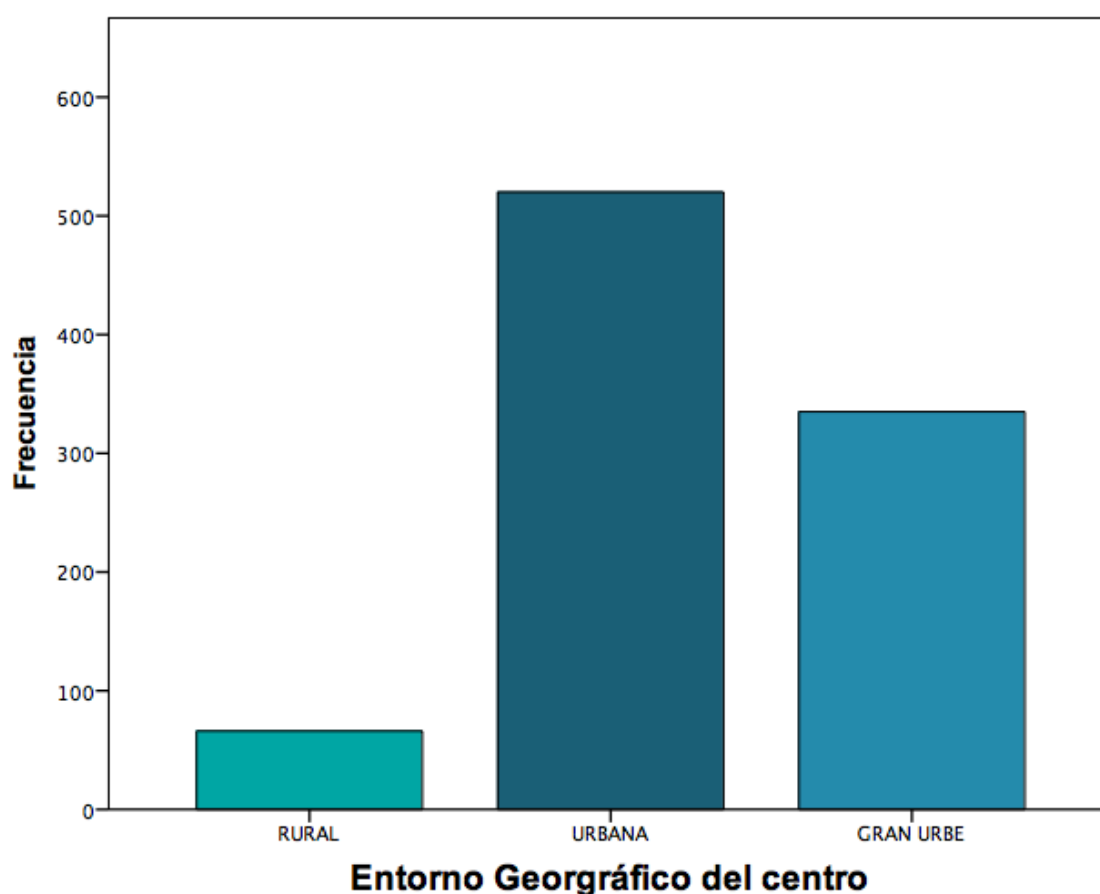
Respecto al nivel de ingresos que percibía su ámbito familiar, mayoritariamente la población encuestada refería incluirse en los grupos de renta baja, media/baja o media (91.2%), siendo apenas el 8.7% quienes refirieron percibir ingresos correspondientes a rentas medias/altas y altas (Figura 7.1).



**Figura 7.1.** Porcentajes del Nivel de ingresos referido en la muestra de estudiantes del Ciclo Formativo en Cuidados Auxiliares de Enfermería del estudio.

## Entorno geográfico del centro

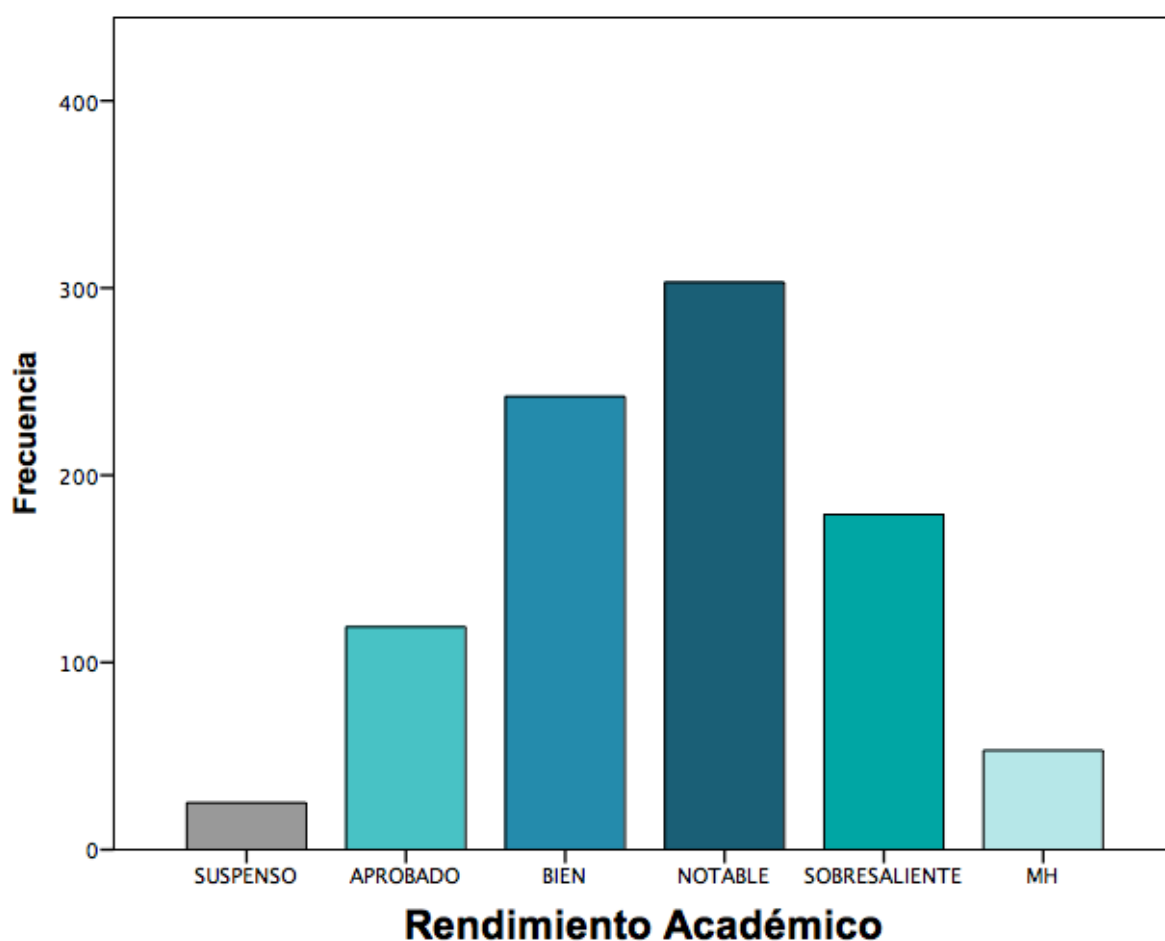
Por último, los y las estudiantes pertenecientes a los 23 centros participantes fueron distribuidos en base a tres áreas geográficas atendiendo a criterios demográficos y geográficos de la localidad donde se sitúa el centro educativo, y asumiendo que la zona en la cual habitan es cercana a dicho centro. De tal modo, se obtiene que 66 personas (7.2%) pertenecen al ámbito rural, 520 (56.5%) al ámbito urbano y los 335 restantes (36.4%) pertenecían a una gran urbe (Figura 7.2).



*Figura 7.2. Entorno Geográfico de los centros educativos donde se estudia el Ciclo Formativo en Cuidados Auxiliares de Enfermería.*

## Rendimiento académico

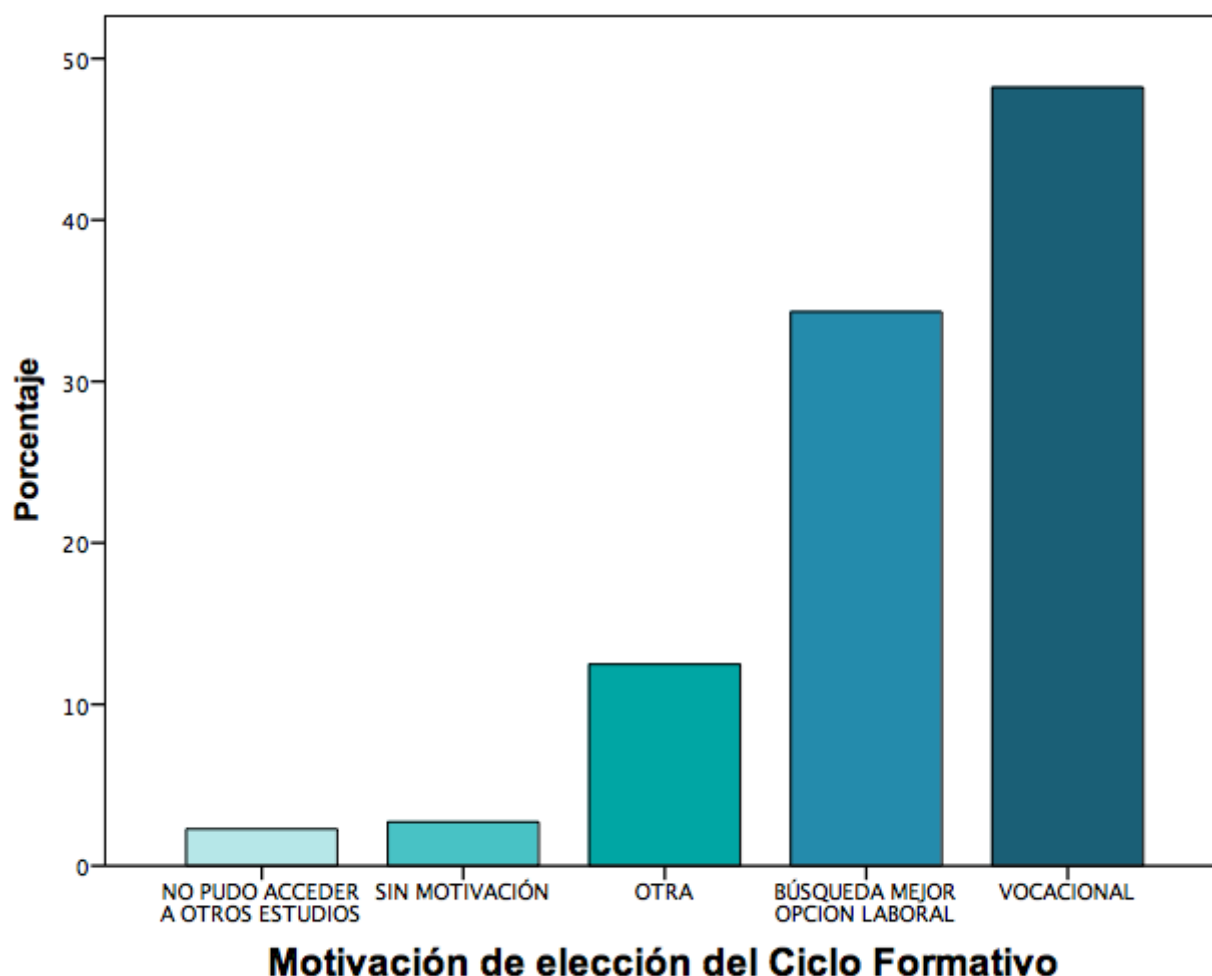
Respecto a la calificación media de los resultados totales del primer curso de los y las estudiantes, podemos decir que una cuarta parte manifiesta encontrarse en la franja de SOBRESALIENTE-MH (25.2% entre ambas), y algo más de la mayoría -concretamente el 59.2%- referiría haber obtenido una media entre BIEN (26.3%) y NOTABLE (32.9%). Finalmente, el 12.9 % de la muestra afirmarían obtener un APROBADO de nota media, mientras que apenas el 2.7% entendería que no pasaría el curso considerándolo como SUSPENSO (Figura 7.3).



*Figura 7.3. Rendimiento Académico en la muestra de estudiantes del Ciclo Formativo en Cuidados Auxiliares de Enfermería del estudio.*

## Motivación de elección de estudios

Preguntados por su motivación a la hora de elegir estudiar el Ciclo Formativo de Cuidados Auxiliares de Enfermería, casi la mitad (48.2%) indicaron que se trataba de una elección de tipo vocacional, mientras que para una tercera parte de los estudiantes (34.3%) esta vino motivada por considerarla una buena opción laboral. Apenas refirieron como motivo de elección el hecho de no haber podido acceder a otros estudios para los que solicitaban un expediente académico más elevado (2.3%), así como poco presente fue la opción de respuesta que definía el no presentar ningún tipo de motivación (2.7%). Finalmente, el 12.5% de las personas encuestadas alegaron tener otro tipo de motivación sin especificar (Figura 7.4).



*Figura 7.4. Porcentajes de motivación de elección en la muestra de estudiantes del Ciclo Formativo en Cuidados Auxiliares de Enfermería del estudio.*

## Distribución de SOC entre el alumnado de TCAE

La distribución de las puntuaciones para la medición del sentido de coherencia a través de la Escala SOC 13-items -como de los tres componentes de la misma: *Manejabilidad* (también MNJ), *Comprensibilidad* (también CMP) y *Significatividad* (también SGN)- se presentan en la Tabla 7.2.

Respecto a las *subescalas* del cuestionario SOC que miden las tres dimensiones del constructo, podemos decir que la puntuación media en los ítems que miden la *Manejabilidad* es de  $M=16.45$  ( $DT=4.53$ ; 24). en la medición de la *Comprensibilidad* se obtiene una media de  $M=19.27$  ( $DT=5.642$ ; 30) y en la de la *Significatividad* la media es de  $M=20.65$  ( $DT= 4.48$ ; 23).

La puntuación media obtenida para la medición del SOC global o total es de  $M=56.38$  ( $DT=12.236$ ; 71).

**Tabla 7.2**

*Puntuaciones medias de la Escala SOC y sus componentes*

<b>Factor (SOC)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media (M)</b>	<b>Desv. típ. (DT)</b>
<i>Manejabilidad</i>	4	28	16.45	4.530
<i>Comprensibilidad</i>	5	35	19.27	5.642
<i>Significatividad</i>	5	28	20.65	4.488
SOC Total	20	91	56.38	12.236

*Nota: n (tamaño total de la muestra)=921. Rango puntuación SOC Total: 13-91; MNJ: 4-28; CMP: 5-35; SGN: 4-28.*

Seguidamente, en la Tabla 7.3 se ofrecen los resultados de los valores medios de cada uno de los 13 ítems que contiene el cuestionario para ambos géneros.

**Tabla 7.3**  
*Puntuaciones medias de la Escala SOC por cada ítem*

Nº	Ítem	Media (M)	Desv. tip. (DT)
SOC 1-	¿Tienes la sensación de que en realidad no te importa lo que sucede a tu alrededor?	2.80	1.785
SOC 2-	¿Ha sucedido en el pasado que te haya sorprendido el comportamiento de las personas que pensabas conocer bien?	5.22	1.428
SOC 3-	¿Ha ocurrido que las personas con las que contabas te han decepcionado?	4.75	1.538
SOC 4	Hasta la fecha tu vida ha estado:	5.31	1.475
SOC 5	¿Crees que se te trata de forma injusta?	4.64	1.760
SOC 6	¿Sientes que te encuentras en una situación a la que no estás acostumbrado/a y no sabes qué hacer?	4.80	1.653
SOC 7-	Realizar las actividades de cada día es:	2.80	1.586
SOC 8	¿Tienes muchas ideas y sentimientos que se mezclan?	3.54	1.888
SOC 9	¿Te pasa que tienes sentimientos en tu interior que preferirías no tener?	4.01	2.005
SOC 10-	Muchas personas, incluso aquellas con fuerte carácter, se sienten muchas veces como si fuesen un cero a la izquierda en ciertas situaciones. ¿Con que frecuencia te has sentido así en el pasado?	4.07	1.724
SOC 11	Cuando algo sucede has comprobado, por lo general, que:	4.14	1.693
SOC 12	¿Con que frecuencia tienes la sensación de que tienen poco sentido las cosas que haces en tu vida cotidiana?	4.95	1.728
SOC 13	¿Con que frecuencia tienes sentimientos que no estás seguro/a de poder controlar?	4.64	1.759

*Nota: Los ítems 1, 2, 3, 7 y 10 contienen un sentido negativo*



## Distribución de ASA entre el alumnado de TCAE

La población de estudiantes presentó un valor medio en la Escala ASA – instrumento que mide la capacidad de autocuidado- de 92.02 ( $\pm$  10.534; 76) siendo el valor mínimo registrado de 44 y el máximo de 120.

Se estudió también la puntuación media obtenida para cada uno de los 24 ítems que componen el cuestionario. y que se expresan en la Tabla 7.4.

**Tabla 7.4**

*Puntuaciones medias de la Escala ASA por cada ítem*

Nº	Ítem	Media (M)	Desv. tip. (DT)
ASA1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud	4.01	0.923
ASA2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas	3.65	1.018
ASA3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda	4.18	1.023
ASA4	Puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo	4.43	0.813
ASA5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud	3.93	0.952
ASA6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo	2.38	1.326
ASA7	Puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora	3.79	1.149
ASA8	Me ducho/baño con la frecuencia necesaria para mantenerme limpio/a	4.79	0.649
ASA9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios	3.45	1.274
ASA10	Cuando hay situaciones que me afectan, las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser	4.01	0.950
ASA11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo	3.31	1.354
ASA12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos/as de siempre	4.10	1.144
ASA13	Duermo lo suficiente como para sentirme descansado/a	3.39	1.249
ASA14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo	4.36	0.909
ASA15	Examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio	4.03	1.030
ASA16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud	3.80	1.124
ASA17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios	3.29	1.380
ASA18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos ningún peligro	4.31	0.894
ASA19	Soy capaz de evaluar hasta qué punto me sirve lo que hago para mantenerme con salud	3.94	0.944
ASA20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme	3.00	1.273
ASA21	Si mi salud se ve afectada. puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer para mejorarla	4.25	0.909
ASA22	Si yo no puedo cuidarme soy capaz de buscar ayuda	4.04	1.048
ASA23	Puedo sacar tiempo para mi	3.75	1.128
ASA24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta	3.88	0.988

## Análisis de conglomerados

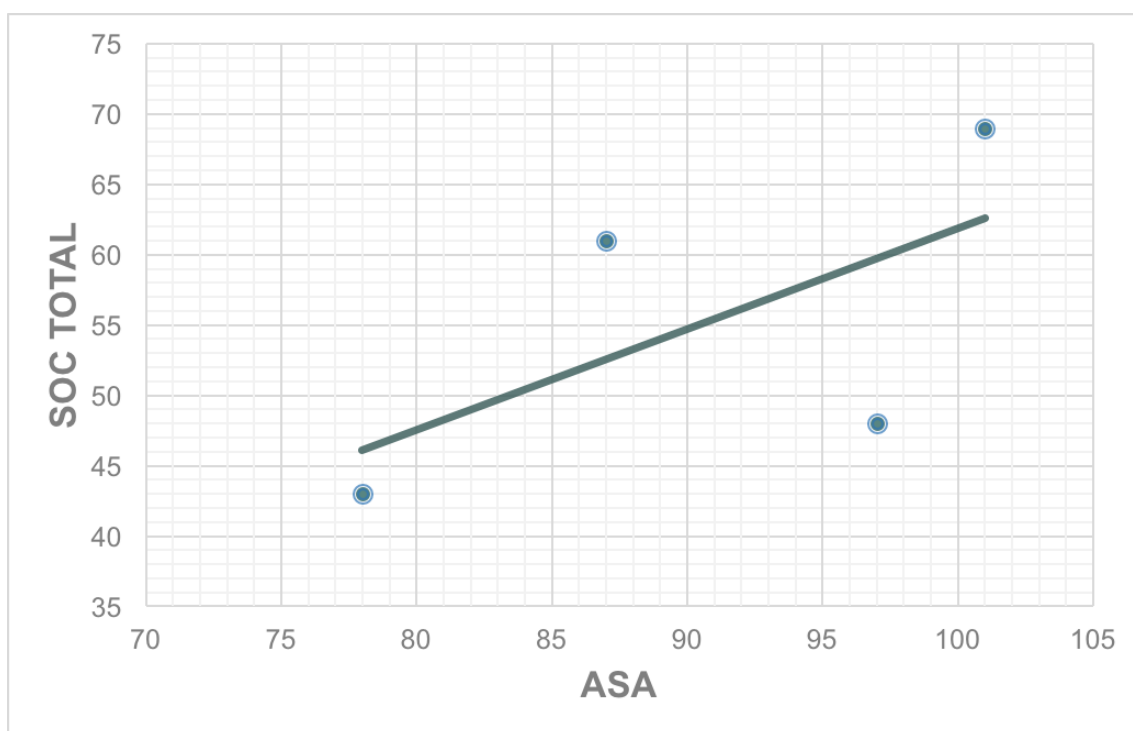
Se realizó un análisis clúster por el procedimiento de K-medias para combinar los valores de SOC Total y ASA. La muestra permitió obtener cuatro conglomerados que se muestran en la Tabla 7.5. El clúster (1) y el clúster (4) representan los valores medios extremos -máximos y mínimos para las dos escalas-. Como puede observarse, los cuatro se distribuyen de forma homogénea con porcentajes similares.

**Tabla 7.5**

*Distribución de la muestra por conglomerados (K-Clúster) combinando puntuaciones totales de SOC y ASA*

Variable	1		2		3		4	
	Alto ASA*Alto SOC		Alto ASA*Bajo SOC		Bajo ASA*Alto SOC		Bajo ASA*Bajo SOC	
	Media	n	Media	n	Media	n	Media	n
ASA	101	242	97	264	87	255	78	160
SOC	69	(26.27%)	48	(28.65%)	61	(27.68%)	43	(17.37%)

En la siguiente Figura 7.5 se observa la muestra subdividida en los cuatro clústeres y la línea de tendencia respecto a las medias de SOC y ASA.



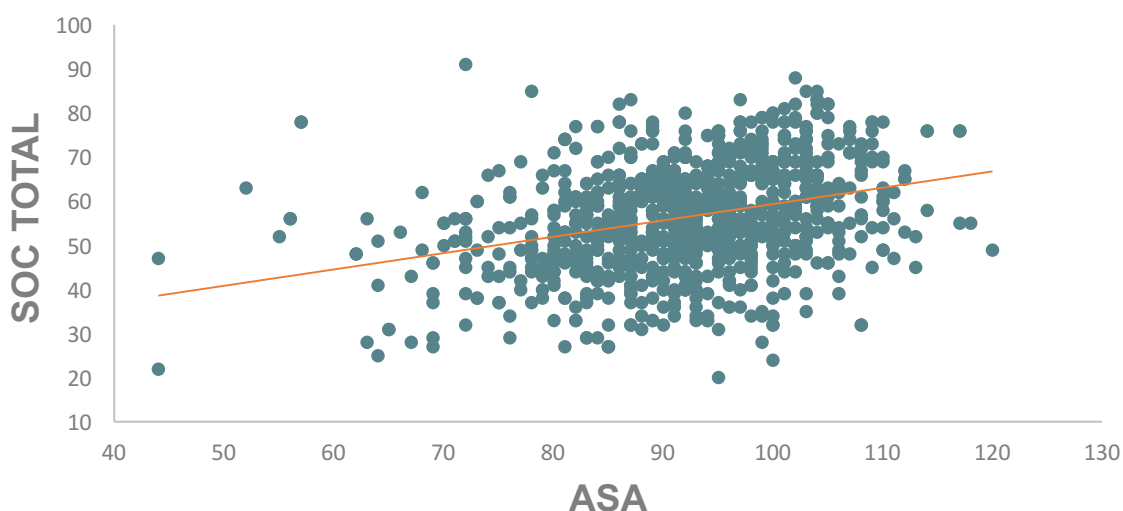
**Figura 7.5. Medias de SOC y ASA para los cuatro conglomerados.**

## Correlaciones

En el análisis de correlaciones entre variables numéricas y/u ordinales utilizamos en todos los casos el coeficiente de correlación de Spearman, puesto que el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov nos indica que únicamente los resultados de la variable Sentido de coherencia -también expresada para este estudio como *SOC Total*- siguen una distribución normal.

### Correlaciones entre sentido de coherencia y capacidad de autocuidado

Si analizamos la correlación entre los resultados globales obtenidos en ambas escalas (Escala SOC y Escala ASA) podemos ver que hay una relación directa y estadísticamente significativa entre ellos ( $\rho=0.327$ .  $p<0.001$ ). Esta relación se muestra en la Figura 7.6.



**Figura 7.6. Correlación entre sentido de coherencia y capacidad de autocuidado.**

Existe también una correlación directa y estadísticamente significativa entre la puntuación global de ASA y las puntuaciones en cada una de las *subescalas* de SOC que miden sus tres dimensiones. Esta relación es diferente para cada una de las *subescalas*, siendo mayor para el caso de ASA y la *subescala* que mide la *Significatividad*. De este modo obtenemos los siguientes resultados:  $\rho=0.187$ ,  $p<0.001$  entre ASA y *Manejabilidad*,  $\rho=0.244$ ,  $p<0.001$  entre ASA y *Comprensibilidad* y  $\rho=0.402$ ,  $p<0.001$  entre ASA y *Significatividad*.

## Correlaciones entre sentido de coherencia, capacidad de autocuidado y factores relacionados<sup>40</sup>

Las correlaciones entre sentido de coherencia –y sus tres dimensiones-, la capacidad de autocuidado y las variables relacionadas (*Edad, Nivel de Ingresos y Rendimiento Académico*) de los y las participantes en su conjunto se muestran en la Tabla 7.6.

**Tabla 7.6**

*Correlación entre sentido de coherencia, capacidad de autocuidado y factores relacionados*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Edad (años)	1	-.215**	.242**	.223**	.207**	.269**	.194**	.272**
2 Nivel de ingresos		1	-.080*	0.011	-0.051	-0.039	-0.055	-0.057
3 Rendimiento académico			1	.113**	.176**	.140**	.244**	.219**
4 Autocuidado (ASA)				1	.171**	.255**	.375**	.318**
5 Manejabilidad (MNJ)					1	.684**	.477**	.861**
6 Comprensibilidad (CMP)						1	.452**	.880**
7 Significatividad (SGN)							1	.752**
8 Sentido de Coherencia (SOC Total)								1

\*\* $p < 0.01$  (bilateral)

\*  $p < 0.05$  (bilateral)

<sup>40</sup> Factores relacionados: Edad, Nivel de ingresos y Rendimiento académico.

Menos la variable categórica *Nivel de Ingresos* –que tiene un comportamiento diferenciado-, el resto de las correlaciones fueron positivas y estadísticamente significativas al .01. Se exponen los principales resultados utilizándose la escala de Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2003), para interpretar la magnitud de las correlaciones (para todos los casos, las variables se han ordenado de mayor a menor magnitud de la correspondiente correlación):

- Sentido de Coherencia: correlaciona positivamente de forma considerable con la Comprensibilidad y Manejabilidad y algo más moderada con Significatividad. Presenta una correlación positiva media con Capacidad de Autocuidado y una correlación positiva débil con el Rendimiento académico y la Edad. Correlación no significativa con Nivel de ingresos.
- Significatividad: también presenta una correlación no significativa con el Nivel de ingresos. Correlaciona positivamente con las dos dimensiones restantes del SOC. Presenta una correlación positiva media con Capacidad de Autocuidado y finalmente una correlación positiva débil con Edad y Rendimiento académico.
- Comprensibilidad: Correlaciona positivamente de forma moderada con Manejabilidad y Significatividad. Correlación positiva débil con la Edad y el Rendimiento académico, así como con la Capacidad de Autocuidado. Correlación no significativa con Nivel de ingresos.
- Manejabilidad: Correlaciona positivamente de forma moderada con Comprensibilidad y Significatividad. La correlación positiva con Rendimiento académico, Capacidad de Autocuidado y Edad es muy débil. Correlación no significativa con Nivel de ingresos.
- Autocuidado: Correlaciona positivamente media con Significatividad y Sentido de Coherencia. Correlaciones positivas más débiles con el resto de variables. Correlación no significativa con Nivel de ingresos.
- Rendimiento académico: Correlaciona negativa y significativamente el Nivel de ingresos. La correlación con el resto de variables es positiva moderada.
- Nivel de Ingresos: Correlación significativa negativa con la Edad. Correlaciona significativamente de forma negativa con el Rendimiento académico. Correlación no significativa con el resto de variables.
- Edad: Correlación negativa débil con Nivel de ingresos. Correlación positiva moderada con todas las variables restantes.

## Diferencia de medias para el sentido de coherencia en función de variables categóricas

Al analizar las diferencias de medias en las puntuaciones de las tres subescalas de SOC en función de variables explicativas categóricas utilizamos tests no paramétricos: *U* de Mann-Whitney con corrección de Bonferroni (si la variable explicativa es una variable dicotómica) y test de Kruskal-Wallis (si se trata de una variable policotómica, es decir, categórica con tres o más valores posibles).

### Género

Para la distribución de las puntuaciones según género, se observa que la puntuación media de *SOC Total* es ligeramente más elevada -alrededor de dos puntos- en las mujeres que en los hombres, aunque este resultado no es estadísticamente significativo ( $p=0.06$ ). Este fenómeno se observa, específicamente, en el componente *Significatividad*, por el que la media en las mujeres es justo dos puntos superior a la de los hombres. Las medias para los componentes del SOC con sus valores mínimos y máximos se describen en la Tabla 7.7.

**Tabla 7.7**

*Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Género*

Género	Factor (SOC)	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desv. típ. (DT)
HOMBRE	<i>Manejabilidad</i>	4	28	16.52	4.676
	<i>Comprensibilidad</i>	5	35	19.29	5.644
	<i>Significatividad</i>	7	28	19.02	4.505
	SOC Total	24	91	54.84	12.727
MUJER	<i>Manejabilidad</i>	4	28	16.44	4.500
	<i>Comprensibilidad</i>	5	34	19.27	5.645
	<i>Significatividad</i>	5	28	21.02	4.404
	SOC Total	20	88	56.73	12.104

Nota: *n* (tamaño total de la muestra)=921.

## Grupos de edad

Aunque el análisis de correlaciones ya nos muestra la existencia de una relación lineal, en la Tabla 7.8 planteamos la distribución de la población en tres grupos de edad y mostramos el análisis de la diferencia de las medias de los resultados entre dichos grupos. Relevante es el resultado más elevado de sentido de coherencia para el grupo de mayor edad con una media de  $M=60.86$  ( $DT=12.663$ ).

**Tabla 7.8**

*Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Grupos de edad*

Grupo edad	Factor (SOC)	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desv. típ. (DT)
< 30 (n=577; 62.6%)	MNJ	4	28	15.7	4.632
	CMP	5	35	18.10	5.467
	SGN	5	28	19.94	4.478
	SOC	20	91	53.75	12.033
30-45 (n=219; 23.8%)	MNJ	7	26	17.76	3.784
	CMP	7	34	20.96	5.058
	SGN	9	28	22.03	4.267
	SOC	33	88	60.76	10.440
> 45 (n=125; 13.6%)	MNJ	5	28	17.63	4.513
	CMP	5	34	21.72	5.905
	SGN	10	28	21.51	4.225
	SOC	24	85	60.86	12.663

*Nota: n (tamaño total de la muestra)=921.*

Podemos observar que son los sujetos mayores de 45 años los que obtienen puntuaciones más elevadas, ligeramente superiores al grupo que comprende las edades entre 30 y 45 años. Notable diferencia -de alrededor de siete puntos menos para *SOC Total*- muestran los resultados para el grupo de menores de 30 años. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p<0.01$ ).

### Análisis Post Hoc para la variable Grupo de edad

Se realizó un análisis Post Hoc para comparar el sentido de coherencia y los componentes (*Manejabilidad, Comprensibilidad y Significatividad*) entre la variable sociodemográfica Grupos de edad (menos de 30 años, entre 30 y 45 años y más de 45 años). Los resultados significativos se presentan en la Tabla 7.9.

**Tabla 7.9**

*Análisis Post Hoc para el sentido de coherencia y sus componentes de acuerdo a la variable Grupos de edad, mediante HSD de Tukey*

Variable dependiente		Dif. medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%		
					Inferior	Superior	
SOC Total	30-	30-45	-7.009*	0.934	0.000	-9.20	-4.82
		45+	-7.115*	1.161	0.000	-9.84	-4.39
	30-45	30-	7.009*	0.934	0.000	4.82	9.20
		45+	-0.106	1.319	0.996	-3.20	2.99
	45+	30-	7.115*	1.161	0.000	4.39	9.84
		30-45	0.106	1.319	0.996	-2.99	3.20
MNJ	30-	30-45	-2.062*	0.352	0.000	-2.89	-1.24
		45+	-1.932*	0.437	0.000	-2.96	-0.91
	30-45	30-	2.062*	0.352	0.000	1.24	2.89
		45+	0.131	0.496	0.963	-1.03	1.30
	45+	30-	1.932*	0.437	0.000	0.91	2.96
		30-45	-0.131	0.496	0.963	-1.30	1.03
CMP	30-	30-45	-2.859*	0.431	0.000	-3.87	-1.85
		45+	-3.616*	0.536	0.000	-4.87	-2.36
	30-45	30-	2.859*	0.431	0.000	1.85	3.87
		45+	-0.757	0.609	0.429	-2.19	0.67
	45+	30-	3.616*	0.536	0.000	2.36	4.87
		30-45	0.757	0.609	0.429	-0.67	2.19
SGN	30-	30-45	-2.087*	0.349	0.000	-2.91	-1.27
		45+	-1.567*	0.434	0.001	-2.59	-0.55
	30-45	30-	2.087*	0.349	0.000	1.27	2.91
		45+	0.52	0.493	0.542	-0.64	1.68
	45+	30-	1.567*	0.434	0.001	0.55	2.59
		30-45	-0.52	0.493	0.542	-1.68	0.64

\*  $p < 0.05$



Mediante el análisis Post Hoc se encontró, específicamente, una serie de diferencias significativas en las medias de las variables de análisis descritas a continuación: existen diferencias significativas en el grupo de menores de 30 años respecto a los otros dos grupos, presentando todos los mayores de 30 medias más elevadas en SOC Total y sus componentes, alrededor de 7 puntos más de media para el sentido de coherencia.

## Situación laboral

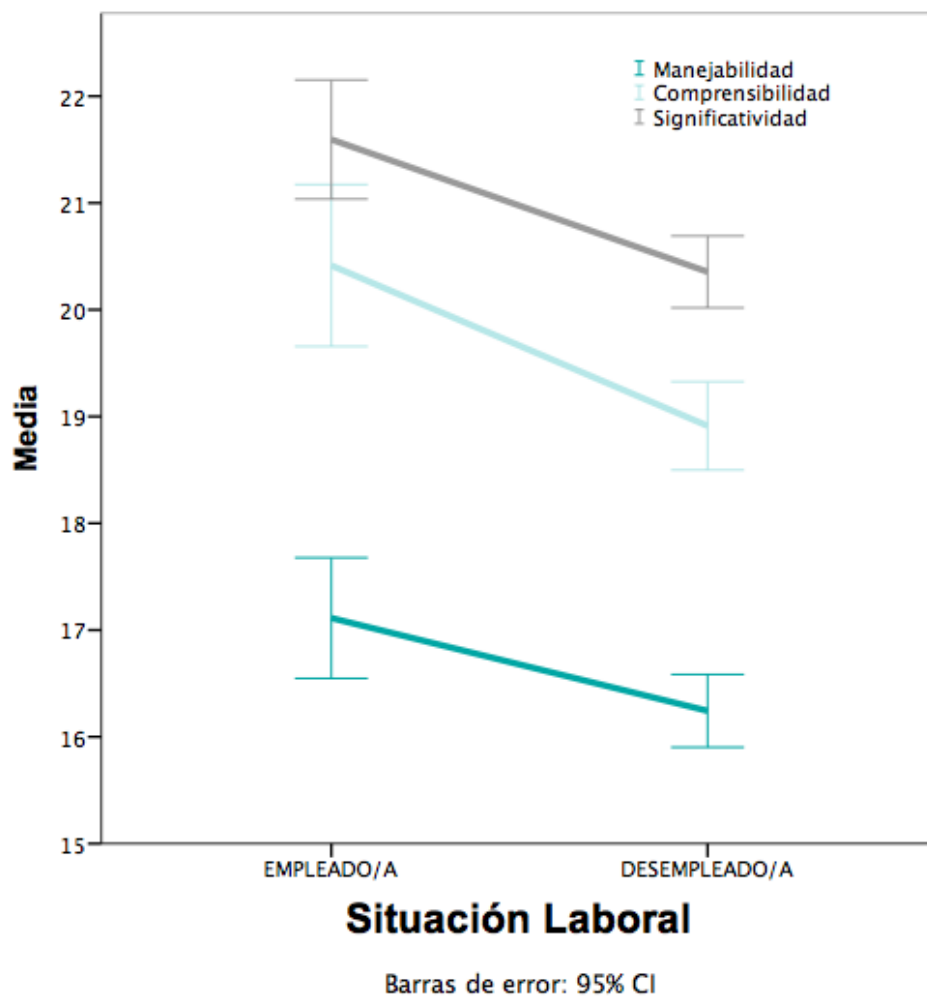
Si estudiamos las diferencias en función de la situación laboral de los y las estudiantes observamos que quienes tienen *empleo* en el momento de realizar el cuestionario, obtienen mejores puntuaciones en sentido de coherencia con una media para *SOC Total* de  $M=59.12$  ( $DT=11.647$ ; 56), mientras que las personas *desempleadas* obtenían una media de  $M=55.51$  ( $DT=12.298$ ; 71). El mismo fenómeno se observa en los resultados de los componentes, siendo las diferencias significativas al .005. (Tabla 7.10. Figura 7.6).

**Tabla 7.10**

*Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Situación laboral*

Situación laboral	Factor (SOC)	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desv. típ. (DT)
EMPLEADO/A ( <i>n</i> =222; 24.1%)	MNJ	5	27	17.11	4.272
	CMP	5	34	20.41	5.731
	SGN	9	28	21.59	4.218
	SOC	27	83	59.12	11.647
DESEMPLEADO/A ( <i>n</i> =699; 75.9%)	MNJ	4	28	16.24	4.592
	CMP	5	35	18.91	5.568
	SGN	5	28	20.35	4.532
	SOC	20	91	55.51	12.298

*Nota: n (tamaño total de la muestra)=921.*



*Figura 7.7. Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Situación laboral.*

### *Análisis de varianza*

Se realiza el análisis de varianza para encontrar posibles diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos formados a priori en las variables del estudio. Se muestran en la Tabla 7.11 los datos obtenidos al realizar el análisis de varianza de un factor.

**Tabla 7.11***Diferencias significativas en ANOVA de factor Situación laboral*

		Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
SOC Total	Intergrupos	2196.846	1	2196.846	14.890	0.000
	Intragrupos	135552.386	919	147.500		
MNJ	Intergrupos	127.356	1	127.356	6.241	0.013
	Intragrupos	18754.840	919	20.408		
CMP	Intergrupos	379.950	1	379.950	12.080	0.001
	Intragrupos	28901.551	919	31.449		
SGN	Intergrupos	258.985	1	258.985	13.030	0.000
	Intragrupos	18269.525	919	19.880		

*Factor: Situación laboral*

Los  $p$ -valores que aparecen para todas las dimensiones del SOC y del SOC Total ( $p$  valor < 0.05), nos llevan a rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias. Lo que indica que el efecto de las interacciones es significativo para todos los casos.

## Nivel de ingresos

En lo que respecta al Nivel de ingresos, vemos que son las personas que identificaron dicho nivel como *Alto* quienes obtuvieron menores puntuaciones respecto al sentido de coherencia con una media de  $M=54.31$  ( $DT=13.250$ ; 48), mientras que las mayores puntuaciones correspondieron al grupo que refería percibir una renta clasificada como *Baja*, presentando una  $M=57.95$  ( $DT=12.140$ ; 66). Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas según el test ANOVA de un factor para la escala *SOC Total* ( $p=0.28$ ). (Tabla 7.12).

**Tabla 7.12**  
*Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Nivel de ingresos*

Nivel Ingresos	Factor (SOC)	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desv. típ. (DT)
BAJA (n=224; 30.6%)	MNJ	5	28	17.02	4.240
	CMP	5	35	19.60	5.825
	SGN	5	28	21.33	4.362
	SOC	25	91	57.95	12.140
MEDIA/BAJA (n=207; 28.5%)	MNJ	4	28	16.12	4.293
	CMP	5	34	19.30	5.392
	SGN	7	28	20.51	4.837
	SOC	22	83	55.93	12.183
MEDIA (n=235; 32.1%)	MNJ	5	27	16.68	4.325
	CMP	7	31	19.11	5.468
	SGN	9	28	20.69	4.051
	SOC	29	83	56.49	11.473
MEDIA/ALTA (n=51; 7.0%)	MNJ	4	26	16.31	5.413
	CMP	5	31	19.08	5.803
	SGN	7	28	20.43	5.001
	SOC	29	79	55.82	13.001
ALTA (n=13; 1.8%)	MNJ	10	24	14.92	4.071
	CMP	9	31	18.54	7.795
	SGN	9	27	20.85	5.113
	SOC	28	76	54.31	13.250

Nota: *n* (datos válidos dentro de la muestra)=730.

En la siguiente Figura 7.8 se muestran las puntuaciones medias en la medición del sentido de coherencia para cada categoría de Nivel de Ingresos. Se observa claramente la tendencia a la obtención de puntuaciones más altas en la categoría de rentas bajas,  $M=57.95$ .

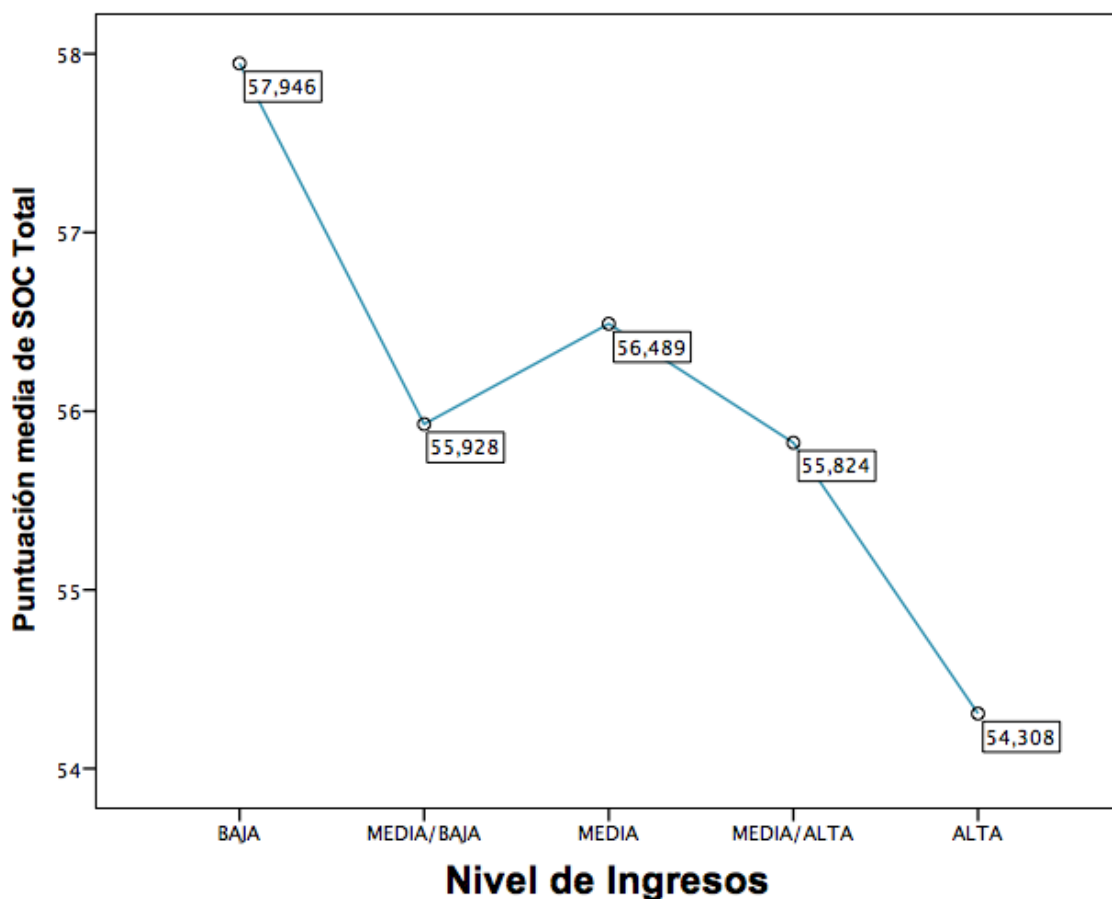


Figura 7.8. Puntuaciones medias del sentido de coherencia según Nivel de Ingresos.

### *Análisis Post Hoc para la variable Nivel de Ingresos*

Se realizó asimismo, el análisis Post Hoc para comparar las puntuaciones medias de SOC y sus tres componentes entre las distintas variables del nivel de ingresos referidas por la población de estudio (baja, media/baja, media, media/alta y alta). No obstante, para esta variable no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones medias de ninguna de las categorías que la conforman.

## Entorno geográfico del centro

Al analizar las diferencias en función del entorno geográfico en que se encuentra el centro educativo, como muestra la Tabla 7.13, se observa que las menores puntuaciones obtenidas en las tres subescalas del sentido de coherencia pertenecen al alumnado de centros ubicados en un entorno *Rural*, concretamente para el *SOC Total* la media analizada para este grupo es de  $M=54.05$  ( $DT=13.068$ ; 66). Estas diferencias son estadísticamente significativas únicamente para la subescala de *Comprensibilidad* ( $p<0.05$ ), la cual obtiene su mayor puntuación entre el alumnado que asiste a centros educativos ubicados en *Grandes urbes*, presentando una  $M=19.05$  ( $DT=5.708$ ; 5).

**Tabla 7.13**  
*Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Entorno geográfico del centro*

Entorno geográfico	Factor (SOC)	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desv. típ. (DT)
RURAL (n=66; 7.2%)	MNJ	4	24	15.97	4.520
	CMP	8	31	17.92	5.957
	SGN	7	28	20.15	4.721
	SOC	27	79	54.05	13.068
URBANO (n=520; 56.4%)	MNJ	4	28	16.52	4.622
	CMP	5	34	19.62	5.533
	SGN	7	28	20.69	4.432
	SOC	22	88	56.83	12.236
GRAN URBE (n=335; 36.4%)	MNJ	5	28	16.44	4.394
	CMP	5	35	19.01	5.708
	SGN	5	28	20.70	4.535
	SOC	20	91	56.15	12.045

Nota: n (tamaño total de la muestra)=921.

En la siguiente Figura 7.9 se recogen las puntuaciones medias de los tres componentes que integran el sentido de coherencia en relación al entorno geográfico donde se ubica el centro educativo. Se puede observar como la dispersión de los datos medios para el alumnado de poblaciones en entorno rural es mayor que para las de núcleos urbanos o grandes urbes.

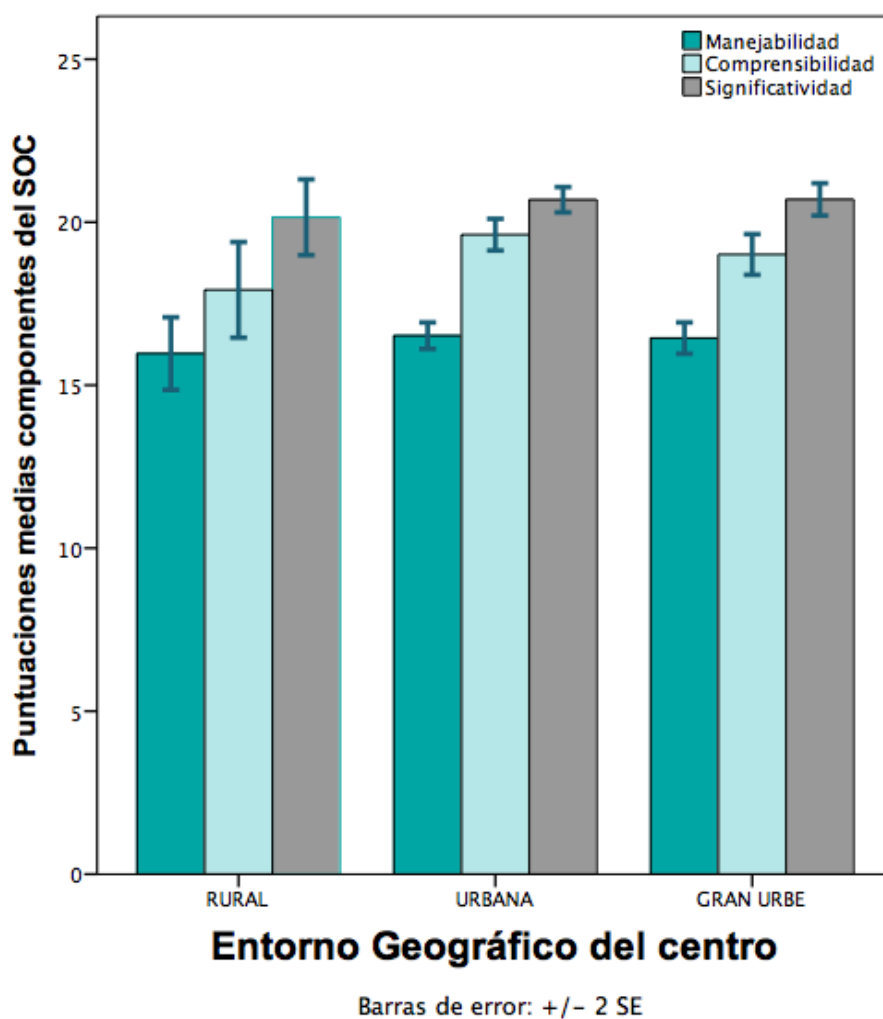


Figura 7.9. Puntuaciones medias de los componentes del SOC según Entorno Geográfico del centro.

### Análisis Post Hoc para la variable Entorno Geográfico del centro

El análisis Post Hoc reveló que para esta variable no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones medias de ninguna de las categorías que la conforman y el sentido de coherencia junto con sus componentes.

## Rendimiento académico

En cuanto a las diferencias en función de la nota de expediente se observa que son las estudiantes con mejores expedientes quienes obtienen puntuaciones más elevadas en los resultados para el sentido de coherencia y sus subescalas. Concretamente, para la nota de *Matrícula de Honor* se obtienen las puntuaciones más altas de *SOC Total* con una media de  $M=62.13$  ( $DT=11.544$ ; 50). pero también para cada medición de los componentes. Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p<0.001$ ). En la Tabla 7.14 se muestran todos los resultados según el rendimiento académico.

**Tabla 7.14**

*Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Rendimiento académico*

Rendimiento académico	Factor (SOC)	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desv. típ. (DT)
SUSPENSO (n=25; 2.7%)	MNJ	5	27	13.48	5.100
	CMP	9	27	16.68	5.305
	SGN	10	28	16.92	4.222
	SOC	28	82	47.08	11.909
APROBADO (n=119; 12.9%)	MNJ	5	26	15.49	4.419
	CMP	5	32	17.92	5.695
	SGN	7	28	19.55	5.313
	SOC	25	81	52.96	13.041
BIEN (n=242; 26.3%)	MNJ	4	27	16.14	4.544
	CMP	5	33	18.83	5.690
	SGN	5	28	19.63	4.427
	SOC	22	85	54.60	12.308
NOTABLE (n=303; 32.9%)	MNJ	4	28	16.58	4.434
	CMP	5	35	19.91	5.419
	SGN	9	28	21.33	4.136
	SOC	20	91	57.83	11.531
SOBRESALIENTE (n=179; 19.4%)	MNJ	6	27	17.11	4.536
	CMP	5	32	19.65	5.474
	SGN	9	28	21.45	4.084
	SOC	32	83	58.21	11.46
MATRÍCULA HONOR (n=53; 5.8%)	MNJ	10	26	18.45	3.745
	CMP	8	31	20.72	6.329
	SGN	14	28	22.96	3.481
	SOC	33	83	62.13	11.544

Nota: n (tamaño total de la muestra)=921.



### Análisis Post Hoc para la variable Rendimiento académico

Mediante el análisis Post Hoc se encontró, en específico, una serie de diferencias significativas en las medias de las variables de análisis, tanto respecto a SOC como a sus tres componentes, pero se prefirió detallar solo las referentes al SOC Total debido a la extensión de los resultados. En referencia a la variable que puntúa con una media significativamente más alta de SOC, observamos que las personas con *Matrícula de Honor* en su expediente académico, puntúan 15 puntos de media más en SOC que los que reportaron haber obtenido un *Suspense*. Quienes obtuvieron *Notable* y *Bien*, alrededor de 10 y 7 puntos respectivamente más que las suspensas. Entre las categorías *Notable*, *Excelente* y *Matrícula de Honor* no se encontraron diferencias significativas para estas variables (Tabla 7.15).

**Tabla 7.15**

*Análisis Post Hoc para el sentido de coherencia de acuerdo a la variable Rendimiento académico, mediante HSD de Tukey*

Variable dependiente		Dif. medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%		
					Inferior	Superior	
SOC Total	SUSPENSO	APROBADO	-5.878	2.627	0.222	-13.38	1.62
		BIEN	-7.523*	2.508	0.033	-14.69	-0.36
		NOTABLE	-10.745*	2.485	0.000	-17.84	-3.65
		SOBRESALIENTE	-11.132*	2.549	0.000	-18.41	-3.85
		MH	-15.052*	2.897	0.000	-23.33	-6.78
	APROBADO	SUSPENSO	5.878	2.627	0.222	-1.62	13.38
		BIEN	-1.645	1.337	0.822	-5.46	2.17
		NOTABLE	-4.867*	1.292	0.002	-8.56	-1.18
		SOBRESALIENTE	-5.254*	1.412	0.003	-9.29	-1.22
		MH	-9.174*	1.972	0.000	-14.8	-3.54
	BIEN	SUSPENSO	7.523*	2.508	0.033	0.36	14.69
		APROBADO	1.645	1.337	0.822	-2.17	5.46
		NOTABLE	-3.222*	1.029	0.022	-6.16	-0.28
		SOBRESALIENTE	-3.609*	1.177	0.027	-6.97	-0.25
		MH	-7.529*	1.811	0.001	-12.7	-2.36
	NOTABLE	SUSPENSO	10.745*	2.485	0.000	3.65	17.84
		APROBADO	4.867*	1.292	0.002	1.18	8.56
		BIEN	3.222*	1.029	0.022	0.28	6.16
		SOBRESALIENTE	-0.387	1.126	0.999	-3.6	2.83
		MH	-4.307	1.778	0.149	-9.38	0.77
SOBRESALIENTE	SUSPENSO	11.132*	2.549	0.000	3.85	18.41	
	APROBADO	5.254*	1.412	0.003	1.22	9.29	
	BIEN	3.609*	1.177	0.027	0.25	6.97	
	NOTABLE	0.387	1.126	0.999	-2.83	3.6	
	MH	-3.92	1.867	0.288	-9.25	1.41	
MATRÍCULA DE HONOR	SUSPENSO	15.052*	2.897	0.000	6.78	23.33	
	APROBADO	9.174*	1.972	0.000	3.54	14.8	
	BIEN	7.529*	1.811	0.001	2.36	12.7	
	NOTABLE	4.307	1.778	0.149	-0.77	9.38	
	SOBRESALIENTE	3.92	1.867	0.288	-1.41	9.25	

\*  $p < 0.05$

## Motivación de elección de estudios

Si estudiamos las diferencias en los resultados de los tres componentes de la escala SOC en función de la *Motivación* que refirió tener el alumnado para la elección del Ciclo Formativo (Tabla 7.16), se observa que estas diferencias son también estadísticamente significativas para las tres subescalas ( $p < 0.01$  para *Significatividad*;  $p < 0.05$  para *Manejabilidad* y *Comprensibilidad*), así como para *SOC Total* ( $p < 0.01$ ) (Figura 7.8). El dato más importante lo revela la puntuación media de *SOC Total* más elevada,  $M=57.45$  ( $DT=11.604$ ; 64) para el grupo que ingresó en los estudios por una elección motivada por la *vocación*. Sin embargo, el grupo que refirió no tener *ninguna motivación* especial para cursar los estudios presentó la media de *SOC Total* más baja con una  $M=46.80$  ( $DT=11.169$ ; 38) de entre todos los grupos.

**Tabla 7.16**  
*Puntuaciones medias del sentido de coherencia y sus componentes según Motivación de elección de estudios*

Motivación elección estudios	Factor (SOC)	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desv. típ. (DT)
OTRA CAUSA ( $n=115$ ; 12.5%)	MNJ	4	27	15.95	4.519
	CMP	5	32	19.13	5.362
	SGN	9	28	20.43	4.413
	SOC	22	83	55.51	11.847
SIN MOTIVACIÓN ( $n=25$ ; 2.7%)	MNJ	8	24	14.04	4.411
	CMP	10	23	16.64	3.751
	SGN	7	25	16.12	4.631
	SOC	28	66	46.80	11.169
BÚSQUEDA MEJOR OPCIÓN LABORAL ( $n=316$ ; 34.3%)	MNJ	5	28	16.71	4.691
	CMP	5	35	19.37	5.924
	SGN	5	28	20.28	4.677
	SOC	20	91	56.36	12.872
NO PUDO ACCEDER OTROS ESTUDIOS ( $n=21$ ; 2.3%)	MNJ	8	27	16.24	5.019
	CMP	7	29	17.10	6.625
	SGN	9	22	16.86	3.454
	SOC	31	78	50.19	12.667
VOCACIONAL ( $n=444$ ; 48.2%)	MNJ	4	27	16.55	4.367
	CMP	5	34	19.50	5.507
	SGN	9	28	21.41	4.126
	SOC	24	88	57.45	11.604

Nota:  $n$  (tamaño total de la muestra)=921.

A continuación, en la Figura 7.10, se observa la tendencia singular a agruparse las puntuaciones medias de sentido de coherencia más elevadas entre el alumnado que refirió haber elegido el Ciclo Formativo de TCAE por una motivación de interés *vocacional*, seguidas –con una diferencia media de alrededor de 1 punto menos de SOC Total- por el grupo de personas que entendieron que estudiar el ciclo les comportaría poder acceder a una *mejor opción de trabajo* en el futuro una vez titulados/as. Claramente, las agrupaciones que aglutinan el alumnado más desencantado al matricularse y cursar el ciclo –refiriendo *no tener motivación* o haber optado por el mismo como *opción alternativa* a accesos frustrados a otros estudios-, presentan los niveles de sentido de coherencia más bajos de toda la población de estudio.

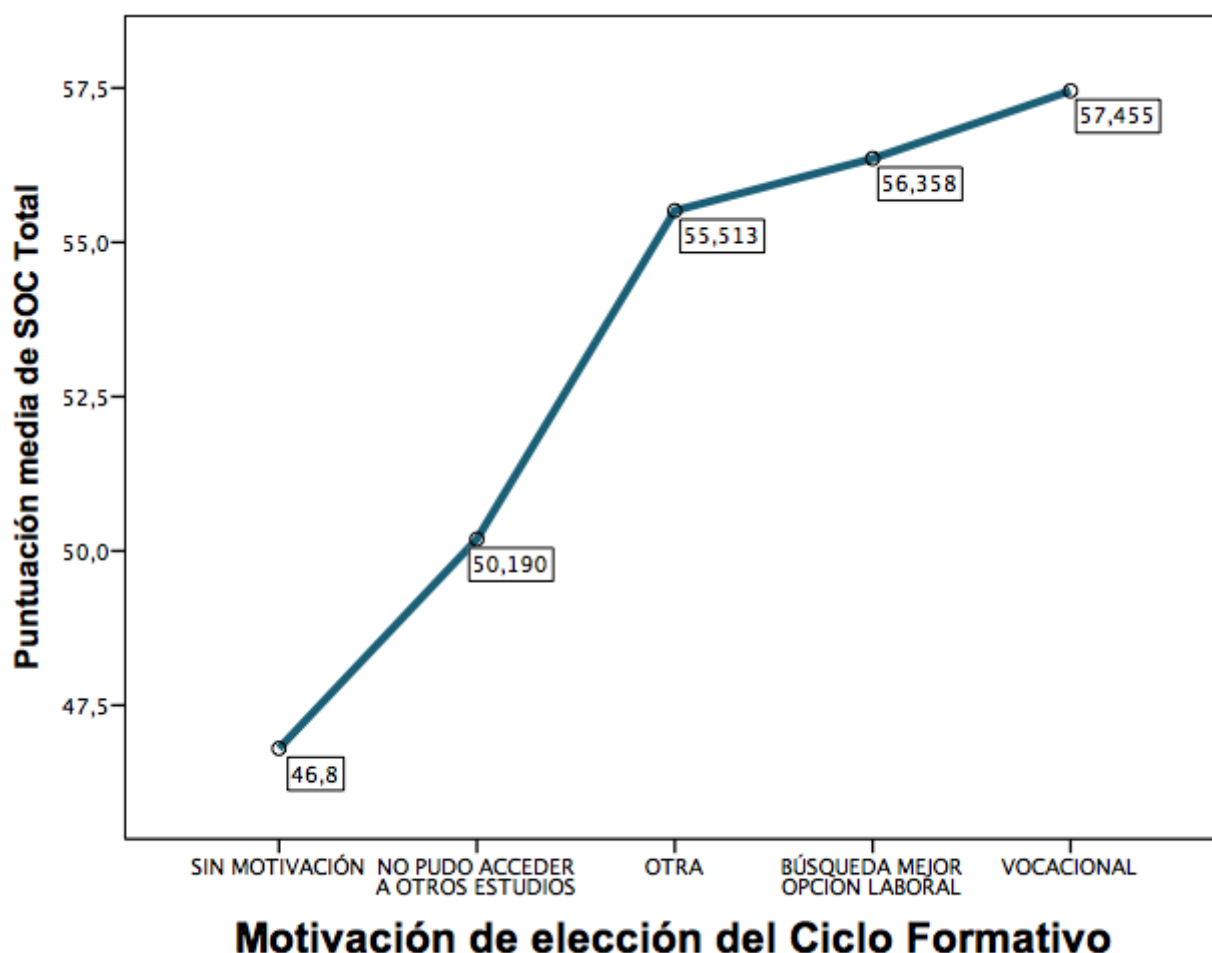


Figura 7.10. Puntuaciones medias del sentido de coherencia según Motivación de elección.

*Análisis Post Hoc para la variable Motivación de elección de estudios*

En la siguiente Tabla 7.17 se ofrecen los resultados significativos del análisis Post Hoc para comparar las puntuaciones de sentido de coherencia. Se obviaron, una vez más, los resultados para los subcomponentes para evitar la saturación de información.

**Tabla 7.17.**

*Análisis Post Hoc para el sentido de coherencia de acuerdo a la variable Motivación de elección, mediante HSD de Tukey*

Variable dependiente		Dif. medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%		
					Inferior	Superior	
SOC Total	2	0	8.723*	2.670	0.020	1.42	16.02
		3	-0.845	1.317	0.968	-4.45	2.76
		1	5.323	2.872	0.343	-2.52	13.27
		4	-1.942	1.266	0.540	-5.40	1.52
	0	2	-8.723*	2.670	0.020	-16.02	-1.42
		3	-9.558*	2.523	0.002	-16.43	-2.69
		1	-3.390	3.582	0.878	-13.28	6.40
		4	-10.655*	2.487	0.000	-17.45	-3.86
	3	2	0.845	1.327	0.968	-2.76	4.45
		0	9.558*	2.523	0.002	2.69	16.43
		1	6.267	2.726	0.258	-1.28	13.62
		4	-1.097	0.890	0.732	-3.53	1.34
	1	2	-5.323	2.872	0.343	-13.27	2.52
		0	3.390	3.582	0.878	-6.40	13.28
		3	-6.267	2.726	0.258	-13.62	1.28
		4	-7.264	2.702	0.056	-14.65	0.22
4	2	1.942	1.266	0.504	-1.52	5.40	
	0	10.655*	2.487	0.000	3.86	17.45	
	3	1.097	0.890	0.732	-1.34	3.53	
	1	7.264	2.702	0.056	-0.22	14.65	

0= Sin motivación, 1= No pudo acceder a otros estudios, 2= Otra motivación, 3= búsqueda de mejor opción laboral, 4= Vocacional

\*  $p < 0.05$

Existen diferencias significativas en el grupo que refirió no tener motivación de 8 puntos menos de media de SOC respecto a los que refirieron otras causas, y de menos de 9 puntos respecto a la expectativa de mejor opción laboral futura. Sin embargo, el valor más importante se encuentra en la diferencia de medias respecto a la motivación vocacional. De hecho, las personas que eligieron los estudios por vocación presentan una media de SOC significativa de más 10 puntos respecto a los sujetos que declaraban no tener ninguna motivación. Entre el resto de variables no se encontraron diferencias significativas.

## Diferencia de medias para la capacidad de autocuidado en función de variables categóricas

### Género

Las mujeres presentan mayores puntuaciones medias tanto para la Escala SOC -como hemos comprobado en el apartado anterior- como para la escala ASA, obteniendo una puntuación media en esta última de  $M=92.64$  ( $DT=10.34$ ; 61). Respectivamente, para la capacidad de autocuidado, los hombres puntuaron de media  $M=89.66$  ( $DT=11.038$ ; 76). Estas diferencias, que se muestran en la siguiente Tabla 7.18, son estadísticamente significativas para el cómputo de la Escala ASA ( $p<0.01$ ).

**Tabla 7.18**

*Puntuaciones medias de la Escala ASA según Género*

Género	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desv. típ. (DT)
HOMBRE	57	118	89.66	11.038
MUJER	44	120	92.64	10.345

### Grupos de edad

En la subdivisión por Grupos de edad podemos observar que son los sujetos mayores de 45 años los que obtienen mayores puntuaciones para medir la capacidad de autocuidado  $M=96.78$  ( $DT=8.618$ ; 53), siendo el alumnado menor de 30 años quien presenta los valores más bajos con una  $M=90.29$  ( $DT=10.447$ ; 76). Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p<0.01$ ). Se detallan los datos en la Tabla 7.19.

**Tabla 7.19**

*Puntuaciones medias de la Escala ASA según Grupo de edad*

Grupo edad	n	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desv. típ. (DT)
-30	577	44	120	90.29	10.447
30-45	219	66	117	94.18	10.587
+45	125	64	117	96.78	8.618

*Análisis Post Hoc para la variable Grupo de edad*

En cuanto a la Escala ASA, también se encontraron diferencias significativas en las medias intergrupos en base a la edad de las participantes. Así es que los sujetos menores de 30 años presentan una media significativa de cerca de 4 puntos menos de ASA respecto a los sujetos de entre 30 y 45, y al mismo tiempo, menos de 6 puntos respecto a los sujetos mayores de 45 años. Entre el resto de variables no se encontraron diferencias significativas.

**Tabla 7.20**

*Análisis Post Hoc para la capacidad de autocuidado de acuerdo a la variable Grupos de edad, mediante HSD de Tukey*

Variable dependiente		Dif. medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%		
					Inferior	Superior	
ASA	30-	30-45	-3.892*	0.814	0.000	-5.80	-1.98
		45+	-6.490*	1.012	0.000	-8.86	-4.12
	30-45	30-	3.892*	0.814	0.000	1.98	5.80
		45+	-2.598	1.149	0.062	-5.30	0.10
	45+	30-	6.490*	1.012	0.000	4.12	8.86
		30-45	2.598	1.149	0.062	-0.10	5.30

\*  $p < 0.05$

## Situación laboral

El análisis de los resultados para las puntuaciones de la Escala ASA según la *Situación laboral* del alumnado nos muestra que son más elevadas entre el grupo de personas que se encuentran *empleadas*, presentando una media de  $M=93.78$  ( $DT=10.060$ ; 65), mientras que las personas que refirieron no trabajar en el momento de la recogida de los datos presentaron una media de ASA de más de dos puntos de diferencia a la baja,  $M=91.56$  ( $DT=10.631$ ; 76).

### Análisis de varianza

Se realiza el análisis de varianza para encontrar posibles diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos formados a priori en las variables del estudio. Se muestran en la Tabla 7.21 los datos obtenidos al realizar el análisis de varianza de un factor.

**Tabla 7.21**

*Diferencias significativas en ANOVA de factor Situación laboral*

		Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
ASA	Intergrupos	832.453	1	832.453	7.555	0.006
	Intragrupos	101.254.703	919	110.179		

*Factor: Situación laboral*

El  $p$ -valor que observamos para el ASA ( $p \text{ valor}=0.006 < 0.05$ ), nos lleva a rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias. Lo que indica que el efecto de las interacciones es significativo para esta variable.

## Nivel de ingresos

Por lo que respecta al Nivel de ingresos, se observa que son las y los estudiantes que se identifican con un nivel de ingresos definido como *Alto* quienes obtienen mayores puntuaciones en la Escala ASA con una  $M=95.15$  ( $DT=9.711$ ; 43). Asimismo, el alumnado que refiere obtener unos ingresos de nivel *Medio* es quien presenta las medias de capacidad de autocuidado más bajas,  $M=91.6$  ( $DT=9.069$ ; 49). No se han estimado las personas del grupo que no manifestó ningún nivel de ingresos por no saber o no querer responder esta pregunta. Estas diferencias, que no fueron estadísticamente significativas para la valoración del sentido de coherencia, sí lo son en caso del análisis de la capacidad de autocuidado ( $p<0.05$ ). Se detallan los datos en la Tabla 7.22.

**Tabla 7.22**  
*Puntuaciones medias de capacidad de autocuidado según Nivel de ingresos*

Nivel ingresos	n	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desv. típ. (DT)
BAJA	224	44	114	92.64	11.080
MEDIA/BAJA	207	44	120	92.76	11.583
MEDIA	235	63	112	91.60	9.069
MEDIA/ALTA	51	68	113	94.73	8.711
ALTA	13	67	110	95.15	9.711

*Nota: n (datos válidos dentro de la muestra)=730.*

### *Análisis Post Hoc para la variable Nivel de Ingresos*

Habiéndose realizado el análisis Post Hoc para esta variable, así como sucedió en el análisis de la misma en relación con el sentido de coherencia, tampoco se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones medias de ninguna de las categorías que la conforman y la capacidad de autocuidado.



## Entorno geográfico del centro

En la Tabla 7.23 se muestran los resultados de la clasificación según los tres grupos de entorno geográfico y su relación con las puntuaciones en la Escala ASA. Estas diferencias no son estadísticamente significativas.

**Tabla 7.23**

*Puntuaciones medias de capacidad de autocuidado según Entorno Geográfico del centro*

<b>Entorno geográfico</b>	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media (M)</b>	<b>Desv. típ. (DT)</b>
RURAL	66	44	114	91.89	11.314
URBANO	520	44	120	91.94	11.043
GRAN URBE	335	55	113	92.36	9.546

*Nota: n (tamaño total de la muestra)=921.*

### *Análisis Post Hoc para la variable Entorno Geográfico del centro*

Tampoco en este caso, el análisis Post Hoc reveló diferencias significativas entre las puntuaciones medias de ninguna de las categorías que la conforman y la capacidad de autocuidado.

## Rendimiento académico

La mayor puntuación media de la Escala ASA se observa en el grupo de estudiantes que obtienen un expediente medio de *Sobresaliente* con una  $M=94$  ( $DT=10.268$ ; 70), sensiblemente seguidos de quienes obtienen una nota media de *Matrícula de Honor* de  $M=93.96$  ( $DT=9.454$ ; 56). Estas diferencias se muestran en la Tabla 7.24 y son estadísticamente significativas ( $p<0.001$ ).

**Tabla 7.24**  
*Puntuaciones medias de capacidad de autocuidado según Rendimiento académico*

Rendimiento académico	n	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desv. típ. (DT)
APROBADO	119	63	120	92.39	10.649
BIEN	242	44	113	89.82	11.200
NOTABLE	303	56	118	92.63	9.659
SOBRESALIENTE	179	44	114	94.00	10.268
MATRÍCULA HONOR	53	52	108	93.96	9.454

*Nota: n (tamaño total de la muestra)=921.*

### Análisis Post Hoc para la variable Rendimiento académico

Mediante el análisis Post Hoc, se encontraron muy pocas diferencias significativas en las medias de la Escala ASA para las variables de análisis. De hecho sólo los sujetos que refirieron un expediente académico de *Bien*, presentaron una media de ASA de menos de 3 puntos que los que refirieron obtener *Notable*, y a su vez, de menos de 4 puntos respecto a los que obtendrían un *Sobresaliente*. Para el resto de variables no se encontraron diferencias significativas (Tabla 7.25).

**Tabla 7.25**

*Análisis Post Hoc para la capacidad de autocuidado de acuerdo a la variable Rendimiento académico, mediante HSD de Tukey*

Variable dependiente		Dif. medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%	
					Inferior	Superior
SUSPENSO	APROBADO	-3.827	2.295	0.554	-10.38	2.73
	BIEN	-1.262	2.192	0.993	-7.52	5.00
	NOTABLE	-4.067	2.171	0.419	-10.27	2.13
	SOBRESALIENTE	-5.440	2.228	0.143	-11.8	0.92
	MATRÍCULA HONOR	-5.402	2.531	0.271	-12.63	1.83
APROBADO	SUSPENSO	3.827	2.295	0.554	-2.73	10.38
	BIEN	2.564	1.168	0.241	-0.77	5.90
	NOTABLE	-0.241	1.129	1.000	-3.46	2.98
	SOBRESALIENTE	-1.613	1.234	0.781	-5.14	1.91
	MATRÍCULA HONOR	-1.576	1.723	0.943	-6.5	3.34
BIEN	SUSPENSO	1.262	2.192	0.993	-5	7.52
	APROBADO	-2.564	1.168	0.241	-5.9	0.77
	NOTABLE	-2.805*	0.899	0.023	-5.37	-0.24
	SOBRESALIENTE	-4.178*	1.029	0.001	-7.11	-1.24
	MATRÍCULA HONOR	-4.140	1.582	0.094	-8.66	0.38
NOTABLE	SUSPENSO	4.067	2.171	0.419	-2.13	10.27
	APROBADO	0.241	1.129	1.000	-2.98	3.46
	BIEN	2.805*	0.899	0.023	0.24	5.37
	SOBRESALIENTE	-1.373	0.984	0.730	-4.18	1.44
	MATRÍCULA HONOR	-1.335	1.553	0.956	-5.77	3.10
SOBRESALIENTE	SUSPENSO	5.440	2.228	0.143	-0.92	11.80
	APROBADO	1.613	1.234	0.781	-1.91	5.14
	BIEN	4.178*	1.029	0.001	1.24	7.11
	NOTABLE	1.373	0.984	0.730	-1.44	4.18
	MATRÍCULA HONOR	0.038	1.631	1.000	-4.62	4.70
MATRÍCULA HONOR	SUSPENSO	5.402	2.531	0.271	-1.83	12.63
	APROBADO	1.576	1.723	0.943	-3.34	6.50
	BIEN	4.140	1.582	0.094	-0.38	8.66
	NOTABLE	1.335	1.553	0.956	-3.1	5.77
	SOBRESALIENTE	-0.038	1.631	1.000	-4.7	4.62

\*  $p < 0.05$

## Motivación de elección de estudios

En la Tabla 7.26, se ofrecen los resultados de la Escala ASA en relación a las razones alegadas por los y las estudiantes que les condujeron a estudiar el Ciclo Formativo. La puntuación media más elevada coincide con la motivación *vocacional*,  $M=93.01$  ( $DT=10.124$ ; 76); mientras que el nivel medio de capacidad de autocuidado más bajo lo refiere el grupo de personas que no pudieron acceder a *otros estudios* deseados, presentando una media de  $M=84.52$  ( $DT=12.824$ ; 47). Seguido muy de cerca se encuentran quienes describieron no tener *ninguna motivación* para cursar dichos estudios, con una  $M=85.6$  ( $DT=8.888$ ; 39). Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p<0.001$ ).

**Tabla 7.26**

*Puntuaciones medias de capacidad de autocuidado según Motivación de elección de estudios*

Motivación de elección	n	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desv. tip. (DT)
OTRA	115	44	110	91.23	9.914
SIN MOTIVACIÓN	25	63	102	85.60	8.888
BÚSQUEDA MEJOR OPCIÓN LABORAL	316	52	118	92.13	10.921
NO PUDO ACCEDER A OTROS ESTUDIOS	21	57	104	84.52	12.824
VOCACIONAL	444	44	120	93.01	10.124

*Nota: n (tamaño total de la muestra)=921.*

*Análisis Post Hoc para la variable Motivación de elección de estudios*

El análisis Post Hoc demostró, de nuevo, muy pocas diferencias significativas en las medias de la Escala ASA para las variables de análisis descritas. De este modo, existen diferencias significativas respecto a las personas que refirieron no tener motivación alguna para cursar los estudios, quienes obtuvieron una puntuación media de ASA de 6 puntos menos que los que refirieron cursar estudios en aras de encontrar una mejor opción laboral. También se repite el caso cuando se compara con el grupo que refirió tener una motivación vocacional, presentando una media de ASA de casi 8 puntos más que la categoría sin motivación. Se observa asimismo que las personas que no pudieron acceder a otros estudios presentan una media significativa de ASA de 8 puntos menos que las que accedieron por causa vocacional. Entre todos las categorías restantes no se encontraron diferencias significativas para esta variable (Tabla 7.27).

**Tabla 7.27**

*Análisis Post Hoc para la capacidad de autocuidado de acuerdo a la variable Motivación de elección, mediante HSD de Tukey*

Variable dependiente	Dif. medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%			
				Inferior	Superior		
ASA	0	5.635	2.298	0.203	-0.65	22.92	
	2	3	-0.892	2.234	0.935	-3.99	2.22
		1	6.722	2.472	0.053	-0.04	23.47
		4	-2.779	2.090	0.477	-4.76	2.2
		2	-5.635	2.298	0.203	-22.92	0.65
	0	3	-6.527*	2.264	0.022	-22.44	-0.62
		1	2.076	3.083	0.997	-7.35	9.50
		4	-7.424*	2.242	0.005	-23.27	-2.56
		2	0.892	2.234	0.935	-2.22	3.99
	3	0	6.527*	2.264	0.022	0.62	22.44
		1	7.603*	2.347	0.022	2.29	24.02
		4	-0.887	0.767	0.776	-2.98	2.22
2		-6.722	2.472	0.053	-23.47	0.04	
1	0	-2.076	3.083	0.997	-9.50	7.35	
	3	-7.603*	2.347	0.022	-24.02	-2.29	
	4	-8.490*	2.326	0.003	-24.85	-2.23	
	2	2.779	2.090	0.477	-2.20	4.76	
4	0	7.424*	2.242	0.005	2.56	23.27	
	3	0.887	0.767	0.776	-2.22	2.98	
	1	8.490*	2.326	0.003	2.23	24.85	

0= Sin motivación, 1= No pudo acceder a otros estudios, 2= Otra motivación, 3= búsqueda de mejor opción laboral, 4= Vocacional

\*  $p < 0.05$

# Activos para la Salud en alumnado de TCAE

## Análisis descriptivo

### *Activos para la salud Intrapersonales*

En primer lugar, hay que recordar que para el estudio de los activos para la salud Intrapersonales, es decir, aquellos recursos internos de que disponen las personas y que cuando los movilizan y los usan les generan bienestar, solo se atendieron y analizaron las respuestas que hicieron referencia a aspectos descriptores y referenciales semánticos relacionados con el autocuidado y del cuidado hacia otras personas. Una vez se seleccionaron aquellos conceptos relacionados intrínsecamente con los cuidados y se realizaron las oportunas codificaciones, se analizaron los resultados según las puntuaciones medias de los instrumentos del estudio. Estos hallazgos se detallan en el siguiente apartado de análisis comparativo. En la Tabla 7.28 se presentan simplemente las frecuencias absolutas y porcentajes de respuesta sobre activos internos que refirió la muestra.

**Tabla 7.28**

*Frecuencias y porcentajes de los Activos Intrapersonales o internos*

Subcategoría activo	N	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Otros	825	89.6	89.6	89.6
Cuidar a los demás	82	8.9	8.9	98.5
Autocuidados	14	1.5	1.5	100

*Nota: n (datos válidos dentro de la muestra)=96.*

Al proceder al análisis de esta tipología de activos para la salud en referencia a las variables sociodemográficas y de interés para el estudio, se encontró que respecto a la variable “motivación de elección de estudio de carácter vocacional” y la subcategoría “cuidar a los demás” existía una relación estadísticamente significativa positiva. No se encontraron más relaciones significativas entre las variables de estudio y esta tipología de activos.

## Activos para la salud Interpersonales

A continuación, en la Tabla 7.29 se muestran las frecuencias absolutas y porcentajes de las respuestas de la población de estudio en referencia a los activos para la salud Interpersonales, es decir, aquellos vínculos con personas que la población definió como generadores de bienestar y por consiguiente, se entendieron como Recursos Generales de Resistencia (GRR) que la población usa normalmente.

**Tabla 7.29**

*Frecuencias y porcentajes de los Activos Interpersonales*

Subcategoría activo	N	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Otros	41	4.5	4.5	4.5
Pareja	126	13.7	13.7	18.1
Amistades	59	6.4	6.4	24.5
Familia nuclear simple ascendente	165	17.9	17.9	42.5
Familiar nuclear simple descendente	113	12.3	12.3	54.7
Familia extensa	274	29.8	29.8	84.5
Familia + Amigos	143	15.5	15.5	100

*Nota: n (tamaño total de la muestra)=921.*

En el análisis de las posibles relaciones entre las variables a estudio y esta categoría de activos para la salud, se encontraron las siguientes diferencias de carácter significativo: los hombres referían en mayor porcentaje las amistades como activo (12.9%) frente a las mujeres (4.9%), mientras que las mujeres referían a los hijos/hijas como activo (13.3%) frente a los hombres, que lo refirieron en un porcentaje menor (7.6%). En tanto a los grupos de edad, se observó que los sujetos menores de 30 años referían en mayor proporción como activo a los propios padres/madres (21.7%) respecto a los mayores de 45 años (5.6%). En cuanto a la situación laboral, resultó significativo que el 19.7% de la población desempleada refiriera también a los progenitores como activo, frente al 12.2% de las personas que tenían trabajo que también lo consideraron como tal. En específico, y respecto al activo “familia nuclear descendente”, el 17.1% de la población trabajadora lo mencionó, frente al 10.7% de la población desempleada que refirió a los hijos/hijas como activo. Para el resto de variables sociodemográficas y de interés, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

## Activos para la salud Extrapersonales: Grupos e Instituciones

En la siguiente Tabla 7.30 se muestran las frecuencias absolutas y porcentajes de las respuestas de la población de estudio en referencia a los activos para la salud Extrapersonales I. Esta primera variante hace referencia a todo tipo de grupos sociales e instituciones que la población refirió frecuentar y hacer uso como Recursos de Resistencia Generales y Específicos (GRR, SRR) debido a que les generaban bienestar y salud.

**Tabla 7.30**  
*Frecuencias y porcentajes de los Activos Extrapersonales:  
Grupos e Instituciones*

Subcategoría activo	N	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No refiere/Refiere ninguno	131	14.2	14.2	14.2
Voluntariado	47	5.1	5.1	19.3
Instituciones educativas	33	3.6	3.6	22.9
Instituciones deportivas	142	15.4	15.4	38.3
Instituciones lúdicas y de ocio	95	10.3	10.3	48.6
Instituciones religiosas	14	1.5	1.5	50.2
Instituciones musicales y artísticas	63	6.8	6.8	57
Grupo social	396	43	43	100

*Nota: n (tamaño total de la muestra)=921.*

De este modo, en el análisis de estos activos se encontraron también diferencias significativas respecto a las siguientes variables sociodemográficas y de estudio: las mujeres refirieron como activo las instituciones educativas en un porcentaje del 3.7% frente a un 2.4% de los hombres que mencionaron este tipo de instituciones; sin embargo fueron los hombres con un porcentaje del 22.9% que refirieron las instituciones de tipo deportivo, frente al 13.3% de las mujeres que las reportaron como activo generador de salud. El resto de activos fueron mencionados en porcentajes similares para ambos géneros. En cuanto a los grupos de edad, el activo que presenta diferencias significativas para esta variable es el referido al uso de instituciones lúdicas y de ocio, pues el 9.6% de los menores de 45 años las refirieron frente al 12% de los mayores de 45 años. Respecto a la situación laboral, es muy significativo que el 43.6% de las personas desempleadas refirieron el grupo social como activo, frente al 39.2% de las personas con trabajo que también lo



describieron así. Merece la pena caracterizar aparte el hecho de “ejercer actividades de voluntariado”, pues este activo fue explicitado por un 8.1% de la muestra que tenía trabajo remunerado, mientras que solo el 4.1% de las personas desempleadas refirieron esta actividad como activo de salud. Asimismo, también el 3.1% de los menores de 30 años lo definieron como activo respecto al 8.2% y el 8.8% de los restantes grupos de edad, respectivamente. El tramo de nivel de ingresos que define el voluntariado como activo en mayor porcentaje fue el de renta media/baja representado un 6.8% respecto a esta categoría de renta. Los porcentajes de referencia de este activo por género son muy similares. El resto de variables de interés, como la motivación de elección de estudio o el rendimiento académico, no presentaron diferencias de carácter significativo con los activos para la salud Extrapersonales de tipo I.

### *Activos para la salud Extrapersonales: Espacios físicos/lugares*

Por último, presentamos en la Tabla 7.31 las frecuencias absolutas y porcentajes para los activos para la salud Extrapersonales de tipo II clasificados en subcategorías. Estas recogen los diferentes espacios y lugares reportados por la población de estudio como GRR y SRR generadores de salud, que referían aportarles bienestar cuando los disfrutaban o hacían uso de ellos.

**Tabla 7.31**

*Frecuencias y porcentajes de los Activos Extrapersonales:  
Espacios físicos/lugares*

Subcategoría activo	N	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No refiere/Refiere ninguno	76	8.3	8.3	8.3
Espacio natural de montaña	125	13.6	13.6	21.8
Espacio natural de playa	131	14.2	14.2	36
Montaña + Playa	77	8.4	8.4	44.4
Espacios urbanos	59	6.4	6.4	50.8
Espacios deportivos	63	6.8	6.8	57.7
Espacios lúdicos/de ocio	239	26	26	83.6
Espacios espirituales/religiosos	6	0.7	0.7	84.3
Espacios educativos	15	1.6	1.6	85.9
Espacios culturales	14	1.5	1.5	87.4
Vivienda	106	11.5	11.5	98.9
Lugar de trabajo	10	1.1	1.1	100

*Nota: n (tamaño total de la muestra)=921*

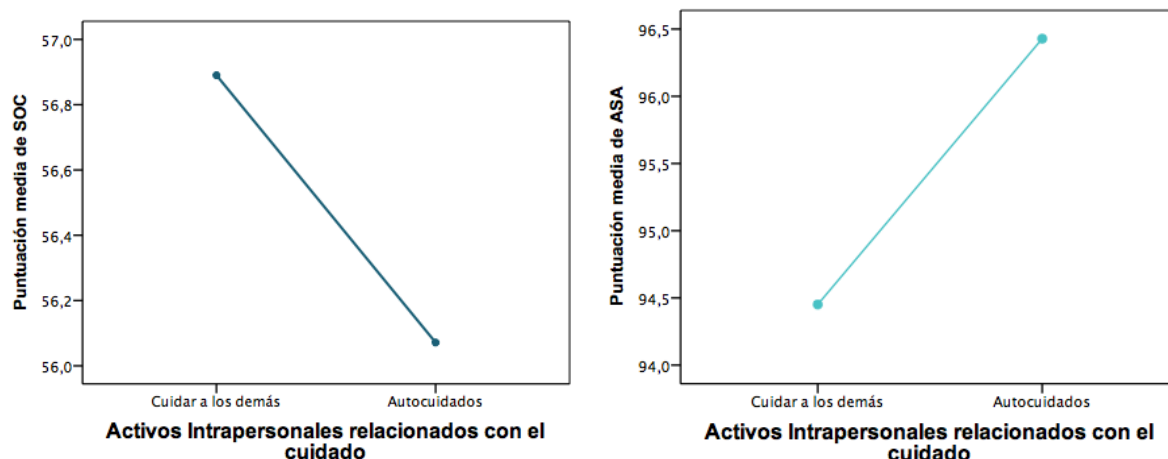
De acuerdo al análisis de estos activos, encontramos diferencias significativas que se relatan a continuación. Se observan porcentajes similares entre géneros distintos respecto al uso de espacios urbanos (5.9% de los hombres y 6.4% de las mujeres los refieren como activo de salud). El 14.4% de las mujeres refieren los espacios costeros y la playa como lugar, frente al 10.6% de los hombres; asimismo, los hombres refieren preferir en un 15.3% los espacios naturales de montaña frente al 12.8%. En referencia a los grupos de edad, se obtuvieron porcentajes mayores para el activo de recursos naturales de montaña en los grupos de edad de más edad (19.3%), frente al 9.7% de los menores de 30 años que lo reportaron; lo contrario ocurrió en cuanto a los espacios naturales de playa, siendo el 14.6% de los menores de 45 años quienes lo mencionaban frente al 8% de los mayores de 45 años. También significativas fueron las diferencias respecto a los espacios lúdicos y de ocio, que presentaron los siguientes porcentajes: el 28.1% de los menores de 30 años, el 17.4% de los sujetos entre 30 y 45 años y el 15.2% de los mayores de 45 años refirieron estos activos para la salud; siendo así que el SRR relacionado con estos lugares físicos disminuye la percepción de que genera bienestar con la edad, para nuestra población de estudio. Siguiendo con la variable edad, se observa que el fenómeno de espacio generador de bienestar “Vivienda” es mayor porcentualmente en los grupos extremos de edad con aproximadamente 5 puntos de diferencia respecto al grupo de entre 30 y 45 años; lo contrario sucede con el activo “Lugar de trabajo”, que presenta porcentajes más elevados en el grupo de menores de 30 años respecto a los otros dos grupos. Atendiendo ahora a la variable situación laboral, el 13.5% de la población a estudio que tenía trabajo refería como espacios generadores de bienestar tanto los espacios naturales de montaña como costeros, frente al 6.7% de las personas que se encontraban desempleadas. También resulta interesante el porcentaje del 16% referido en personas que suspendieron el curso, las cuales encontraban en los espacios deportivos abiertos un activo de salud; este porcentaje disminuye progresivamente hasta el 3.8% reportado por las personas que obtuvieron *Matrícula de Honor*. Finalmente, como dato significativo a destacar, en cuanto a la variable entorno geográfico del centro, se observó que en las grandes urbes los espacios lúdicos y de ocio fueron referidos por los sujetos en un porcentaje bastante menor (20.3%) que en los entornos rurales (40.9%).

## Análisis comparativo: Activos, SOC y ASA

### *Activos para la salud Intrapersonales*

Respecto a los activos para la salud intrapersonales relacionados con los cuidados, se llevó a cabo una comparación para las medias de los instrumentos sin hallarse en este caso ninguna diferencia de carácter significativo. No obstante, se decidió presentar a continuación los gráficos descriptivos de las puntuaciones medias para cada escala relacionadas con cada una de las dos variables.

En cuanto al sentido de coherencia, cabe decir que las personas que describieron conceptos intrínsecos al cuidado hacia otras personas, puntuaron sensiblemente por encima -alrededor de 1 punto más de media- que quienes refirieron que realizar actividades de autocuidado les generaba bienestar. Respecto a la capacidad para el autocuidado se observó una tendencia inversa, quienes definieron conceptos próximos al autocuidado puntuaron algo más de 2 puntos de media en la Escala ASA respecto al otro grupo. Estos detalles se observan en las Figuras 7.11.



**Figuras 7.11. Puntuaciones medias del sentido de coherencia y capacidad de autocuidado según Activos Intrapersonales**

## Activos para la salud Interpersonales

### Sentido de Coherencia

Al comparar las medias presentadas en la Escala SOC entre los diferentes tipos de activos interpersonales que refirió tener la muestra, se encontraron una serie de diferencias significativas que se detallan en la Tabla 7.32. Concretamente, con respecto a las personas que nombraron a sus hijos/hijas como activo de salud que les generaba bienestar, se encuentra que la media es alrededor de 5 puntos más alta que para los que refirieron hallar ese bienestar en sus parejas o compañeros/as de vida (5.293). Asimismo, también este primer grupo puntúa más alto en SOC al compararse con las personas que definieron como activo a sus amistades (6.371) o a sus respectivos progenitores (5.803). El mismo fenómeno se observa, con una diferencia de medias algo menor, respecto con las personas que mencionaron a la familia extensa, entendiéndose de ella a abuelos/as y/o tíos/tías (4.517).

**Tabla 7.32**

*Análisis Post Hoc para los Activos Interpersonales de acuerdo a la puntuación media de SOC Total, mediante HSD de Tukey (resultados significativos).*

Variable dependiente	(I) Activo Interpersonal	(J) Activo Interpersonal	Dif. Medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%	
						Inferior	Superior
SOC Total	Pareja	Familiar nuclear simple descendente	-5.293*	1.574	0.014	-9.94	-0.64
	Amistades	Familiar nuclear simple descendente	-6.371*	1.951	0.019	-12.14	-0.61
	Familia nuclear simple ascendente	Familiar nuclear simple descendente	-5.803*	1.483	0.002	-10.19	-1.42
		Pareja	5.293*	1.574	0.014	0.64	9.94
	Familiar nuclear simple descendente	Amistades	6.371*	1.951	0.019	0.61	12.14
		Familia nuclear simple ascendente	5.803*	1.483	0.002	1.42	10.19
		Familia extensa	4.517*	1.358	0.016	0.5	8.53
	Familia extensa	Familiar nuclear simple descendente	-4.517*	1.358	0.016	-8.53	-0.5

\*  $p < 0.05$

La siguiente Figura 7.12, se muestra esta tendencia al alza en puntuación media de SOC, situando a las personas para las que sus hijos/hijas son su mejor activo de salud, a la cabeza en sentido de coherencia. En el lado opuesto, se encuentran los sujetos que definieron sus amistades como activo generador de salud. Las diferencias intergrupos fueron significativas para los siguientes activos: familia nuclear descendente, familia nuclear ascendente, familia extensa, pareja y amistades.

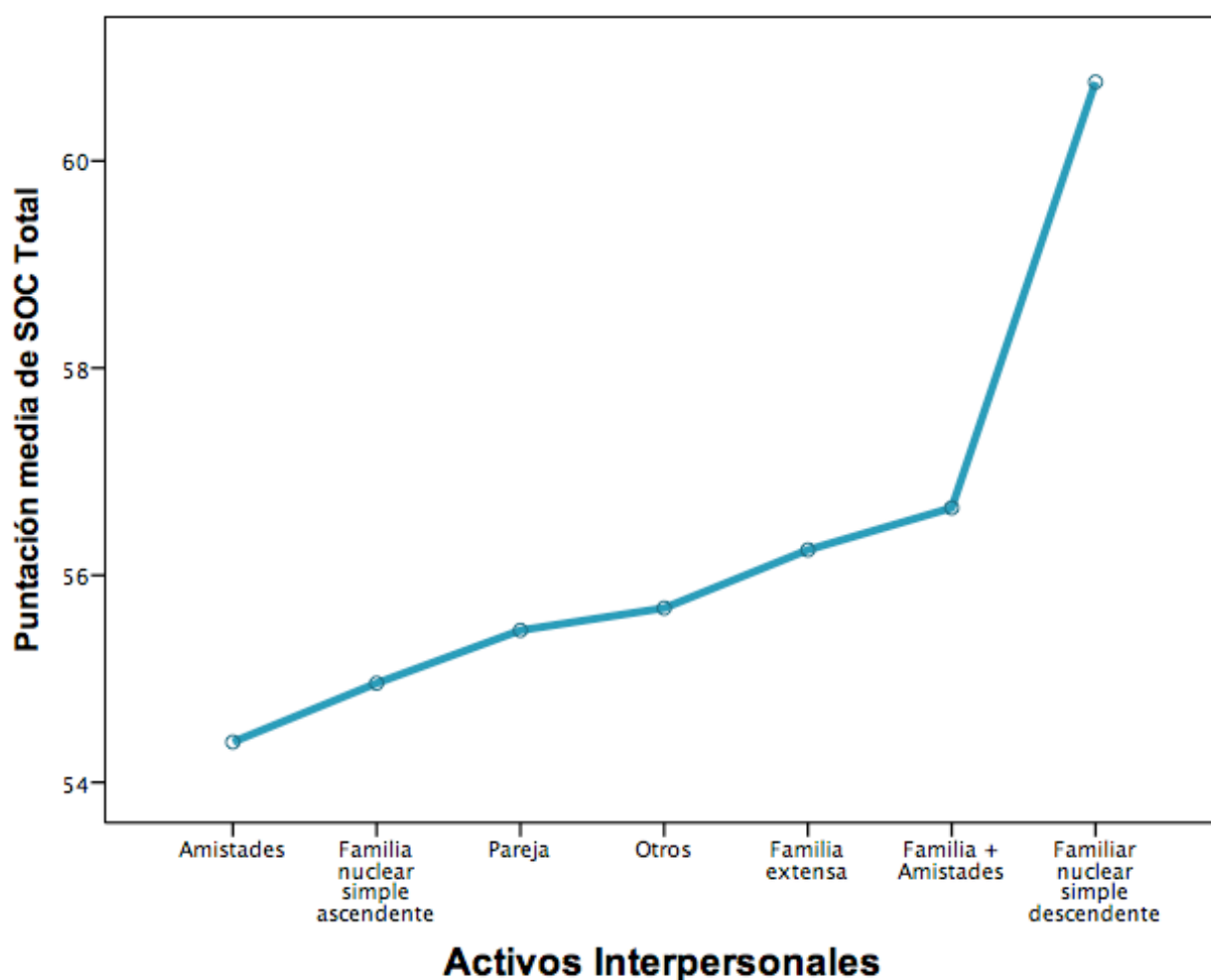


Figura 7.12. Puntuaciones medias del sentido de coherencia según Activos Interpersonales.

## Capacidad de Autocuidado

En este caso, al comparar las medias presentadas en la Escala ASA entre los diferentes tipos de activos interpersonales que refirió tener la muestra, se encontraron una serie de diferencias significativas que se detallan en la Tabla 7.33. Específicamente, con respecto a las personas que refirieron como activo de salud que les generaba bienestar a sus hijos/hijas, se encuentra que la media es alrededor de 7 puntos más alta que para los que refirieron hallar ese bienestar en sus amistades (7.190). Del mismo modo, también este primer grupo puntúa más alto en ASA al compararse con las personas que definieron como activo a sus respectivos progenitores (5.160). El mismo fenómeno se observa, con una diferencia de medias algo menor, respecto con las personas que mencionaron a la familia extensa, entiéndase de ella a abuelos/as y/o tíos/tías (4.057).

Se observa una diferencia significativa más, la que compara la referencia a las amistades, incluyendo también a la familia en general, que es de 5.145 puntos más alta de media respecto a quienes describieron sólo las amistades como activo de salud.

**Tabla 7.33**

*Análisis Post Hoc para los Activos Interpersonales de acuerdo a la puntuación media de ASA mediante HSD de Tukey (resultados significativos).*

Variable dependiente	(I) Activo Interpersonal	(J) Activo Interpersonal	Dif. Medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%	
						Inferior	Superior
ASA	Amistades	Familiar nuclear simple descendente	-7.190*	1.671	0,000	-12.13	-2.25
	Familia nuclear simple ascendente	Familiar nuclear simple descendente	-5.160*	1.271	0.001	-8.91	-1.41
	Familiar nuclear simple descendente	Amistades	7.190*	1.671	0,000	2.25	12.13
	Familiar nuclear simple descendente	Familia nuclear simple ascendente	5.160*	1.271	0.001	1.41	8.91
	Familiar nuclear simple descendente	Familia extensa	4.057*	1.163	0.009	0.62	7.49
	Familia extensa	Familiar nuclear simple descendente	-4.057*	1.163	0.009	-7.49	-0.62
	Familia + Amistades	Amistades	5.145*	1.61	0.024	0.39	9.9

La siguiente Figura 7.13 muestra –al igual que el SOC- la tendencia al alza en puntuación media de ASA, situando de nuevo a las personas para las que sus hijos/hijas son su mejor activo de salud, por delante que el resto de la población en lo que respecta a capacidad de autocuidado. En el lado opuesto, se encuentran nuevamente, los sujetos que definieron sus amistades como activo generador de salud. Las diferencias intergrupos fueron significativas para los siguientes activos: familia nuclear descendente, familia nuclear ascendente, familia extensa, familia junto con amistades y solo amistades.

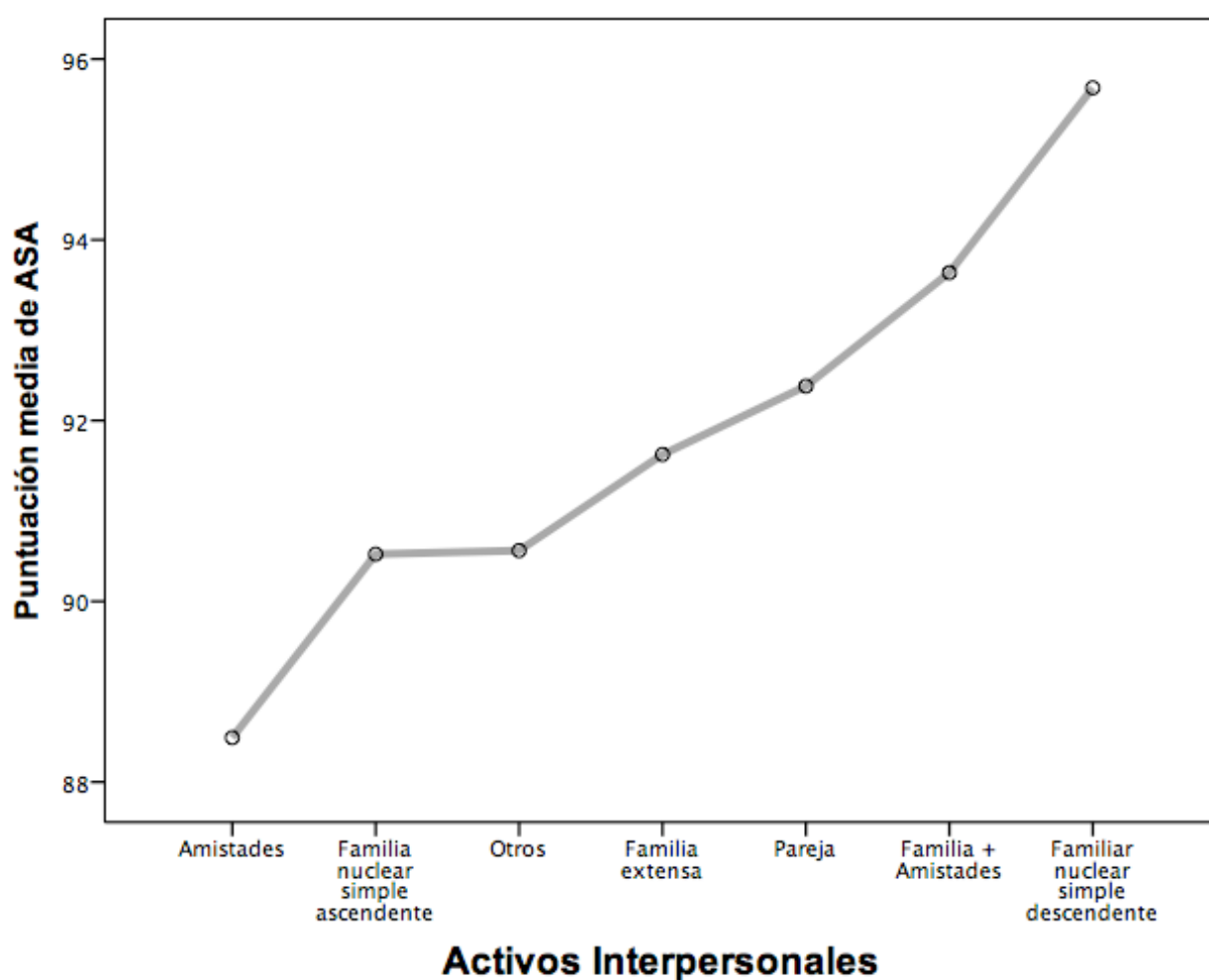


Figura 7.13. Puntuaciones medias de la capacidad de autocuidado según Activos Interpersonales.

## Activos para la salud Extrapersonales: Grupos e Instituciones Sentido de Coherencia

En el estudio descriptivo de medias de sentido de coherencia para los activos extrapersonales que describían los grupos e instituciones que solían frecuentar o hacer uso las personas y les generaban bienestar, encontramos los siguientes resultados: a destacar como media de SOC más elevada los sujetos que referían ejercer el voluntariado y las instituciones educativas como activo de salud, mientras que aquellas personas que hacían uso de las instituciones religiosas presentaron una media alrededor de 8 puntos menos de SOC. Los resultados totales se presentan en la Tabla 7.34 y la Figura 7.14.

**Tabla 7.34**

*Descripciones de puntuaciones medias de SOC Total según Activos Extrapersonales: Grupos e Instituciones*

Variable dependiente	Activo Extrapersonal I	N	Media (M)	Desv. típ. (DT)	Mínimo	Máximo
SOC Total	1. No refiere/Refiere ninguno	131	54.21	12.096	24	83
	2. Voluntariado	47	57.96	13.771	31	85
	3. Instituciones educativas	33	57.73	13.077	22	80
	4. Instituciones deportivas	142	57.58	12.197	29	88
	5. Instituciones lúdicas y de ocio	95	57.35	11.853	27	79
	6. Instituciones religiosas	14	49.93	12.437	29	83
	7. Instituciones musicales y artísticas	63	53.87	13.049	27	78
	8. Grupo social	396	56.77	11.871	20	91



**Figura 7.14.** Puntuaciones medias del Sentido de Coherencia según Activos Extrapersonales I.



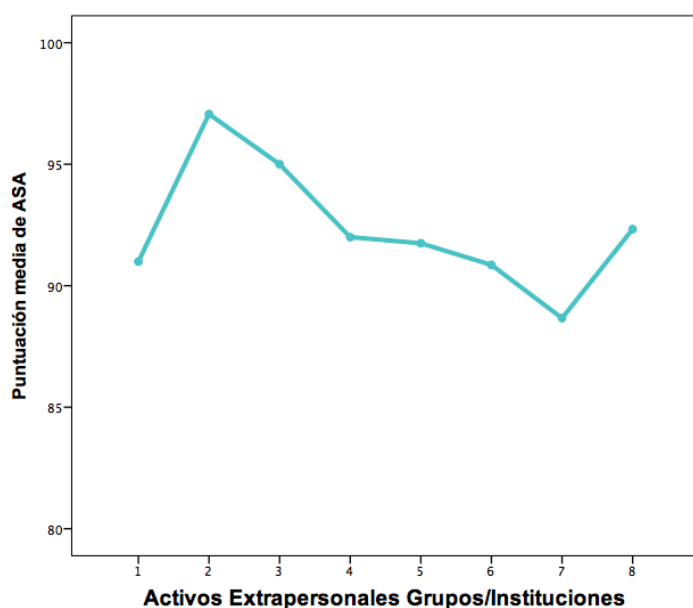
## Capacidad de Autocuidado

En cuanto al mismo estudio de medias, para la capacidad de autocuidado, y según los activos extrapersonales que describían los grupos e instituciones que solían frecuentar o hacer uso las personas y les generaban bienestar, encontramos los siguientes resultados: a destacar de nuevo, como media de ASA más elevada, los sujetos que referían ejercer el voluntariado. Y como medias más bajas aquellas, las presentas personas que hacían uso de las instituciones músico-artísticas y religiosas, que presentaron una media entre 7 y 8 puntos menos de ASA. Los resultados totales se presentan en la Tabla 7.35 y la Figura 7.15.

**Tabla 7.35**

*Descripciones de puntuaciones medias de ASA según Activos Extrapersonales: Grupos e Instituciones*

Variable dependiente	Activo Extrapersonal I	N	Media (M)	Desv. típ. (DT)	Mínimo	Máximo
ASA	1. No refiere/Refiere ninguno	131	90.99	10.884	44	112
	2. Voluntariado	47	97.06	9.692	72	117
	3. Instituciones educativas	33	95	12.455	44	110
	4. Instituciones deportivas	142	92	10.596	63	118
	5. Instituciones lúdicas y de ocio	95	91.75	10.056	57	113
	6. Instituciones religiosas	14	90.86	8.822	75	103
	7. Instituciones musicales y artísticas	63	88.67	9.622	66	108
	8. Grupo social	396	92.33	10.424	52	120



**Figura 7.15.** Puntuaciones medias de la Capacidad de Autocuidado según Activos Extrapersonales I.

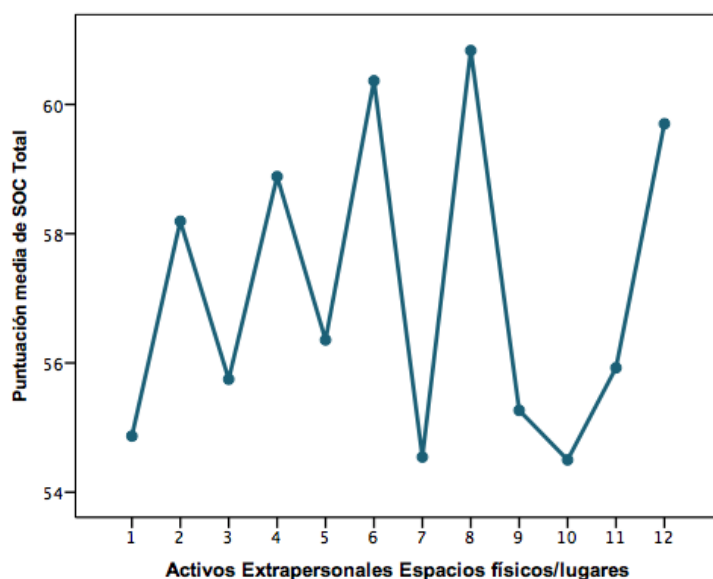
## Activos para la salud Extrapersonales: Espacios físicos/lugares Sentido de Coherencia

En el estudio descriptivo de medias de sentido de coherencia para los activos Extrapersonales que clasificaban como SRR a espacios físicos y lugares específicos, y que resultaban ser generadores de bienestar para nuestra población de estudio, encontramos los siguientes resultados: a destacar como media de SOC elevada los sujetos que referían utilizar espacios deportivos abiertos como activo de salud, mientras que aquellas personas que refirieron espacios culturales presentaron una media alrededor de 6 puntos menos de SOC. Los resultados totales se presentan en la Tabla 7.36 y la Figura 7.16.

**Tabla 7.36**

*Descripciones de puntuaciones medias de SOC Total según Activos Extrapersonales: Espacios físicos/lugares*

Variable Dependiente	Activo Extrapersonal II	N	Media (M)	Error típico	Mínimo	Máximo
SOC	1. No refiere/Refiere ninguno	76	54.87	1.433	25	83
	2. Espacio natural de montaña	125	58.19	1.105	27	85
	3. Espacio natural de playa	131	55.75	0.966	31	78
	4. Montaña + Playa	77	58.88	1.312	27	91
	5. Espacio urbano	59	56.36	1.923	28	83
	6. Espacios deportivos	63	60.37	1.636	31	88
	7. Espacios lúdicos/de ocio	239	54.54	0.753	20	81
	8. Espacios espirituales/religiosos	6	60.83	6.204	40	83
	9. Espacios educativos	15	55.27	3.346	24	71
	10. Espacios culturales	14	54.50	3.611	37	79
	11. Vivienda	106	55.92	1.156	28	82
	12. Lugar de trabajo	10	59.7	4.495	43	80



**Figura 7.16.** Puntuaciones medias del Sentido de Coherencia según Activos Extrapersonales II.

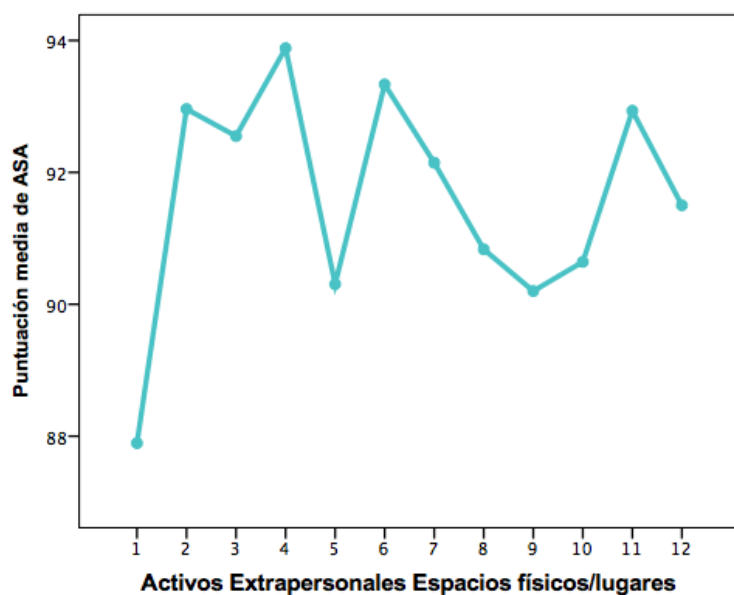
## Capacidad de Autocuidado

En cuanto al mismo estudio de medias -para la capacidad de autocuidado-, según los activos Extrapersonales que describían los espacios que solían hacer uso y disfrutar las personas y que les generaban bienestar, encontramos los siguientes resultados: el puntaje medio de ASA más elevado, se observó en los sujetos que referían disfrutar los lugares de montaña y de costa. Y como medias más bajas, las presentaron las personas que hacían uso de espacios urbanos con una media aproximada de 3 puntos menos de ASA. Los resultados totales se presentan en la Tabla 7.37 y la Figura 7.17.

**Tabla 7.37**

*Descripciones de puntuaciones medias de ASA según Activos Extrapersonales: Espacios físicos/lugares*

Variable Dependiente	Activo Extrapersonal II	N	Media (M)	Error típico	Mínimo	Máximo
ASA	1. No refiere/Refiere ninguno	76	87.89	1.146	55	104
	2. Espacio natural de montaña	125	92.96	0.864	56	110
	3. Espacio natural de playa	131	92.55	0.913	44	114
	4. Montaña + Playa	77	93.88	1.149	69	112
	5. Espacio urbano	59	90.31	1.660	52	107
	6. Espacios deportivos	63	93.33	1.101	72	110
	7. Espacios lúdicos/de ocio	239	92.15	0.732	44	120
	8. Espacios espirituales/religiosos	6	90.83	2.762	79	97
	9. Espacios educativos	15	90.20	2.450	69	100
	10. Espacios culturales	14	90.64	2.435	75	101
	11. Vivienda	106	92.93	0.957	71	113
	12. Lugar de trabajo	10	91.50	4.129	72	110



**Figura 7.17. Puntuaciones medias de la Capacidad de Autocuidado según Activos Extrapersonales II.**

## Mapeo de los Activos para la Salud para el perfil de estudiantes de TCAE

---

A modo de reflexión, se quiso mostrar gráficamente el resultado completo del estudio de los activos para la salud para nuestra población de estudio y para ello, se trabajó en profundidad la construcción de un mapa de activos. El mapa de las TCAE se desarrolló con la idea sintética de recopilación de la información de forma concisa, haciendo uso de la economía de palabras y manteniendo, a su vez, un criterio estético que facilitase la comprensión multidimensional y holística del estudio.

En la Figura 7.18 se detallan los activos intrapersonales, interpersonales, extrapersonales I y extrapersonales II, tanto en la forma en que fueron expresados por las personas participantes como en agrupaciones significativas realizadas expresamente para esta disposición. En concreto, respecto a los activos intrapersonales, se han compilado todas las referencias semánticas encontradas, no sólo aquellas que se utilizaron para el análisis (cuidar a los demás, autocuidado), por su interés para esta investigación.

Con la intención de realizar una aproximación cuidada de esta información cualitativa con la cuantitativa obtenida de las puntuaciones medias de los cuestionarios SOC y ASA, se elaboró la Figura 7.19. Esta imagen representa la complementariedad de ambos abordajes. Además, permite deducir como los activos para la salud pueden potenciar el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado de forma exponencial. Tanto el SOC, el ASA como los activos para la salud reflejan el movimiento hacia la salud que tiende a alcanzar paulatinamente el polo de salud positivo. Los activos Intrapersonales identificados establecen una vinculación más fuerte con el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado, permitiendo establecer relaciones entre estos recursos internos y la manejabilidad, comprensibilidad y significatividad. El mismo sentido de progresión van a experimentar los entornos educativos y comunitarios, que favorecidos e influenciados mutuamente por todas estas sinergias emprenden la transformación hacia espacios y ambientes más salutogénicos.

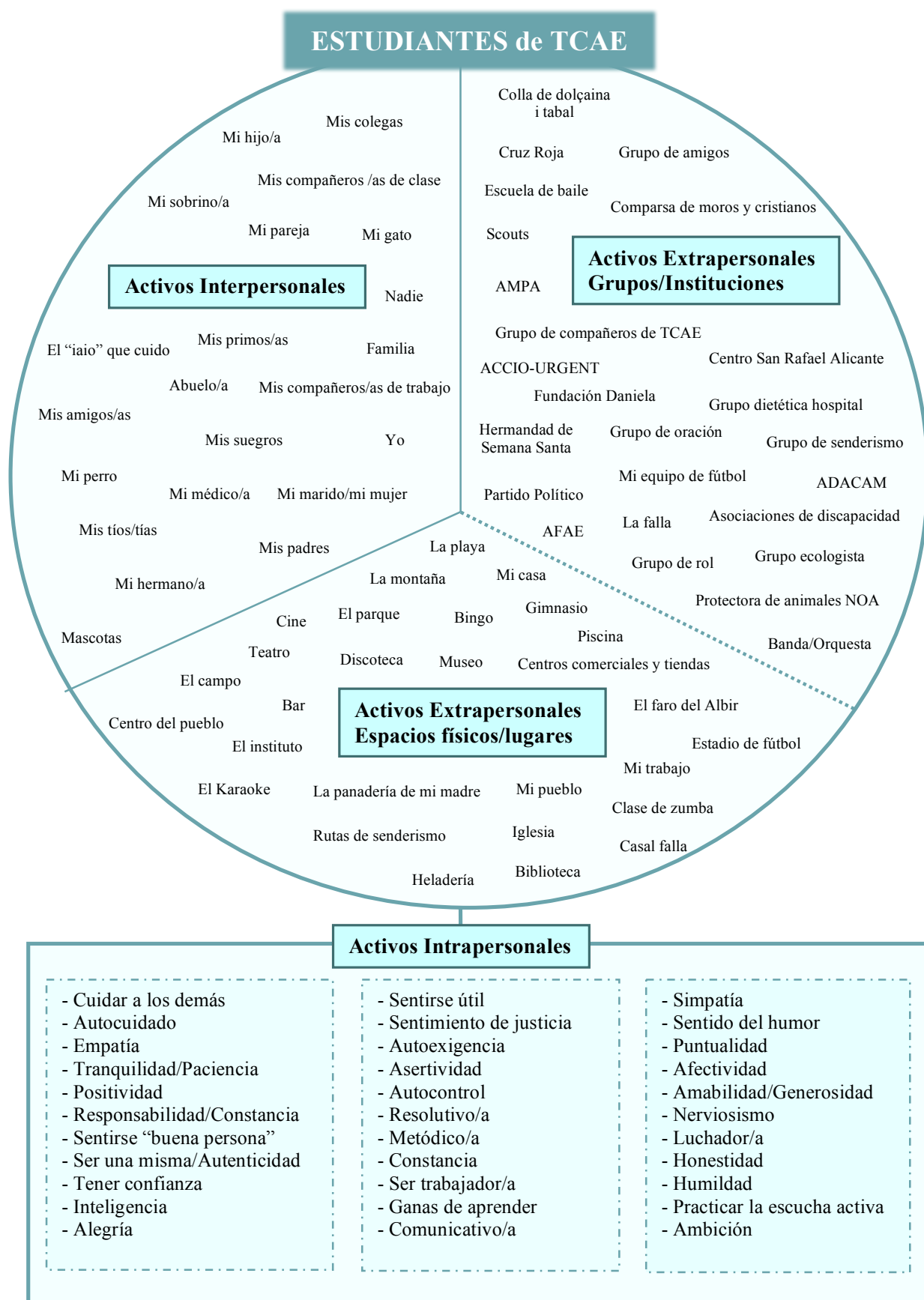
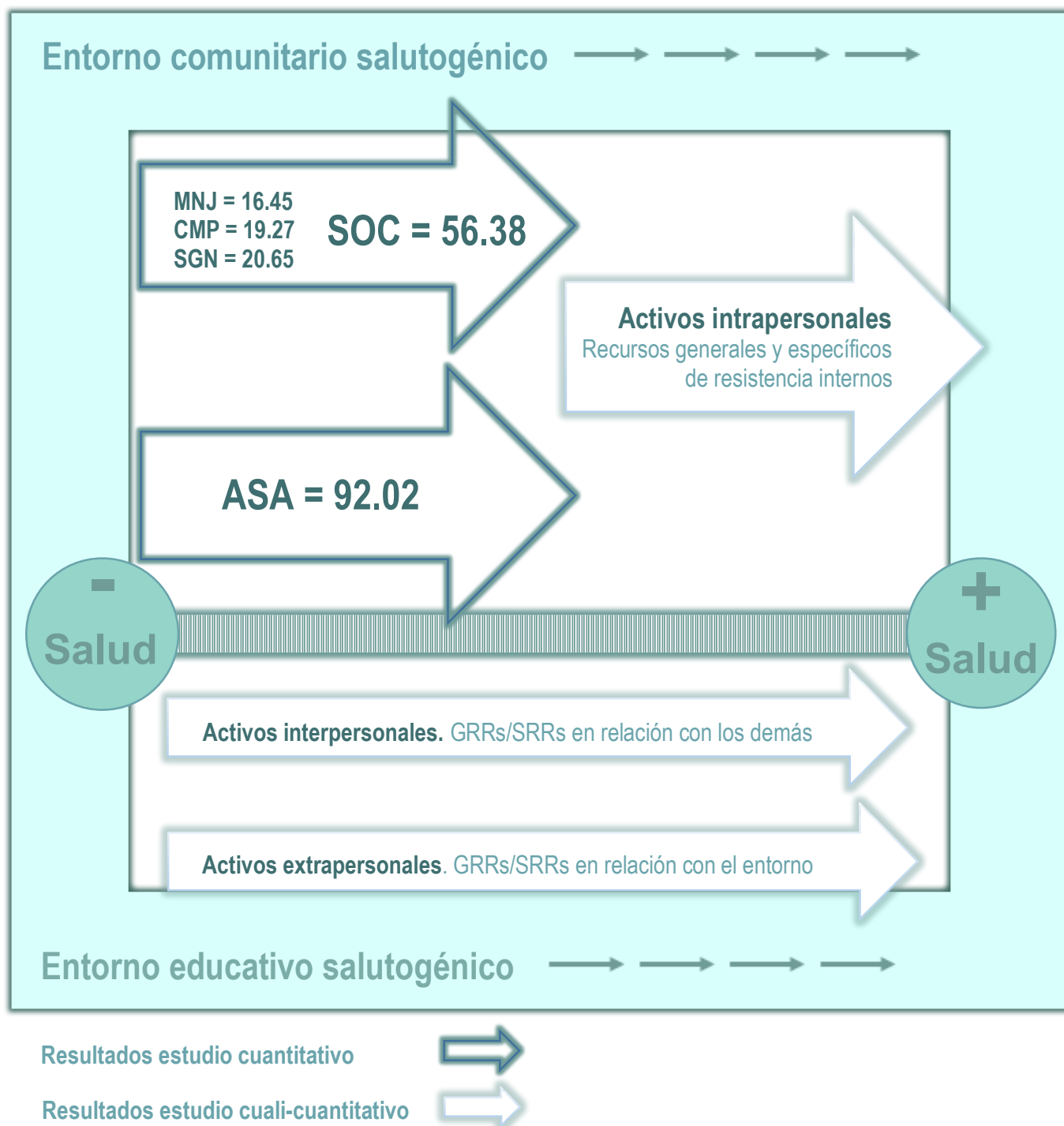


Figura 7.18. Mapa de Activos para la salud en la población de estudiantes de TCAE del País Valencià. Colomer, 2017.



**Figura 7.19.** Sentido de coherencia, capacidad de autocuidado y activos para la salud en el continuo de salud-enfermedad en la población de TCAE del País Valencià. Colomer, 2017 (adaptación de Vera-Remartínez, Paredes y Aviñó, 2016).



*“The key lies in a society and in people who cares about each other”*

*Antonovsky, 1992*

## Sobre los resultados globales

En el presente estudio, se determinaron las puntuaciones totales y medias obtenidas a través de los instrumentos que miden el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado. Con este análisis, se da respuesta al **segundo objetivo específico** que se planteó en el capítulo metodológico, determinar los niveles de OLQ-13 y de ASA en la población de TCAE. Con la intención de facilitar la lectura y la identificación rápida de las asociaciones con los instrumentos, se ofrece una tabla resumen de las variables de estudio que se han visto relacionadas con elevados niveles de SOC y ASA para la presente investigación (Anexo 9, pág. 324).

### *Respecto al OLQ-13*

Respecto a los valores medios obtenidos para la población de este estudio y en cuanto al sentido de coherencia, la media para las mujeres fue de  $M=56.73$  con una desviación típica,  $DT=12.104$ , y para los hombres fue de  $M=54.84$  con una desviación típica,  $DT=12.727$ , obteniéndose unos resultados superiores cerca de dos puntos en las mujeres respecto de los hombres. Estas puntuaciones están en la línea de otros estudios como el Rakizadeh y Hafezi (2015) de la Universidad de Omán, que describieron una de  $M=57.0$ ;  $DT=13$ , entre alumnado universitario de la ciudad de



Ahvaz, Irán. Así como también las medias de SOC para una muestra de personas desempleadas en Kaunnas, Lituania, que recoge valores de  $M=56.6$ ;  $DT=11.2$  en el estudio de Stankunas, Kalediene y Starkuviene, (2009).

Sin embargo, son perceptiblemente superiores a los mostrados en Höjdahl, Magnus, Mdala, Hagen y Langeland en 2015, con una  $M=53.91$ ;  $DT=7.80$  para una muestra de mujeres suecas en estado de internamiento en instituciones correccionales sujetas a un programa de valoración del *distrés* emocional. También la población de estudiantes universitarias indias de la Universidad de Mangalore puntuaron en SOC con una media especialmente baja ( $M= 51.65$ ;  $DT=8.20$ ) en el estudio de Rajesh, Eriksson, Pai, Seemanthini, Naik y Rao (2016). Entre todas estas ejemplificaciones, se observa que en comparación, las poblaciones más desfavorecidas y las personas en mayor estado de vulnerabilidad tienden a puntuar más bajo en SOC.

Por otro lado, estudios como el de Kleiveland, Natvig y Jepsen (2015) determinaron el sentido de coherencia en estudiantes de enfermería noruegas, obteniendo niveles de SOC bastante superiores en comparación a la media de los resultados en los estudios analizados para este trabajo ( $M= 61.87$ ;  $DT=10.51$ ); lo mismo concluyó para una muestra de estudiantes de nuevo acceso en la Universidad de Navarra ( $M= 65.5$ ;  $DT=11$ ) en Lizarbe-Chocarro, Guilén-Grima, Aguinaga-Ontoso y Canga (2016). Asimismo, comparando nuestra población con resultados de una muestra de 55 enfermeras en activo pertenecientes a cuatro zonas básicas de salud de la ciudad de Girona, también para ellas las puntuaciones medias resultaron considerablemente superiores ( $M= 67.4$ ;  $DT=8.6$ ), como demuestra el estudio de Malagón, Juvinyà, Bonmatí, Fernández, Bosch, Bertran y Suñer (2012). De este modo, se observa que tanto estudiantes como profesionales de la enfermería de entornos con índices socioeconómicos favorables confirman niveles de SOC más elevados.

Finalmente, observando el comportamiento de las dimensiones del SOC, los resultados obtenidos en el presente estudio (*Manejabilidad* con  $M=16.45$ ;  $DT=4.53$ ; *Comprensibilidad* con  $M=19.27$ ;  $DT=5.642$ ; y *Significatividad* con  $20.65$ ;  $DT 4.48$ ) muestran unas medias muy semejantes a la media hipotética de sus rangos (MNJ y SGN entre 4-28 puntos y CMP entre 5-35 puntos). Estos resultados son

sustancialmente menores en cuanto a las puntuaciones de otros estudios, como en Virués-Ortega, Martínez-Martín, del Barrio y Lozano (2007), en cuya población de entre 65 y 75 años, se determinaron unas medias de MNJ ( $M=21.47$ ), CMP ( $M=25.81$ ) y SGN ( $M=22.31$ ). En contraposición, el estudio de Vera-Remartínez, Paredes-Carbonell, Juan-Ulpiano, Jiménez-Pérez, Pérez, Agulló-Cantos y Notario (2016), cuyas medias halladas fueron MNJ ( $M=16.3$ ), CMP ( $M=19.8$ ) y SGN ( $M=16.3$ ), indicaron niveles menores –en comparación a la población analizada en el presente estudio- para el componente de *Significatividad*, pero muy semejantes para *Manejabilidad* y *Comprensibilidad* en lo que respecta a jóvenes presos en el País Valencià. Un fenómeno parecido se observa en el trabajo de Rajesh, Eriksson, Pai, Seemanthini, Naik y Rao, (2016), con una MNJ ( $M=21.47$ ) y una CMP ( $M=19.84$ ) pero con una SGN ( $M=14.96$ ), presentando de nuevo puntuaciones medias bastante parecidas para dos de los componentes internos del SOC, pero más bajas en cuanto a la *Significatividad*. De estos resultados, se puede deducir que el componente *Significatividad* presenta variaciones más importantes dependiendo de las características de la población sometida a análisis.

## Respecto al ASA

En referencia al instrumento ASA, las medias obtenidas para nuestra población a estudio comprendían los siguientes resultados:  $M=92.64$ ;  $DT=10.34$  para las mujeres y  $M=89.66$ ;  $DT=11.038$  para los hombres, siendo las primeras quienes presentaron resultados más elevados, alrededor de tres puntos más de media que ellos.

En cuanto a la comparativa de estas medias con otros estudios, el de Rodríguez, Arredondo y Salamanca (2011), realizado en la instituciones hospitalarias de Medellín, Colombia, presentó niveles de ASA sensiblemente menores para su muestra global ( $M=89,3$ ;  $DT=10.0$ ), aunque concluyen que en el 46% de sus participantes, el autocuidado valorado fue deficiente, pues las puntuaciones estaban muy polarizadas y las más elevadas se encontraban en personas mayores de 50 años. En Sousa, Zauszniewski, Bergquist-Beringer, Musil, Neese y Jaber (2010), la

población estudiada fueron pacientes del suroeste de los Estados Unidos, que presentaron medias bastante parecidas a las de nuestro estudio ( $M=92.41$ ;  $DT=10.61$ ). El estudio de Fok, Alexander, Wong y McFayden (2002) ya había demostrado, en la misma línea, que los niveles de ASA eran bastante elevados en una población de residentes en centros de mayores de Hong Kong, observándose los resultados  $M=100.64$ ;  $DT=5.61$ .

En base a la premisa de que cuanto más altas son las puntuaciones en ASA más operativo será el autocuidado (Evers, Isenberg, Philipsen, Brouns, Halfens y Smeets, 1986), entendiéndose además que el uso de instrumentos para la medición de autocuidado en adultos muy jóvenes puede no acarrear resultados demasiado satisfactorios (McBride, 1991) y las aportaciones de los escasos, pero clarificadores estudios que han utilizado el ASA y observado relaciones con la edad (p. ej., Lukkarinen y Hentinen, 1997; Johnson, 2002; Baker y Denyes, 2008), se concluye que quienes integran, desarrollan y desean adoptar operaciones estimativas y productivas de autocuidado de calidad tienden a ser personas de edades más avanzadas. En este sentido, estas evidencias son congruentes con nuestros resultados, pues la muestra del presente estudio está fundamentalmente formada por personas menores de treinta e incluso menores de veinte años, en las cuales los patrones de autocuidado están todavía iniciándose o consolidándose. Las personas en la etapa de pubertad -y luego adolescencia- están transitando de ser personas a las que se las cuidaba (infancia), a ser personas que empiezan a integrar el aprendizaje del autocuidado, para luego ser cuidadoras conforme entran en la etapa adulta joven y en la adulta madura.

Por último, cabría también mencionar los datos que se obtuvieron del análisis de conglomerados realizado, donde se muestra que los cuatro grupos son de carácter muy homogéneo; pero son realmente los dos extremos (alto SOC y alta ASA, bajo SOC y baja ASA), los que guardan una relación positiva para las puntuaciones de ASA y SOC.

## Sobre los instrumentos de medida

En la discusión de este punto se ofrece la valoración de las propiedades psicométricas de los cuestionarios OLQ-13 y ASA. Con ello, se trata de dar respuesta al **primer objetivo específico** que se planteó en el capítulo metodológico, es decir, estudiar la estructura de los instrumentos de medida utilizados en la investigación y verificar la fiabilidad de los mismos para la población de estudiantes de TCAE en centros de la *Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport*.

### *El OLQ-13*

La estructura del sentido de coherencia es compleja. Estudios recientes han sugerido que el sentido de coherencia parece ser un concepto de carácter multidimensional, integrado por diferentes dimensiones, y no tanto un constructo formado por un solo factor como proponía Antonovsky en 1987 (p. ej., Eriksson y Lindström, 2005; Feldt, 2007; Naaldenberg, Tobi, van den Esker y Vaandrager, 2011).

En términos generales, se puede afirmar que el instrumento para medir el sentido de coherencia muestra una elevada consistencia interna. Esta ha sido medida en múltiples estudios, respecto al SOC-29, las correlaciones test-retest comprenden valores entre .69 y .78 (en un año de seguimiento), .64 (a los 3 años), .42 (a los 4 años), .59 (a los 5 años) y finalmente .54 al efectuar el seguimiento 10 años después (Eriksson y Lindström, 2005). Considerando un rango proporcional medio para los 124 estudios en que se determinó el alfa de Cronbach en sus muestras, los valores se encontraron entre .70 y .95 para el SOC-29. Examinando igualmente los 127 estudios que seleccionaron el SOC-13, se observaron rangos de entre .70 y .92 (Eriksson y Lindström, 2005).

En referencia a nuestra muestra, también los análisis de fiabilidad nos demuestran que los niveles de consistencia interna son adecuados y están enmarcados en la línea de los estudios realizados hasta la fecha, obteniéndose unos

índices de .811 (mediante alfa de Cronbach) y de .719 (mediante dos mitades de Guttman) para el SOC-13. En lo correspondiente a los tres componentes, para la *Manejabilidad* el valor fue de .584, para la *Comprensibilidad* de .652 y para la *Significatividad* de .614. Estos tres factores presentan valores algo inferiores a la de la escala en global, parámetro estadístico que da sentido a la idiosincrasia del instrumento en sí, pues las tres dimensiones ejercen una interacción constante entre ellas y al mismo tiempo, todas juntas, conforman el concepto integral denominado sentido de coherencia (Antonovsky, 1987).

Los resultados respecto a la fiabilidad del instrumento en la población de TCAE coinciden con la propuesta de las afirmaciones de Sakano y Yajima (2005), quienes examinaron el sentido de coherencia en una muestra de 1110 estudiantes universitarios en Japón, perfil y tamaño muestral muy semejante al del presente estudio. Mediante su análisis factorial exploratorio los autores confirman que el constructo SOC está determinado, en realidad, por dos *factor-solution* con sus correspondientes dos dimensiones, una la *Comprensibilidad-manejabilidad* y otra la *Significatividad*, y que se comportan de forma sensiblemente diferente. Este último factor demostró además, una relación fuertemente significativa y teóricamente consistente con el trastorno depresivo. Para nuestro estudio, también la integración de las tres dimensiones en dos *factor-solution* nos aporta resultados más homogéneos en cuanto a la fiabilidad del instrumento: CMP-MNJ (.618) y SGN (.614).

Este hallazgo confluye aceptablemente con los resultados específicos respecto a la *Significatividad* como variable y su comportamiento respecto a otras variables; por ejemplo, como sucede con las correlaciones, observándose unos valores reiteradamente semejantes para las variables CMP y MNJ por un lado, mientras que los valores para la SGN, se desmarcan respecto a sus dimensiones hermanas.

## El ASA

Los análisis de fiabilidad para la escala *Appraisal of Self-care Agency* de medida de las operaciones estimativas y productivas de autocuidado, también revelaron propiedades psicométricas aceptables en nuestra población de estudio, con unos índices de .782 (alfa de Cronbach) y de .712 (dos mitades de Guttman) y se reconocen en la línea de los estudios transculturales realizados hasta la fecha en Noruega, Holanda, Suiza, México, Hong Kong, EEUU y Colombia. Por ejemplo, Evers (1989), estableció la consistencia interna por primera vez, determinando un coeficiente de alfa de Cronbach de .77 para todo el cuestionario y la muestra al completo; respecto a la consistencia interna unidimensional, solo se observó un sensible descenso en este valor para los ítems 7, 21 y 24, por lo que concluyó que la homogeneidad en la escala era evidente. Igualmente, la realizada por Gallegos (1998) para un grupo de pacientes con diabetes, obtuvo resultados semejantes, con un alfa de Cronbach también de .77. Específicamente, otros resultados más recientes, guardan semejanzas con los del presente estudio, por ejemplo, en Manrique-Abril, Fernández y Velandia (2009), el alfa global para la escala ASA fue de .774.

### *Discusión de la validación al castellano de la escala ASA*

Con todo, se considera sin embargo, que los estudios para la validación del cuestionario al castellano son todavía insuficientes. Por esta razón, y a raíz de la valoración de los resultados del presente estudio, ya se ha constituido un equipo de investigación para iniciar un análisis factorial de la escala en la muestra de la población del estudio que nos atañe ( $n=921$ ; estudiantes de TCAE en el País Valencià), y que en este momento se encuentra en fase exploratoria. En el anterior capítulo 6, se explicaron las adaptaciones que se hicieron de algunos ítems al contexto lingüístico y cultural de la muestra para facilitar la inteligibilidad del mismo tras comprobar, mediante el estudio piloto previo, que ciertas preguntas producían cierta confusión y duda entre la población participante inicial. Con la integración de este ajuste, se ha planteado la futura línea de investigación.

## Sobre las correlaciones entre el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado

El estudio de las correlaciones entre el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado es uno de los objetivos a estudio en la presente investigación, en concreto, se refleja en el **tercer objetivo específico**, que además trata de explorar si existen correlaciones con otras variables predictoras. Los resultados observados concluyen que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa fuerte entre sentido de coherencia y capacidad de autocuidado. De este modo, podemos confirmar que se acepta la **Primera Hipótesis** de la presente tesis doctoral.

Precisamente, se observa la relación positiva más fuerte entre la capacidad de autocuidado y la dimensión de *Significatividad*. Este, al ser el componente motivacional, que expresa la capacidad de sentir que algo tiene sentido para uno/a mismo/a y que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar (Morgan y Ziglio, 2007), converge con la idea de la capacidad de autocuidado como el poder de decisión de las personas para seleccionar las acciones adecuadas adoptando comportamientos específicos y así obtener, los resultados de salud esperados (Sousa, 2002).

Esta afirmación, según Vaandrager, Koelen y Dieleman (2017), se encuentra en la línea de los estudios que reporta gran parte de la literatura holandesa, en la cual se conceptualiza la salutogénesis en términos de sentido de coherencia y sujeta esencialmente al componente de *Significatividad*, el cual además, suelen utilizar como símil de habilidad integrativa, control sobre la vida o incluso como habilidad de auto-cura (*self-curing ability*). Dijkers y Crul-Kelderhuis (2003) afirman de hecho que, para que el potencial de autocuidado de las personas pueda emerger de forma efectiva, debe facilitarse primero la reflexión sobre las cualidades internas y luego, la introspección a través de la toma de conciencia de este potencial propio para tratar con la enfermedad, es decir, fortaleciendo la dimensión de *Significatividad* del SOC. Al respecto, y basándonos en nuestros resultados, afirmamos que la dimensión de *Significatividad* ejerce, en efecto, una influencia importante en los aspectos del cuidado.



Análogamente, para el estudio que nos ocupa, también se ha encontrado una modulada relación positiva entre la capacidad de autocuidado y los otros dos componentes, *Manejabilidad* y *Comprensibilidad*.

Desafortunadamente, los resultados de estas correlaciones entre ASA y SOC no se han podido contrastar con trabajos previos, pues pareciese que no se ha realizado investigación alguna cruzando los dos cuestionarios. Sin embargo sí existe literatura que relaciona el autocuidado con el SOC. De hecho, Tian, Xiyin y Lihong (2009) encontraron una correlación positiva entre los comportamientos de autocuidado, la concordancia psicológica y el SOC ( $M=56.53$ ;  $DT=14.65$ ) y una correlación negativa con estados depresivos, entre pacientes crónicos con diabetes mellitus Tipo 2. En otro estudio, se encontró también relación entre el sentido de coherencia y la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión (Li y Fan, 2012), afirmando que el SOC en su muestra ( $M=58.78$ ;  $DT=10.44$ ) podía afectar a esta adherencia al tratamiento y concluyendo que urgía cultivar el sentido de coherencia para mejorar este comportamiento de salud. También Cheng y Za (2014) confirman en su estudio la correlación positiva entre comportamientos saludables hacia el autocuidado y elevadas puntuaciones en SOC para su muestra en paciente colostomizados.

En la misma línea, cabe mencionar otro trabajo más que articula los resultados en SOC con las habilidades para el autocuidado y el auto-manejo en salud (*health self-management*); en este se concluye que, pacientes supervivientes de infarto agudo de miocardio que puntuaban niveles bajos en sentido de coherencia debieron recibir ayuda específica para poder abandonar el hábito tabáquico, mientras que pacientes con alto SOC eran más autosuficientes en el sentido del autocuidado (Gerber, Koren-Morag, Myers, Benyamini, Goldbourt y Drory, 2011). De esta conclusión, se interpreta que las bajas puntuaciones en SOC están relacionadas con la necesidad apoyo específico y entrenamiento profesional para mejorar las operaciones productivas de autocuidado. Más aún, se llega a proponer la medición del SOC como indicador de riesgo (en el caso de baja puntuación), correlacionado con un limitado autocuidado al alta. ¿Puede entonces servir el SOC como herramienta para planificar el plan de cuidados específico al recibir el/la paciente el alta domiciliaria?



Lo que proponemos desde este estudio es que, frente a la evidencia de un resultado en SOC no demasiado prometedor, enfermería debe activar los mecanismos para motivar a la familia en la participación proactiva de los cuidados posteriores y además ayudar a la persona a identificar y movilizar sus recursos, en los que consiga confiar, una vez se encuentre en su domicilio.

Indagando en una visión del autocuidado entendido desde la adopción de conductas saludables y protectoras para la salud en personas sanas, también el artículo de García-Moya, Moreno y Jiménez-Iglesias (2013) observó la relación entre estos comportamientos y el sentido de coherencia en adolescentes entre 13 y 18 años, pues determinó que a SOC más elevado, menos tendencia a involucrarse en hábitos de consumo de alcohol y de tabaco. Asimismo, esta relación también se ha observado en referencia a los hábitos saludables para el autocuidado bucal; Ayo-Yusuf, Reddy y Van Den Borne (2008), reportaron más actividad de limpieza dental a mayor SOC. Por todo ello, se puede concluir que, niveles de SOC elevados se asocian con estilos de vida más saludables, mayor capacidad para integrar y realizar operaciones de autocuidado y por ende, mejor calidad de vida y bienestar general.

Para finalizar, creemos importante destacar que el análisis de la capacidad de autocuidado -medida con la escala ASA-S de 24 ítems- nunca antes había sido relacionado con el sentido de coherencia y su instrumento el OLQ-13. Se aporta, con esta tesis doctoral, una innovación en el campo de las teorías del autocuidado que fortalece las aportaciones de la literatura que han vinculado el sentido de coherencia con las habilidades de autocuidado.

## Sobre el sentido de coherencia en la enfermería

Incorporar la perspectiva salutogénica es una de las líneas de trabajo más interesantes para estudiar a las profesionales del campo de la enfermería y su forma de prosperar, a pesar de tener que hacer frente a las dificultades que presenta una comunidad de cuidados en salud. En el desarrollo de este punto, se procede a abordar la discusión del **cuarto y quinto objetivo específico**, respecto del sentido de coherencia, de la presente investigación.

Empero la complejidad para cambiar las condiciones básicas de su trabajo, caracterizado por niveles de estrés considerables, muchas profesionales de la enfermería son capaces de manejarse con él, gestionarlo y extraer significado y realización en su trabajo, de forma que consiguen obtener satisfacción tanto en el desempeño de su profesión como en su vida personal (Vinje, 2007). Por otro lado, son muchos los estudios citados que nos indican que las personas con niveles altos de sentido de coherencia poseen también niveles altos de salud y bienestar tanto físico como psicológico y de buen funcionamiento social y laboral (p. ej., Bernstein y Carmel, 1991; Feldt, Leskinen, Kinnunen, y Mauno, 2000; Kivimäki, Feldt, Vahtera, y Nurmi, 2000; Moreno, Alonso y Álvarez, 1997; Pallant y Lae, 2002; Reid, Aunola, Feldt, Leinonen, y Ruoppila, 2005; Torsheim, Aaroe y Wold, 2001; von Bothmer y Fridlund, 2003).

En la presente investigación, como hemos visto, las medias de SOC en este colectivo de estudiantes de TCAE son superiores a medias de otros estudiantes de otras materias como en Coetzee y Oosthuizen (2012), estudio en el que se determinó el SOC ( $M=48.1$ ) para estudiantes de organización e industria de la Universidad de Sudáfrica (UNISA). Respecto a estudiantes de grado de enfermería -y a pesar de las diferencias que asumimos entre alumnado que cursa estudios superiores y quienes cursan formación profesional-, las medias encontradas en la mayoría de investigaciones son superiores a la del presente estudio (p. ej., Fernández, 2009; Leino-Loison, Gien, Katajisto y Välimäki, 2004; Moyer, 1996).

Sin embargo, tratando de buscar comparaciones en el sentido de coherencia de estudiantes universitarios relacionados con el campo de la salud, encontramos algunos estudios que presentan medias en SOC algo mayores, como una muestra de estudiantes eslovacas de psicología de la universidad de Ruzomberok ( $M=58.9$ ), (Skodova y Lajciakova, 2013) y estudiantes de fisioterapia de la universidad de Debrecen en Hungría, ( $M=60.7$ ), (Bíró, Veres-Balajti y Kósa, 2016).

### *Diferencias de medias en SOC en función de las variables relacionadas*

Las estudiantes de TCAE en nuestro estudio mostraron puntuaciones más altas (SOC:  $M=56.73$ ; MNJ:  $M=16.44$ ; CMP:  $M=19.27$ ; SGN:  $M=21.02$ ) respecto a los hombres que conformaban esta población (SOC:  $M=54.84$ ; MNJ:  $M=16.52$ ; CMP:  $M=19.29$ ; SGN:  $M=19.02$ ). Estos resultados se asemejan a las diferencias de medias de otros estudios como en Yang, Hu, Guo y Zhang (2012) en el que la media para mujeres es 1.41 puntos superior a la de los hombres. También en una muestra de personas jubiladas perceptoras de pensión por discapacidad, observaron Kaiser, Mattsson, Marklund y Wimo (2006) que las mujeres presentaban niveles de SOC más elevados que los hombres.

Por otro lado, parece ser que en los pocos estudios que han hallado diferencias entre hombres y mujeres, se observa que en pacientes con patología crónica se encontraron valores de SOC ligeramente más bajos en mujeres comparados con hombres bajo un mismo diagnóstico y severidad en la sintomatología (Dietscher, Winter y Pelikan, 2017), otros estudios precedentes como los de Antonovsky y Sagy, 2001; Eriksson y Lindström, 2005; Pallant y Lae, 2002; Forsberg-Wärleby, Möller y Blomstrand, 2002; von Bothmer y Fridlund, 2003 y Trung, 2015, no encontraron ninguna diferencias significativa respecto al género. Sin embargo, este extremo no se puede clarificar totalmente con el presente estudio, ya que la población de estudiantes de TCAE de los centros educativos públicos valencianos está eminentemente sobrerrepresentada por el género femenino (81.5%).

En lo referente a los grupos de edad, para nuestros/as estudiantes de TCAE, se observa un aumento considerable del SOC para los dos grupos de mayor edad (30-45 años,  $M=60.75$  y  $>45$  años,  $M=60.86$ ) frente a una  $M=53.75$  para el alumnado menor de 30 años. Estos resultados están en la línea de lo que Antonovsky postulaba respecto al fortalecimiento paulatino del SOC durante la adolescencia y la tendencia a la estabilidad del mismo a partir de los 30 años (Antonovsky y Sagy, 1986).

Analizando otras variables como el nivel de ingresos, el presente estudio no encontró ninguna relación significativa respecto a este índice socioeconómico. No obstante, se observa que conforme aumentaba el SOC, la renta percibida descendía; así, para las rentas bajas reportadas la media era de  $M=57.95$ , frente a medias de  $M=54.31$ ,  $M=55.82$  para las rentas altas-media/altas. Contrariamente, algunos trabajos han reportado puntuaciones más débiles en sentido de coherencia en miembros de clases sociales más bajas (Groholt, Stigum, Nordhagen y Kohler, 2003) y en grupos más desaventajados o con poblaciones relacionadas con diferentes etnicidades (Silarova, Nagyova, Rosenberger, Studencan, Ondusova y Reijneveld, 2012). Pensamos que este es un aspecto a valorar y estudiar con profundidad, pues no se puede definir ningún patrón de tendencia en base a nuestros valores, ya que no muestran significación alguna y además entran en contradicción con la literatura encontrada.

Asimismo, Antonovsky (1979), confirmó que la varianza en el SOC era independiente de variables como el estatus socioeconómico, el contexto cultural y las experiencias individuales de tensión. Otros estudios más recientes como el de Volanen, Suominen, Lahelma, Koskenvuo, y Silventoinen (2010), también confirman no encontrar ninguna diferencia en el sentido de coherencia respecto a los diferentes estatus socioeconómicos.

En referencia a la variable que analiza la situación laboral, un estudio realizado con residentes japoneses entre 20 y 40 años demostró relaciones entre el desempleo y puntuaciones muy bajas en sentido de coherencia (Togari y Yamazaki, 2009). Igualmente, una muestra de personas desempleadas en Finlandia determinó mejoras en el SOC cuando estas eran re-empleadas (Vastamaki, Moser y Paul, 2009). Esta cuestión coincide con los resultados del estudio en estudiantes de TCAE valencianas, -que en este caso son significativos al .005-, donde la población empleada -tanto en

actividades de cuidado como no relacionadas con el mismo- presentaba de media 4 puntos más respecto a la desempleada. De estos resultados, podemos deducir que el hecho de desempeñar un trabajo remunerado produce un efecto protector sobre el sentido de coherencia, sin olvidar tener en cuenta que la situación laboral suele ir asociada a la edad adulta, que ya hemos visto que es un factor influyente en el SOC.

Al observar las diferencias en función del entorno geográfico en nuestro estudio, las puntuaciones medias en sentido de coherencia pertenecientes a estudiantes que vivían y estudiaban en entornos rurales presentaron un SOC más débil ( $M=54.05$ ), respecto a quienes se ubicaban en entornos urbanos ( $M=56.83$ ) y grandes urbes ( $M=56.15$ ). Estos datos se asemejan a los que propone el estudio de Tsuno y Yamazaki (2007), en el que se observa como los residentes de zonas urbanas demostraron puntuaciones significativamente más elevadas en SOC que los residentes en zonas rurales. En este sentido, Eriksson y Lindström (2011), también afirman que los entornos urbanos pueden aportar y mejorar las condiciones de vida a lo amplio de todo el gradiente de salud, y de aquí, cabe extender esta proposición a la relación intrínseca entre el bienestar, los recursos generales de resistencia y el sentido de coherencia, como exhaustivamente ha fundamentado la teoría salutogénica en toda su literatura.

En base a estas deducciones, debe concluirse que los entornos que disponen y facilitan a su comunidad mayores recursos externos tanto sanitarios, educativos, culturales, asociativos, de ocio y recreativos –parámetros que suelen atribuirse en mayor grado a los entornos urbanos-, se relacionan con niveles de bienestar y sentido de coherencia más elevados, sobre todo en lo que se refiere a las oportunidades que pueden ofrecer los mismos para contribuir al fortalecimiento del constructo que estudiamos. Esta conclusión fundamenta la necesidad de desarrollar políticas sociosanitarias que aseguren la igualdad de oportunidades entre las zonas rurales y las urbanas, impulsando desde la perspectiva de la intervención, las líneas y acciones que prioricen la dotación y dinamización de recursos y de activos en las zonas más desfavorecidas.

## Sobre el autocuidado en la enfermería

El establecimiento de estrategias específicas de enfermería es útil para ayudar al desarrollo y mantenimiento de la capacidad de autocuidado propia. “Además, evaluar el nivel de ASA y en qué medida se relaciona con los factores personales y ambientales, las acciones de autocuidado y los resultados orientados a objetivos son fundamentales para seleccionar estas estrategias específicas” (Sousa, 2002). Y en este sentido, valorar las variables personales, socio-demográficas y ambientales para conjugarlas con los resultados de las puntuaciones obtenidas en ASA ha sido uno de los objetivos del presente estudio. Concretamente, se aborda en este punto la discusión del **cuarto y quinto objetivo específico**, respecto a la capacidad de autocuidado, de la presente investigación.

De la profesión enfermera, es bien sabido que se define como una de las vocaciones más estresantes y que merma directamente en el bienestar personal, por lo que genera unos elevados índices de síndrome de *burn out* (desgaste profesional) o en otros casos, este estrés termina en el abandono de la profesión (Bakibinga, Vinje y Mittelmark, 2012). La más significativa medición del ASA en el colectivo enfermero la realizó Lorensen, Holter, Evers, Isenberg y Van Achterberg en 1993 en una plantilla de enfermería geriátrica noruega; los resultados de estas cuidadoras resultaron alarmantemente débiles, presentando unas medias para enfermeras de  $M=82.45$  y para auxiliares de enfermería, de  $M=80.36$ .

Para quienes ejercen la profesión de proveer cuidados de calidad, aprender a desarrollar esta capacidad de autocuidado es de suma importancia, más cuando se necesita la fortaleza, la presencia y la habilidad para proporcionarse apoyo tanto a sí mismas, como a las personas a las que cuidan. Las metodologías propuestas para tal propósito referenciadas en la literatura son diversas, desde el uso de estrategias que desarrollen la esperanza y la inspiración como potenciales del fortalecimiento de las habilidades de autocuidado (Canty-Mitchell, 2001), como programas que apuestan por la construcción de la resiliencia personal a través del aprendizaje experimental (Jones, 2017), hasta el uso de terapias más innovadoras como el *mindfulness* (Mathad, Pradhan y Rajesh, 2017) o la integración espiritual desde el mismo inicio del

proceso de formación en los estudios de enfermería (Cilliers y Terblanche, 2014). Estas intervenciones resultan de gran interés para la enfermería por su implicación en el campo de la promoción de la salud en el lugar de trabajo y no deja de sorprender la generalizada escasa atención que se les suele prestar desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, tanto de instituciones privadas como públicas. Quede en este estudio constancia de la relevancia de las mismas y las oportunidades que nos ofrecen a la ciencia y la disciplina enfermera.

En términos generales, la literatura científica propone que las enfermeras que apuestan por la práctica del autocuidado presentan mejores niveles bienestar y, por consiguiente, parece ser que prosperan, creciendo personal y profesionalmente a pesar de la adversidad y la permanencia de agentes estresores que se generan en los entornos donde se ejercen los cuidados enfermeros (Forbech Vinje y Mittelmark, 2006; Ablett y Jones, 2007; Glass y Rose, 2008).

Al mismo tiempo, existe cierta condición que se encuentra estrechamente relacionada con la facilidad para enseñar y capacitar a las personas hacia operaciones de autocuidado en un entorno profesional enfermero, y esta es la creencia propia de ser independiente en el ejercicio de la profesión, la autonomía enfermera propiamente dicha, y que a su vez, conlleva una provisión de cuidados enfermeros de calidad (Chang, 2009). Siguiendo esta línea argumentativa, también parece ser que el equilibrio emocional resultado del autocuidado, fomenta la habilidad para conectar mejor con las necesidades de las personas usuarias según Sandgren, Thulesius, Fridlund y Petersson (2005).

En referencia al análisis bibliográfico de todas estas estrategias de intervención, cabe decir que para el estudio que nos ocupa y que atañe a esta tesis doctoral, la propuesta ulterior radica en el trabajo específico sobre los activos para la salud tanto individuales como grupales – propuesta de intervención que se explicará en el último capítulo- y que aboga por fortalecer la capacidad de autocuidado y el sentido de coherencia de las estudiantes de TCAE a través de la puesta en valor de los activos para la salud.

## *Diferencias de medias en ASA en función de las variables relacionadas*

En el presente estudio se puede observar que las mujeres presentaron medias más elevadas de ASA que los hombres ( $M=92.64$  y  $M=89.66$ , respectivamente), resultado que coincide con otros trabajos como el de Evers (1950), quien realizó en esta investigación el primer análisis del instrumento y en el que se observaron medias de  $M=89.6$  para las mujeres. No obstante, otros estudios que analizan el ASA por género observan valores más elevados (Nelson, 1995) o también muestran valores más débiles (Johnson, 2002), con medias de  $M=73.25$  para el género femenino.

Otros resultados significativos en el estudio con alumnado de TCAE que se observaron fueron con respecto a los grupos de edad, en los que las mayores medias las aglutinaba la población mayor de 45 años, quienes registraban casi 7 puntos de más respecto a los menores de 30 años. Además, el análisis Post-Hoc reveló que existían también diferencias significativas intergrupos entre los más jóvenes y los otros dos grupos de más edad indistintamente, pero no entre los dos grupos de más edad. Este hallazgo se corrobora con el análisis bibliográfico de los resultados globales respecto al instrumento ASA y que avanzamos en el punto primero de este capítulo, del que se concluyó que en las personas de edades más avanzadas, el autocuidado tiende a ser de calidad ya que se integra mejor como fruto de la voluntad para conseguir un resultado óptimo de salud.

Finalmente, respecto al análisis de medias en consideración a la situación laboral de la muestra, el ASA se comporta de forma similar al SOC, observándose dos puntos de diferencia de más en las personas que se encontraban empleadas en el momento de ser encuestadas, respecto a las que no. No obstante, no se han encontrado estudios en los que se midiese el ASA y se contemplase la opción de la situación laboral como variable a contraste. Eso sí, en referencia al nivel de ingresos, se confirma que para nuestro estudio, los niveles de renta altos se relacionan con un ASA más fuerte; debe en este punto reiterarse que la determinación es estadísticamente significativa. Esta afirmación coincide con el estudio de Çiftçi Yildirim, Şahin-Altun y Avşar (2015), que concluye que el nivel educativo y el nivel de ingresos influyen en el ASA, de forma que las rentas bajas puntuaban 4 puntos por



debajo respecto a las rentas catalogadas por encima de la media. Por otro lado, sí se puede afirmar que el ASA se fortalece conforme aumenta la edad, en situaciones de actividad laboral remunerada y cuando se perciben ingresos por encima de la media respecto a los estándares socioeconómicos de los países donde se realicen las mediciones.

Todos estos datos aportados corroboran un aspecto que para esta autora es de vital interés, son las mujeres quienes al menos, son más conscientes de la necesidad de movilizar energías y establecer un compromiso para practicar actividades de autocuidado, aunque este extremo no puede ser confirmado debido a la escasez de investigaciones que ratifiquen esta hipótesis. No obstante, podemos deducir que este hecho está intrínsecamente relacionado con el rol de género que socialmente todavía se le asigna a la mujer en la práctica desde su nacimiento: ejercer el rol de cuidadora como faceta innata a la condición de mujer, desde el imaginario de la corporeidad, íntegramente en la práctica lúdica, en la construcción del concepto de responsabilidad y en tantos aspectos que le van a seguir en su desarrollo. Debe explicarse que en el diseño del cuestionario del presente estudio, se introdujeron además cuatro preguntas relacionadas con los cuidados y el rol de género<sup>41</sup> y que el alumnado respondió en base a ítems de conformidad/disconformidad. Se decidió finalmente no incorporar esta información en esta investigación, no obstante, estos resultados están siendo analizados para con ellos, justificar las necesarias intervenciones educativas referentes a estudios de género que deben acometerse con inmediatez en la formación de alumnado de Cuidados Auxiliares de Enfermería y de Grado de Enfermería.

---

<sup>41</sup> Las afirmaciones que se incorporaron en el cuestionario de este estudio y de las que se requería una conformidad o disconformidad con la afirmación planteada, fueron: Los cuidados de enfermería son innatos y naturales a las mujeres”, “En general, las mujeres son mejores cuidadoras que los hombres” y “El buen desempeño de los cuidados de enfermería responde a la formación y profesionalidad independientemente del género de quien los ejerza”.

## Sobre el sentido de coherencia, la capacidad de autocuidado, la vocación y el entusiasmo profesional en enfermería

En la presente investigación hemos visto como existe una correlación positiva entre el SOC y el ASA y ciertas variables predictoras que influyen sobre el debilitamiento o fortalecimiento de estos dos constructos. Además, se ha querido profundizar en dos aspectos que pueden ser determinantes para afrontar y renovar el modelo de contenido curricular actual de los estudios de TCAE si se confirma la **Segunda Hipótesis 2** de este estudio. De este modo, el alumnado que refirió una motivación vocacional a la hora de cursar los estudios en TCAE, como también así demostró desempeñar un rendimiento académico notable, presentan un SOC y ASA más fuertes. Estas relaciones son de vital importancia para tomarlas en consideración a la hora de promover en el currículo de los estudios que estamos tratando, pues los componentes motivacionales y vocacionales de la profesión van a ser condicionantes ejemplares para mejorar el autocuidado, el sentido de coherencia y las competencias profesionales de las futuras promociones de TCAE.

Los resultados de este estudio reflejan que la decisión de elegir la titulación de CAE atribuida a una motivación de tipo vocacional, influye de forma importante en la puntuación de los instrumentos. Concretamente, en lo referente al sentido de coherencia, la población que refirió esta causa de elección, obtuvo cerca de 10 puntos más en la escala global ( $M=57.45$ ), que quienes refirieron no tener ningún tipo de motivación al escoger cursar estos estudios ( $M= 46.80$ ). Este fenómeno se reproduce de igual manera para los tres componentes del SOC, siendo también estadísticamente significativos tanto en las relaciones variable-instrumento como en las diferencias intragrupos. Analizando ahora el ASA, se advierten semejantes hallazgos, pues el alumnado con vocación hacia la profesión puntuó una media de casi 8 puntos más que el que refirió no sentir ningún tipo de motivación ( $M=93.01$  frente a una  $M=85.6$ , respectivamente).

Para discutir estos resultados con la literatura científica es necesario examinar las relaciones entre el autocuidado, el sentido de coherencia y la vocación profesional enfermera, y para ello es vital hacer referencia al modelo de “*Self-tunning of self-care*” de Vinje y Mittlemark (2006), el cual propugna que aquellas enfermeras que experimentan una fuerte conexión entre su vocación enfermera y una profunda introspección sobre el significado de su vida (componente *Significatividad* del SOC), tienden a hacer frente de forma más positiva y efectiva a los agentes estresores de la profesión, manifestando además, una insólita ilusión en el desempeño de su trabajo.

Como avanza su nombre, este modelo también se relaciona directamente con las operaciones de autocuidado, pues afirma que conforme la práctica del autocuidado se torna más efectiva, mayor es la disposición a renovar el compromiso con la profesión enfermera, pues en este proceso intervienen y median factores salutogénicos que promueven la vitalidad, exploran la sensibilidad y la reflexión (Bakibinga, Vinje y Mittlemark, 2012; Vinje y Ausland, 2013). El resultado de la interacción de todos estos fenómenos repercute tanto a nivel individual como en el entorno laboral, que se percibe como profundamente gratificante para la mayoría de las enfermeras que experimentan esta conexión sinérgica de valores, pensamientos y sentimientos y que dota de un profundo significado a la enfermería y a la persona que la ejerce, originando un nuevo concepto que en 2007 Vinje definió como *zest for work* (entusiasmo por el trabajo).

En esta línea se ubica también la propuesta del estudio de Malagón (2015) sobre enfermeras de ámbitos sociosanitarios de la ciudad de Girona, y que afirma que las enfermeras que presentan un sentido de coherencia elevado tienen mejor percepción de la salud, mayor optimismo disposicional y compromiso laboral, lo que redundaría en la realización profesional. También concluye que el SOC y este compromiso laboral pueden explicar parte de la ausencia del cansancio emocional en las enfermeras de su estudio.

En lo que respecta al análisis del rendimiento académico del alumnado de TCAE valenciano, se observaron unos resultados coincidentes con los de la anterior variable a estudio, pues estudiantes con expediente académico de Sobresaliente y Matrícula de honor, obtuvieron las mayores puntuaciones tanto en SOC ( $M= 58.21$  y  $M=62.13$ , respectivamente), como en ASA ( $M=94.00$ , para las dos calificaciones). Son

varios los estudios sobre el sentido de coherencia que también reportaron relaciones fuertes y positivas con el alto rendimiento académico y viceversa. En concreto, un bajo SOC fue consistentemente relacionado con altos niveles de soledad, bajo estatus social y bajo desempeño académico para una muestra de estudiantes con comportamientos disruptivos del área central de Israel (Woolley, 2006; Al-Yagon y Margalit, 2006; Efrati-Virtzer y Margalit, 2009; Idan y Margalit, 2014). Indagando específicamente en estudios realizados sobre muestras de estudiantes de enfermería, el estudio de Moyer de 1996 reportó que la combinación de altos niveles de SOC y alta autoestima referida, explicaba también la adquisición fluida de la competencia clínica.

En este sentido, el modelo predictor que utilizaron Levi, Einav, Ziv, Raskind y Margalit en 2014 para observar las relaciones entre el sentido de coherencia, la eficiencia personal y la académica reportó interesantes resultados. Esta investigación afirmó que el SOC está relacionado fuertemente con la contribución hacia el logro de buenas notas y sugirió a su vez, que estudiantes con fuertes SOC obtendrían mejores expedientes académicos y permanecerían más tiempo comprometidos/as con sus estudios, así como serían capaces de focalizar mejor sus esfuerzos. En otro estudio realizado por Davidson, Feldman y Margalit en 2012, introdujeron una intervención para tratar de examinar los resultados académicos a través de un taller dirigido a 43 estudiantes de la Universidad de Tel Aviv, trabajando la promoción de la esperanza, el sentido de coherencia y la eficacia personal para mejorar el éxito académico de sus estudiantes expresado a través de sus calificaciones; los resultados de SOC obtenidos tras la intervención fueron más elevados que antes de la misma y las calificaciones también experimentaron un leve pero notorio incremento.

Con todos estos hallazgos se concluye que el alumnado de CAE que manifestó una motivación de elección de estudios basada en la vocación profesional y que cosechó expedientes académicos más brillantes presentando un rendimiento académico destacado, obtuvo puntuaciones mayores en las escalas de medición del sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado, de modo que la **Segunda Hipótesis** de este estudio se acepta. Como indicaron todos estos estudios, incluido el presente, la confirmación de esta hipótesis resulta trascendente para ampliar en particular, la comprensión del SOC y su contribución al éxito académico, así como

para adaptar e incorporar estrategias de intervención entre el alumnado que vayan en la dirección de fortalecer tanto los constructos como de mejorar el rendimiento académico. Pero no solo es necesario proponer intervenciones para quienes son nuestras personas usuarias en el contexto educativo, sino que deben incorporarse también para trabajarlas con el profesorado, el claustro (resto de trabajadores/as en el centro educativo) y ampliarse a toda la comunidad educativa (AMPA, Consejos Sociales, etc.), sin olvidarse en ningún momento de los currículos de las materias.

Y llegados a este punto, siendo conocedoras de la importancia que tiene el promover y proteger una vida laboral enfermera “*Significativa*”, no se puede desaprovechar la oportunidad de trabajar, en la medida de lo posible, sobre la faceta vocacional del alumnado y su entusiasmo por la futura profesión de cuidados auxiliares de enfermería.

## Sobre los activos para la salud intrapersonales, interpersonales y extrapersonales

El presente estudio permitió explorar los activos para la salud de estudiantes de TCAE mediante un abordaje cuali-cuantitativo conforme se detalló en la metodología, y que permitió observar las relaciones estadísticas entre estos y las variables de interés. En este apartado de la discusión, se pretende abordar **el sexto y séptimo objetivo específico** con la intención de valorar estos activos referidos según las variables predictoras planteadas, y aceptando como limitación que, hoy por hoy, la investigación sobre el modelo de activos, se ha realizado a través de estudios eminentemente cualitativos, por lo que establecer comparaciones de los resultados propios con la literatura científica no ha sido posible hasta la fecha.

De los resultados de este estudio, se configura un perfil de estudiante de CAE que, no siendo determinante, sí permite examinar en términos generales los recursos de que dispone el alumnado de este Ciclo Formativo, entender qué factores pueden influenciar la disposición o uso de los mismos y evidenciar carencias o necesidades que pudiesen ser suplidas en el currículo y en el aula. Por ejemplo, se observaron diferencias de género en la descripción de los mismos, mientras que las mujeres referían fundamentalmente el poder cuidar a los demás como recurso interno que les generaba bienestar, así como también definían a los hijos/hijas como principal activo interpersonal, los hombres expresaron la amistad como recurso interpersonal más referido en términos porcentuales. Para los recursos externos, se observan porcentajes más altos en usos de instituciones deportivas en los hombres, mientras que ellas referían un mayor uso de las instituciones educativas. Estos fenómenos nos muestran con claridad la expresión de una sociedad que tiende a perpetuar la asignación de roles y estereotipos a mujeres y hombres de forma diferenciada.

Respecto al análisis por grupos de edad, el grupo de menores de 30 años describían como activos el poder disponer de apoyo materno y paterno y disfrutar de espacios costeros como recursos externos; sin embargo, el grupo de mayor edad refería la “vivienda” y los espacios de montaña como activos externos predilectos.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Diferencias estadísticamente significativas al 0.001. En el Anexo 11 pueden consultarse los datos.

## Sobre los activos para la salud, el SOC y el ASA

En este apartado de la discusión, se pretende abordar el **séptimo objetivo específico** y confirmar la **Tercera Hipótesis** del presente estudio. Antonovsky (1987 y 1992) nos aporta la idea de que aunque el SOC no es una estrategia de afrontamiento en sí misma, influye en su elección de las mismas en el sentido de que las personas con un alto sentido de coherencia, adoptan estrategias de afrontamiento apropiadas. En este sentido, en la presente investigación, además de la medición del SOC, este se ha relacionado con los activos o recursos de resistencia generadores de bienestar para la población de estudio y que son usados como estrategias de afrontamiento frente a los agentes estresores, siendo estos hallazgos semejantes con los que reportaron Baker en 2003 y Vera-Remartínez, Paredes-Carbonell, Juan-Ulpiano, Jiménez-Pérez, Pérez, Agulló-Cantos y Notario en 2016.

En los resultados vemos como existe un patrón de correlación ascendente entre el SOC y las personas que describieron aspectos intrínsecos al cuidado “hacia los demás” como estrategia de afrontamiento generadora de bienestar, pero este patrón fue sin embargo descendente para quienes definieron conceptos próximos al autocuidado, mostrando puntuaciones más bajas. Curiosamente, el fenómeno se reproducía de forma inversa cuando tratamos el instrumento ASA, pues a capacidad de autocuidado más débiles, menos referencias hacia el cuidado ajeno se observaron y obviamente, un ASA elevado se relacionaba con el bienestar al ejercer el autocuidado como recurso interno. Puntuaciones más elevadas en SOC se reportaron en personas que refirieron a sus hijos/as como activo, menores fueron para quienes reconocieron a sus parejas y amistades como tal; con el instrumento ASA se observa en este caso el mismo patrón ascendente en las puntuaciones conforme se acota el recurso interpersonal a la familia nuclear y sobre todo, a la descendencia.

De toda estas diferencias estadísticamente significativas, se puede afirmar que para el alumnado de TCAE valenciano, el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado se correlacionan positivamente con el hecho de entender a la familia descendente -y en un segundo plano, a las respectivas parejas-, como activos interpersonales para la salud, sobresaliendo notablemente sobre otro tipo de

recursos. Estos resultados podrían interpretarse en la línea del estudio de Malagón (2015), que concluyó con elevados niveles de SOC para las enfermeras que referían tener apoyo familiar satisfactorio. Desafortunadamente no hemos encontrado en la literatura científica ningún estudio que cruce información sobre activos y la capacidad de autocuidado, por lo que no podemos establecer comparaciones respecto a esta variable dependiente.

Merece la pena describir que se observó también una relación directa positiva entre niveles de SOC y estudiantes que ejercían algún tipo de voluntariado y referían frecuentar instituciones educativas y culturales, mientras que las que utilizaban las instituciones religiosas como estrategia de afrontamiento reportaron los niveles de SOC más bajos de toda la muestra, llegando a obtener cerca de 8 puntos menos respecto a los otros grupos. La misma tendencia respecto a realizar voluntariado se observó para el ASA, los niveles más altos en capacidad de autocuidado los obtuvieron quienes encontraban bienestar desarrollando estas actividades de carácter social.

Pero uno de los aspectos más relevantes y a destacar de la presente investigación, se manifestó respecto a la variable motivación de elección de estudio de “carácter vocacional” y el activo para la salud intrapersonal “cuidar a los demás”, confirmándose una relación fuerte, estadísticamente significativa y positiva. Este dato coincide con toda la línea argumental referida hasta el momento en la discusión de este trabajo y es fundamental para asentar el modelo de Vinje (2007), en el cual el componente vocacional enfermero (*calling*<sup>43</sup>), el poder dotar de significado a la profesión elegida (*Significatividad-meaning*), junto a la activación y el desarrollo reflexivo e introspectivo de las experiencias vitales, actúan sinérgicamente como factores protectores de la salud, todo ello asumiendo e integrando estrategias de autocuidado efectivas. Sin olvidar que esta cadena de fenómenos relacionados y que actúan como una auténtica bola de nieve, proporcionan el entusiasmo por la profesión (*zest for work*), que explica que, a pesar de las difíciles condiciones ligadas al ejercicio de la enfermería, se mantenga el compromiso con ella (*job engagement*<sup>44</sup>).

---

<sup>43</sup> El concepto de “*calling*” en el trabajo de Vinje (2015) hace referencia a la vocación profesional, estando libre de connotación religiosa, pero pudiendo estar relacionado con un componente espiritual.

<sup>44</sup> En Vinje, “*job engagement*” como factor magnético que afianza el compromiso con la profesión.



## Sobre los mapas de activos para la salud en estudiantes de enfermería

Para la salutogénesis aplicada al Modelo de Activos en salud pública, conforme lo idearon Morgan y Ziglio (2007), dos de los pilares fundamentales que lo constituyen son el uso de indicadores de activos para la salud por un lado, pero sobre todo, el mapeo de estos activos como estrategia clave para implementar políticas de promoción de la salud como sostén indiscutible del modelo. “De este mapeo, se entiende el resultado de la inferencia de la comprensión del mundo dónde las personas viven, un mundo que es manejable y tiene significado y que les capacita para hacer del uso de los recursos de resistencia, factores protectores y promotores de la salud” (Mittelmark, Bull y Bouwman, 2017). Las aproximaciones teóricas, las habilidades necesarias para operacionalizar, clasificar y representar gráficamente los activos para la salud, fueron facetas todas ellas exploradas e integradas para realizar de forma coherente y válida el Mapa de activos del alumnado de TCAE para el presente estudio. A lo largo de estas fases, se fueron detallando, en primer lugar, la clasificación de los diferentes activos que pudiesen existir en esta comunidad, la de estudiantes de TCAE en el *País Valencià*; siguiendo la metodología descrita en Cofiño, Aviñó, Benedé, Botello, Cubillo, Morgan, Paredes-Carbonell y Hernán (2016) y en Botello, Palacio, García, Margolles, Fernández, Hernán y Nieto (2012), se atendieron activos intangibles, personas, instituciones, asociaciones formales, asociaciones informales, activos físicos, espacios y lugares, así como activos educativos, culturales y espirituales-religiosos, para con ello confeccionar el Cuestionario de Activos para la Salud *ad hoc*. La estrategia de codificación posterior y su análisis estadístico fueron expuestos en el capítulo de metodología.

Apunta Cofiño que, tener presente que la comunidad ejerce el papel clave en la identificación de activos es gran parte del éxito. La diferencia entre un recurso que no genera salud y un recurso que sí lo genera (*asset*) es que esta lo señale y lo defina como elemento que mejora el bienestar a nivel individual, grupal o social. Este círculo debe concluir en una devolución a la comunidad, visibilizando, conectando y difundiendo los activos registrados con el reto de generar intervenciones a partir de las riquezas conocidas e influenciar en la generación de más activos para la salud.

## Limitaciones y prospectiva

Una de las principales limitaciones de esta tesis es su diseño transversal, que impide concluir en términos de causalidad. El hecho de haber utilizado autoinformes de las personas participantes, aunque enriquecen la percepción de la realidad, puede sin embargo inducir a sesgo; sesgo que sí existe en cuanto a la homogeneidad de la muestra a favor del género femenino. En futuros estudios sería conveniente introducir otro tipo de medidas, como los análisis de carácter cualitativo -trabajando con grupos focales, por ejemplo- y proponer la utilización de métodos de triangulación que permitan una evaluación más completa del proceso en que el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado operan como fortalezas para el ejercicio de la profesión enfermera. El reto futuro, no obstante, radica en poder desarrollar una intervención con garantías y someter a investigación los efectos de la misma.

Las implicaciones educativas y comunitarias que tiene la consideración actual del SOC como recurso crítico, requieren que el profesorado implicado en la formación de enfermería esté sensibilizado y dispuesto a trabajar con la construcción salutogénica. La aplicación de este conjunto de herramientas facilitará a las autoridades educativas de enseñanza secundaria (y también a las universidades), el desarrollo de planes de acción proactivos y coherentes que fortalezcan los recursos y las potencialidades del alumnado. Mediante programas específicos de aula deben abordarse qué aspectos influyen sobre la salud y cómo lograr el bienestar de su comunidad a través de la formación, capacitación, prestación de servicios, mapeo de activos y desarrollo de habilidades, con el objetivo de crear entornos saludables, y en el caso que nos atañe y como objetivo global, promover aulas saludables en los IES y CIPFP del territorio en el que tiene competencias la *Conselleria* valenciana.

Por lo que respecta a las competencias ministeriales, el futuro currículo del Ciclo LOE de TCAE debe guiarse, sin ningún tipo de duda, por esta construcción salutogénica, liderando el desarrollo de la prevención de los agentes estresores personales de nuestro alumnado y de los propios de la profesión, así como abogar por programas de centro y de aula que promuevan conductas psicosociales positivas, autorreflexivas, empoderadoras, de éxito académico y en definitiva, saludables.



Del análisis y consideración de los resultados de la presente investigación, se exponen las siguientes conclusiones generales, con el deseo de contribuir a la reflexión y el avance en el campo de la orientación salutogénica.

1. El instrumento de medida elegido en este estudio para medir el constructo de sentido de coherencia en estudiantes de CAE, el OLQ-13, posee unas propiedades psicométricas adecuadas, ya que su consistencia interna es elevada, alfa de Cronbach de 0.811 para 13 ítems.
2. El instrumento de medida elegido en este estudio que evalúa la capacidad para ejercer operaciones de autocuidado estimativas y productivas, el ASA-S, de 24 elementos, es una herramienta fiable para la población de estudiantes de CAE, obteniéndose una fiabilidad de 0.782.
3. El alumnado de CAE mantuvo puntuaciones elevadas en los instrumentos SOC y ASA, que son congruentes con las investigaciones realizadas hasta la fecha con estudiantes de enfermería y otras titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud.
4. Se encontraron relaciones positivas estadísticamente significativas entre el sentido de coherencia medido a través del OLQ-13 y la capacidad de autocuidado medida a través de la escala ASA.
5. Se encontraron relaciones positivas estadísticamente significativas entre los dos instrumentos de la investigación -SOC y ASA-, y las variables predictoras como el grupo de edad y el rendimiento académico, así como una relación negativa estadísticamente significativa entre el nivel de ingresos y el ASA.

6. Se comprobó que existen diferencias significativas en cuanto al género para el sentido de coherencia y para la capacidad de autocuidado, observándose puntuaciones más elevadas en las mujeres para ambos constructos.
7. Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado y ciertas variables factor como:
  - 👤 La situación laboral: el hecho de desempeñar un trabajo remunerado se asocia con el sentido de coherencia y fortalece la capacidad de autocuidado.
  - 👤 El entorno geográfico del centro: las poblaciones urbanas presentan un SOC más fuerte respecto a las zonas rurales. También el ASA tiende a aumentar sensiblemente en los núcleos urbanos medios y grandes urbes.
  - 👤 La motivación de elección de estudios: la motivación vocacional presenta los niveles de SOC y ASA más elevados de la población de estudiantes de CAE.
8. El alumnado de CAE que manifestó una motivación de elección de estudios basada en la vocación profesional y que cosechó expedientes académicos más brillantes presentando un rendimiento académico destacado, obtuvo niveles de sentido de coherencia y de capacidad de autocuidado más fuertes que el resto de alumnado.
9. Se puede concluir que, niveles de SOC elevados se asocian con estilos de vida más saludables, mayor capacidad para integrar y realizar operaciones de autocuidado y por ende, mejor calidad de vida y bienestar general.

10. Las estudiantes de CAE, son capaces de identificar activos intrapersonales, interpersonales y extrapersonales que les generan bienestar.
11. Las puntuaciones elevadas en el instrumento OLQ-13, se relacionaron estadísticamente con activos intrapersonales identificados como cuidar a los demás, activos interpersonales como la familia descendente o el desarrollo de actividades de voluntariado; y con activos extrapersonales que impliquen una relación de tipo educativa y cultural.
12. Las puntuaciones elevadas en el instrumento ASA, se relacionaron estadísticamente con activos intrapersonales como el autocuidado, activos interpersonales como la familia descendente en cuanto a generadora de bienestar; y activos extrapersonales como el uso de espacios e instituciones deportivas y de espacios naturales de costa y montaña.
13. Es necesario enfatizar la importancia de incorporar la orientación salutogénica en los contextos educativos, especialmente en los centros donde se impartan estudios referentes a la enfermería y a los cuidados de salud. Una buena forma de iniciar esta incorporación es la elaboración participativa de mapas de activos para la salud, la dinamización de estos y el desarrollo de estrategias de afrontamiento entre el alumnado.
14. Es necesario un cambio pedagógico, reflejado en el próximo currículo LOE del título de CAE, que incluya como competencias y capacidades propias la construcción salutogénica con el objetivo de mejorar y enriquecer el plan de estudios de este colectivo profesional y adaptarlo a los retos profesionales presentes y futuros.
15. Si somos capaces de integrar la perspectiva salutogénica en los planes de estudios de enfermería, tendremos más garantías de lograr configurar futuros entornos profesionales adecuados y saludables no solo para las enfermeras y auxiliares de enfermería; además también para las personas usuarias, asegurando así su derecho a procurarles cuidados de calidad.



*“The more health programmes are developed with and by local people the more likely they are to be successful and sustainable”*

*Antony Morgan, 2014*

## Propuesta preliminar de Intervención

Una de las propuestas salutogénicas es considerar el aprendizaje como un proceso de promoción de salud, no solo porque se aprende sobre la salud, sino porque articular este proceso lleva implícito la promoción de la misma (Lindström, 1994). Como ya se ha argumentado, tanto los planes de estudio del título, los currículos de los módulos profesionales, como las programaciones didácticas de los mismos deben centrarse en la búsqueda activa de este propósito. Es más, de aquí en adelante, los futuros programas de empoderamiento para alumnado de Cuidados Auxiliares de Enfermería deben estar guiados por el constructo salutogénico.

Nuestra apuesta radica en la educación para la salud desde la visión positiva de la adopción de habilidades para la vida, en lugar de poner exclusivamente el foco de atención en sensibilizar para prevenir y evitar riesgos de salud. Esta aproximación, que es descrita por Lindström y Eriksson en 2011 y que acuñaron con el nombre de *“healthy learning”*, entiende como necesario el desplazamiento desde los posicionamientos tradicionales que ha arropado históricamente la educación para la salud, hacia el incremento de la conciencia saludable ligada a la alfabetización en salud.



Fruto de este proceso de aprendizaje, se van a obtener resultados reales en materia de promoción de la salud. Recordemos que epistemológicamente, la salutogénesis se concibe como un proceso de aprendizaje continuo que fomenta la aproximación hacia el polo saludable del *continuum*, vía la mejora de la alfabetización en salud: la adquisición de conocimiento respalda la “*health literacy*”, la cual refuerza la forma en que uno/a se relaciona con el propio mundo y con otras personas, proceso relacional que genera más aprendizaje, que a su vez, busca sinergias con el conocimiento adquirido-compartido por la práctica, provocando la expansión del área del conocimiento inicial. En el curso de la vida diaria este proceso de aprendizaje integrado es continuo.

En efecto, una propuesta de intervención educativa holística con expectativas de éxito debe arraigarse en este proceso descrito. Se trata, por tanto, de proporcionar el “*aprendizaje saludable*” a nuestro alumnado a través de diversas aproximaciones consubstanciales a la programación didáctica y de carácter transversal, que impregnen el currículo del Ciclo Formativo mediante el abordaje multimodular y que penetren en los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales de cada materia. Eso sin olvidar los abordajes extracurriculares, debido al gran potencial que presentan para introducir intervenciones en las que la participación comunitaria pueda tomar el liderazgo.

Siguiendo esta línea argumental, y para la propuesta preliminar concreta que se ofrece en esta tesis doctoral, la intervención planteada se fundamenta en la programación de sesiones formativas y de participación colectiva para la dinamización y movilización de los activos para la salud entre el alumnado de TCAE. Compuesta por seis sesiones de trabajo que, a modo de *workshops* independientes integran este proyecto educativo, son guiadas por el profesorado especialista en procedimientos sanitarios y asistenciales y de procesos sanitarios de educación secundaria, que previamente debe haber recibido formación en la orientación salutogénica y en participación comunitaria. Asimismo, sería interesante que en el proyecto pudiese participar el departamento de orientación psicopedagógica, dado su perfil, son profesionales que disponen de estrategias metodológicas que si son correctamente planificadas y coordinadas con el profesorado responsable seguro van a reforzar el desarrollo de los *workshops* y su máxima optimización por el alumnado

participante. Considérese esta propuesta, no como una intervención tradicional de educación para la salud por sí misma, sino como una aproximación de cómo podría vehicularse la introducción de la perspectiva salutogénica en el contenido lectivo del Ciclo Formativo de CAE, a modo de propuesta de intervención concreta. No pretende ser más que un borrador de diseño y tómesese como tal el desarrollo del mismo. A continuación, se detallan los aspectos metodológicos.

🏠 **Marco y contexto:** Introducir en la programación de aula de los estudios de TCAE la educación para la salud desde la visión positiva de salud, la participación comunitaria y la identificación de activos para dinamizarlos mediante la construcción colaborativa de los mapas de activos para la salud.

🏠 **Objetivo general:** El alumnado de CAE deberá ser capaz de identificar los activos personales y los grupales, confeccionar un mapa de activos para la salud y un plan que pretenda la dinamización de los mismos.

- **Objetivo específico:** El alumnado de CAE explorará modelos de auto-ajuste (Vinje, 2007) para introducir los conceptos de reflexión, introspección y sensibilidad en la práctica enfermera y en el ejercicio de los cuidados.

🏠 **Metodología y Contenidos:** El planteamiento de esta intervención preliminar toma como dinámica la reflexión individual y colectiva mediante sesiones de trabajo grupales desarrolladas en forma de talleres (*workshops*).

- **Participantes:** Alumnado de primer curso matriculado en TCAE.
- **Facilitadores/as:** Profesorado de la especialidad de procedimientos sanitarios asistenciales o de procesos sanitarios de enseñanza secundaria. Profesional del Departamento de Orientación del centro educativo.
- **Cronograma y temporalización:** La intervención se desarrollará a lo largo de seis semanas. Se programan cinco sesiones de dos horas de

duración cada una y una última sesión de una hora. Todas ellas se desarrollarán durante las horas lectivas de tutoría del grupo.

- **Materiales:** Fichas de elaboración propia propuestas para la intervención y anexadas en este estudio (Anexo 10, pag. 325). Casos reales o basados en casos reales, que aborden la implicación enfermera.
- **Índice de las sesiones:** A continuación se resume el contenido y método de cada una.

<p>Workshop 1: ¿Qué es la salutogénesis?</p> <p><b>Duración:</b> Una sesión de dos horas.  <b>Agrupación:</b> Grupo al completo.  <b>Objetivo:</b> Facilitar una aproximación teórica efectiva de la perspectiva salutogénica al alumnado de CAE.</p>	<p>Workshop 2: El <i>Self-tuning</i> para construir la capacidad salutogénica.</p> <p><b>Duración:</b> Una sesión de dos horas.  <b>Agrupación:</b> Individual en primer fase. Grupo al completo en segunda fase.  <b>Objetivo:</b> Aportar las herramientas para que el alumnado de TCAE desarrolle la capacidad de autogestión frente agentes estresores bajo la orientación salutogénica.</p>
<p>Workshop 3: Mapeando los activos para la salud.</p> <p><b>Duración:</b> Una sesión de dos horas.  <b>Agrupación:</b> Individual en primera fase. Grupos de 4-5 personas en segunda fase.  <b>Objetivo:</b> Identificar los activos para la salud que posee el alumnado de TCAE a nivel individual y como grupo que conforma un colectivo.</p>	<p>Workshop 4: Dinamizando los activos para la salud.</p> <p><b>Duración:</b> Una sesión de dos horas.  <b>Agrupación:</b> Grupos de 4-5 personas.  <b>Objetivo:</b> Elaborar un plan de dinamización de activos para la salud para promover su salud y autocuidado.</p>
<p>Workshop 5: La prescripción social enfermera.</p> <p><b>Duración:</b> Una sesión de dos horas.  <b>Agrupación:</b> Parejas.  <b>Objetivo:</b> Aproximación reflexiva al concepto y función de la prescripción social enfermera.</p>	<p>Workshop 6: Sentido de Coherencia en TCAE.</p> <p><b>Duración:</b> Una sesión de una hora.  <b>Agrupación:</b> Individual.  <b>Objetivo:</b> Administrar el cuestionario OLQ-13 en alumnado de TCAE tras la intervención para proceder a la medición del sentido de coherencia. Devolución y difusión de resultados de investigación previos.</p>

👤 **Evaluación:** En una sesión tutorial futura deberá administrarse un breve cuestionario con estructura de preguntas con opción de respuesta basadas en escalas tipo *Likert* y preguntas abiertas para valorar la intervención desde la perspectiva de las personas participantes. Otro indicador evaluable será la asistencia a los talleres, la que se presupone será completa respecto al grupo-línea de primer curso de CAE, pues la asistencia a las tutorías son obligatorias por tratarse de horas lectivas. Los resultados sobre las medias en SOC obtenidas pueden también servir como reflexión sobre aquello que consideraremos positivo de la intervención.

## Workshop 1\_¿Qué es la salutogénesis?

Objetivo: Facilitar una aproximación teórica efectiva de la perspectiva salutogénica al alumnado de TCAE.

A lo largo de la sesión formativa de dos horas, se van a desarrollar los principales fundamentos de la Teoría Salutogénica, se reflexionará a partir de experiencias vitales sobre los conceptos clave relacionados con la noción de bienestar, salud, determinantes de salud, calidad de vida, factores estresores, sentido de coherencia, sensibilidad e introspección, resiliencia, recursos generales de resistencia, acción colectiva, empoderamiento, habilidades para la vida, participación comunitaria, etc. También se procederá a trasladar los resultados de la presente investigación con el objetivo de situar al alumnado en el origen de esta intervención y su trascendencia, así como el impacto que puede tener sobre la promoción de la salud para el colectivo enfermero y de los cuidados auxiliares de enfermería. En este aspecto, se considera esencial practicar esta “devolución” y difusión de la evidencia científica realizada sobre alumnado de TCAE, pues los estudios sobre este colectivo son prácticamente inexistentes, pareciendo ser un perfil profesional apenas visibilizado entre la comunidad científica. Esta acción puede resultarles empoderadora y motivadora, con el fin de estimular un futuro compromiso investigador para su colectivo.

## Workshop 2\_El *Self-tuning* para construir la capacidad salutogénica

Objetivo: Aportar las herramientas para que el alumnado de TCAE desarrolle la capacidad de autogestión frente agentes estresores bajo la orientación salutogénica.

La investigación ha demostrado que el modelo de *Self-tuning* es una competencia importante en el desarrollo de la promoción de la salud (Bakibinga, Vinje, y Mittelmark, 2012; Vinje, 2007; Vinje y Ausland, 2013; Forbech Vinje y Mittelmark, 2006). Mediante diseños cualitativos han podido ser exploradas la experiencia de significado, la sensibilidad como concepto, la introspección y el entusiasmo por el trabajo. Además se ha reportado una buena aceptación de esta metodología para la enseñanza de la salutogénesis por parte de alumnado en enfermería en Noruega.

En esta segunda sesión, se pretende experimentar con el modelo de *Self-tuning*. Experimentar en el sentido de provocar experiencias de aprendizaje a partir de casos y dinámicas o experiencias simuladas. Lo importante es integrar el modelo como una práctica que se puede ejercer tanto a nivel individual como grupal y que no tiene como objetivo dar respuestas detalladas a situaciones específicas. Más bien, el alumnado deberá incorporar este nuevo concepto como un proceso de exploración, percepción y reflexión que le permitirá reaccionar frente a una situación mediante un afrontamiento adaptativo. Nortvedt y Grimen (2004) sostienen que la sensibilidad es una habilidad básica que se puede aprender, y la experiencia de la primera autora como profesora de enfermería apoya esta afirmación. La técnica aplicada se basa en propiciar espacios para el diálogo, encontrar el tiempo y el lugar para explorar la sensibilidad son las condiciones más importantes sobre las cuales empezar a trabajar. Igual de importante, apuntan las autoras, es “mantener una actitud de voluntad y un deseo genuino de escuchar y recibir señales internas de una manera abierta, con aceptación, con confianza y sin prejuicios”. Los recursos que se utilizaran para esta dinamización se basaran en casos o dilemas éticos de implicación enfermera, sobre los que tras una lectura individualizada, trataran de reflexionar y formular sus propias respuestas mediante la implementación -nuevamente individual- de la actividad propuesta en el Material 1 (Anexo 10. Pag 325).

La actividad finaliza con una puesta en común, de carácter voluntario, de las propuestas y las respuestas trabajadas, con la intención de propiciar ese espacio de diálogo y reflexión colectiva. Puede generarse un debate en el que se muestren pensamientos, dudas y sentimientos, enriqueciéndose así, su imaginario e idea de lo que es la práctica enfermera. Estas nuevas posibilidades de discusión facilitan la búsqueda de significado tanto a nivel individual como colectivo. Es importante que el profesorado conduzca en todo momento la actividad hacia situaciones y actitudes libres de juicio u opiniones de valor, menos aún que se puedan permitir formular prejuicios. El objetivo final es que puedan visualizarse en la aceptación de la realidad tal cual es y consigan movilizar recursos efectivos para afrontarla de forma adaptativa. Y así entender que adoptar esta la metodología reflexiva-introspectiva les puede ayudar a ser profesionales más salutogénicos y resilientes, y ejercer, por consiguiente, cuidados de calidad de forma más satisfactoria.

### **Workshop 3\_Mapeando los activos para la salud**

Objetivo: Identificar los activos para la salud que posee el alumnado de TCAE a nivel individual y como grupo que conforma un colectivo.

Esta sesión del programa va a desarrollarse en dos fases, una de trabajo individual y otras de participación en grupos pequeños y parejas. Como indica el objetivo, la idea primaria es capacitar las TCAE para crear entornos promotores de salud que permitan conectar y potenciar los activos intrapersonales, interpersonales y extrapersonales. En el futuro estos espacios serán sus entornos laborales, pero ahora van a a empezar por mapear su entorno próximo en el que conviven diariamente, es decir su grupo de clase y su comunidad. La actividad debe enfocarse en todo momento a reforzar la estimulación de la participación en el diseño de actuaciones, pues este va a ser el producto final de este tercer *workshop*. En la primera fase se va a elaborar el mapa personal de activos para la salud implementando la actividad que se muestra en el Material 2. (Anexo 10. Pag 326).

Seguidamente se van a plantear una línea de acción que abarcará la posterior dinamización comunitaria del mapa, iniciándose previamente en la búsqueda individual del mapa personal de activos -con la idea de entrar en contacto con los conceptos-, y ampliándose posteriormente al trabajo en grupo dónde las estudiantes se terminarán implicando en la dinamización de activos a través de la confección de su propio plan colectivo y comunitario.

Para ello, en la segunda fase, se van a conectar estos activos manifestados de forma individual con los que puedan emerger del trabajo en grupos pequeños de no más de cinco personas. Trabajarán en una puesta en común, se organizarán y tomarán decisiones para escoger aquellos que les definan como grupo. Tendrán también que estudiar un enunciado o propuesta para explicar de forma sintética como se pretende movilizar este recurso. Implementarán entonces, y de forma conjunta, la actividad que se muestra en Material 3. (Anexo 10. Pag 327).

## **Workshop 4\_Dinamizando los activos para la salud**

Objetivo: Elaborar un plan de dinamización de activos para la salud con el objeto de promover su salud y autocuidado.

La sesión comprende la producción final de un plan de actividades encaminadas específicamente para ser dinamizadas con los activos para la salud que se encuentren en el entorno de referencia sobre el cual han trabajado. De esta forma, trabajando en los mismos grupos de 4-5 personas de la sesión anterior, obtendrán un documento adaptado a un/a usuario/a determinado/a con su correspondiente mapeo personalizado, el cual podría ser utilizado como una verdadera prescripción social futura. Este programa quedará reflejado en el desarrollo de la actividad que se propone en el Material 4. (Anexo 10. Pag 328).

## Workshop 5\_La prescripción social enfermera

Objetivo: Aproximación reflexiva al concepto y función de la prescripción social enfermera.

Finalmente, aprovechando el hilo conductor<sup>45</sup> que se ha ido generando, se podrá introducir teóricamente el concepto de prescripción social y su aplicabilidad en atención primaria y desde la enfermería. Esta última línea de actuación, que se trabajará por parejas, se ubica en el marco de la consulta profesional y va a relacionar el mapa de activos realizado anteriormente con la prescripción social enfermera a través de dinámicas “*role playing*” y simulaciones, que permitan además ejercitar y estimular las habilidades comunicativas.

Como dinámica de consolidación, se propone que esta se desarrolle en forma de actividad en que se realice una anamnesis recíproca para detectar activos en hipotéticas personas usuarias e indagar en los recursos de que dispondría, los activos que podría movilizar en su entorno, para finalmente confeccionar un plan de activos para la salud y realizar una prescripción social con objeto de fomentar y promocionar la salud de la persona usuaria.

---

<sup>45</sup> Con el desarrollo autónomo de esta actividad se ha utilizado la modalidad “*flipped-out teaching*” mediante la cual se han empleado actividades aplicadas y discusiones para facilitar la adquisición de un conocimiento determinado de forma inversa a como operan las técnicas inductivas.



## Workshop 6\_Sentido de Coherencia en TCAE

Objetivo: Administrar el cuestionario OLQ-13 en el alumnado de TCAE tras la intervención para proceder a la medición cuantitativa del sentido de coherencia. Devolución y difusión de resultados de investigación previos.

Como intervención final para cerrar esta propuesta, entendemos que resultaría interesante evaluar el sentido de coherencia para el alumnado de TCAE que ha llevado a cabo esta intervención y observar las puntuaciones dadas así como la distribución de medias. Posteriormente, puede realizarse una comparación con las mediciones que se ofrecen en esta investigación y tratar de ofrecer una aproximación para valorar el impacto de la intervención educativa desarrollada.

En todo caso, se considerará imprescindible acometer una devolución de los resultados a las personas participantes, así como planificar una actividad de difusión del programa y de la evaluación de los resultados al resto del claustro, del *Consell Escolar* y en definitiva, a toda la comunidad educativa.

## Sugerencias para futuras investigaciones





- 👤 Desarrollar intervenciones que permitan diseñar estudios experimentales y que incluyan mediciones de SOC y de ASA pre y post intervención, en alumnado de titulaciones en enfermería y de ciencias de la salud.
- 👤 Diseñar estudios de investigación cualitativa con grupos focales con el fin de explorar los activos para la salud entre la población de estudiantes tanto de grado de enfermería, como de ciclos formativos de la familia profesional de sanidad.
- 👤 Continuar con la investigación cualitativa con entrevistas semi-estructuradas y/o grupos focales de personas expertas, contando con profesorado de enseñanza secundaria, para valorar el nivel de implicación y compromiso con la promoción de la salud en entornos educativos, con objeto de introducir la perspectiva salutogénica en este contexto.
- 👤 Profundizar en la conexión entre los activos para la salud con la prescripción social en enfermería. Según Mittelmark (2017)<sup>46</sup> “nadie visita al doctor para tratar de mejorar su felicidad, ni tampoco para mejorar su capacidad de afrontar la vida de forma adaptativa; sin embargo, si las ciencias sociales y la enfermería se toman seriamente su implicación en la salutogénesis, esta puede ser la clave para poner en valor la perspectiva”. Y su aplicabilidad se desarrollará, claramente, mediante la prescripción social enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud.

---

<sup>46</sup> En Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström y Espnes, (2017). The Handbook of Salutogenesis. (Pag. 446). Springer International Publishing.

## Líneas de trabajo iniciadas

La autora de la presente investigación en la actualidad forma parte, o está prevista próximamente su unión, a los siguientes grupos de trabajo.

-  Grupo de investigación que está llevando a cabo el análisis factorial y la validación del instrumento *Appraisal of Self-care Agency Scale* para la versión en castellano.
-  Grupo de trabajo que realiza el análisis de los resultados específicos del cuestionario que se utilizó en el presente estudio en relación a los cuidados y la perspectiva de género.
-  Grupo de trabajo del Instituto Nacional de las Cualificaciones del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, para definir y establecer criterios sobre los requisitos y características que deben reunir las cualificaciones profesionales, concretamente las relacionadas con la familia profesional de sanidad y en especial las del CFGM de CAE. Participación como experta en asesoramiento y evaluación en procedimientos de reconocimiento, evaluación y acreditación de cualificaciones profesionales.
-  Grupo de trabajo de la *Conselleria d'Educació, Cultura i Esport* para programar un abordaje de intervenciones educativas que indaguen en el concepto de sensibilidad, la promoción de la capacidad de autocuidado y dinamicen la perspectiva salutogénica en el CFGM de TCAE.





# REFERENCIAS

---

- Ablett, J. R., & Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16(8), 733-740.
- Achterberg, T., Lorensen, M., Isenberg, M. A., Evers, G., Levin, E., & Philipsen, H. (1991). The Norwegian, Danish and Dutch Version of the Appraisal of Self-care Agency Scale; Comparing Reliability Aspects. *Scandinavian journal of caring sciences*, 5(2), 101-108.
- Agulló-Cantos, J. M. (2017). *Salutogénesis, sentido de la vida, percepción de salud y activos para la salud en cuidadores informales de enfermos de Alzheimer: un estudio exploratorio desde la Terapia Ocupacional*. Tesis Doctoral. Universidad Católica de Valencia.
- Akyol, A. D., Çetinkaya, Y., Bakan, G., Yaralı, S., & Akkuş, S. (2007). Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *Journal of clinical nursing*, 16(4), 679-687.
- Alivia, M., Guadagni, P., & Roberti di Sarsina, P. (2011). Towards salutogenesis in the development of personalised and preventive healthcare. *Epma j*, 2(4), 381-4.
- Almedom, A. M., Tesfamichael, B., Mohammed, Z. S., Mascie-Taylor, C. G. N., & Alemu, Z. (2007). Use of Sense of Coherence 'SOC scale' to measure resilience in Eritrea: Interrogating both the data and the scale. *Journal of Biosocial Science*, 39(01), 91-107.
- Álvarez-Dardet, C., & Ruiz Cantero, M. T. (2011). Patrimonio de salud: ¿son posibles las políticas salutogénicas?. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 123-127.

- Alves Apóstolo, J. L., Alves Rodrigues, M., & Pineda Olvera, J. (2007). Evaluación de los estados emocionales de estudiantes de enfermería. *Index de Enfermería*, 16(56), 26-29.
- Al-Yagon, M., & Margalit, M. (2006). Loneliness, sense of coherence and perception of teachers as a secure base among children with reading difficulties. *European Journal of Special Needs Education*, 21(1), 21-37.
- Amirkhan, J. H., & Greaves, H. (2003). Sense of coherence and stress: The mechanics of a healthy disposition. *Psychology and Health*, 18(1), 31-62.
- Anson, O., Paran, E., Neumann, L., & Chernichovsky, D. (1993). Gender differences in health perceptions and their predictors. *Social Science & Medicine*, 36(4), 419-427.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. *Josef Bass, san Francisco*.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). *The structural sources of salutogenic strengths*. John Wiley & Sons.
- Antonovsky, A. (1992). Can attitudes contribute to health?. *Advances. The Journal of Mind-Body Health*, 8, 33-49.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*, 36(6), 725-733.
- Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*, 37(8), 969-974.
- Antonovsky, A. (1998). The sense of coherence: An historical and future perspective. *Stress, coping, and health in families: Sense of coherence and resiliency*, 3-20.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.

- Antonovsky, A. (1998). Salutogenesis model as a theory is aimed at promoting health. *Megamot*, 39, 170-181.
- Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N., & Wijzenbeek, H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 6(4), 186-193.
- Antonovsky, H., & Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126(2), 213-226.
- Assembly, U. G. (1948). Universal declaration of human rights. *UN General Assembly*.
- Ávila Alpirez, H., Meza Guevara, S., Frías Reyna, B., Sánchez Andrade, E., Vega Alanís, C., & Hernández Saldivar, M. A. (2006). Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Cultura de los cuidados, año X, nº 20, 2º semestre 2006; pp. 141-146*.
- Avino, A. (2011). Mapeando los activos en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad social: trabajo de investigación Màster Sociologia i Antropologia de les Polítiques Públiques. *Valencia: Facultat de Ciències Socials Universitat de Valencia*.
- Aviño, D., Cofiño, R. y Paredes, J. (2014). Metodología para la construcción y dinamización de un mapa de Activos para la Salud. *Seminario sobre Activos para la Salud*, Universidad de Alicante, España.
- Ayo-Yusuf, O. A., Reddy, P. S., & Van Den Borne, B. W. (2009). Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 37(1), 68-77.
- Baban, A., & Craciun, C. (2010). Internal and External Assets and Romanian Adolescents' Health: An Evidence-Based Approach to Health Promoting Schools Policy. In *Health Assets in a Global Context* (pp. 321-337). Springer New York.

- Baiardi, J. M. (1997). *The influence of health status, burden, and degree of cognitive impairment on the self-care agency and dependent-care agency of caregivers of elders*. Doctoral Dissertation. Wayne State University.
- Bailey, R. (1981). Counselling services for nurses—a forgotten responsibility. *Journal of the Institute of Mental Subnormality (APEX)*, 9(2), 45-47.
- Bailey, R. D. (1985). *Coping with stress in caring*. Mosby Elsevier Health Science.
- Baker, S. R. (2003). A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health, and academic motivation and performance. *Personality and Individual Differences*, 35(3), 569-591.
- Baker, L. K., & Denyes, M. J. (2008). Predictors of self-care in adolescents with cystic fibrosis: A test of Orem's theories of self-care and self-care deficit. *Journal of pediatric nursing*, 23(1), 37-48.
- Baker, M., North, D., & Smith, D. F. (1997). Burnout, sense of coherence and sources of salutogenesis in social workers. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 34, 22-26.
- Baker, S. R. (2003). A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health, and academic motivation and performance. *Personality and Individual Differences*, 35(3), 569-591.
- Bakibinga, P., Vinje, H. F., & Mittelmark, M. B. (2012). Self-tuning for job engagement: Ugandan nurses' self-care strategies in coping with work stress. *International Journal of Mental Health Promotion*, 14(1), 3-12.
- Ballester, R. (1998). Salud y psicología de la salud. En F. Palmero y E.G. Fernández Abascal (Eds.), *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood. Englewoods Cliffs: Prentice Hall.
- Barcham, R., Silas, E., & Irie, J. (2016). Health promotion and empowerment in Henganofi District, Papua New Guinea. *Rural and remote health*, 16(4), 3553.



- Barnard, A. (2013). The role of socio-demographic variables and their interaction effect on sense of coherence. *SA Journal of Industrial Psychology*, 39(1), 1-9.
- Barrick, M. R., & Mount, M. K. (1991). The big five personality dimensions and job performance: a meta-analysis. *Personnel psychology*, 44(1), 1-26.
- Bartley, M. (Ed.). (2006). *Capability and resilience: Beating the odds*. UCL Department of Epidemiology and Public Health.
- Bauer, G., Davies, J. K., Pelikan, J., EUHPID Theory Working Group, & Euhpid Consortium. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health promotion international*, 21(2), 153-159.
- Beck, D. L., & Srivastava, R. (1991). Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 30(3), 127-133.
- Behrn, L. K., & Frank, D. I. (1992). The relationship between self-care agency and job satisfaction in public health nurses. *Applied Nursing Research*, 5(1), 28-29.
- Ben-David, A., & Leichtenritt, R. (1999). Ethiopian and Israeli students' adjustment to college: The effect of the family, social support and individual coping styles. *Journal of Comparative Family Studies*, 297-313.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (1999). What Keeps People Healthy? The Current State of Discussion and the Relevance of Antonovsky's Salutogenic Model of Health. Federal Centre for Health Education. *Research and Practice of Health Promotion*, 4.
- Bernués-Vázquez, L., & Peya-Gascons, M. (2004). Libro blanco del título de *Grado en Enfermería*. Universidad de Zaragoza. Universidad de Barcelona.
- Bernstein, J., & Carmel, S. (1991). Gender differences over time in medical school stressors, anxiety, and the sense of coherence. *Sex Roles*, 24(5), 335-344.
- Bhuyan, K. K. (2004). Health promotion through self-care and community participation: elements of a proposed programme in the developing countries. *BMC public health*, 4(1), 11.

- Binkowska-Bury, M., & Januszewicz, P. (2010). Sense of coherence and health-related behaviour among university students-a questionnaire survey. *Central European journal of public health*, 18(3), 145.
- Bíró, E., Balajti, I., Adány, R., & Kósa, K. (2009). Determinants of mental well-being in medical students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 253-258.
- Bíró, É., Veres-Balajti, I., & Kósa, K. (2016). Social support contributes to resilience among physiotherapy students: a cross sectional survey and focus group study. *Physiotherapy*, 102(2), 189-195.
- Bolger, N., & Schilling, E. A. (1991). Personality and the problems of everyday life: The role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of personality*, 59(3), 355-386.
- Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M., ... & Cofiño, R. (2012). Methodology for health assets mapping in a community. *Gaceta sanitaria*, 27(2), 180-183.
- Bowman, B. J. (1996). Cross-cultural validation of Antonovsky's Sense of Coherence scale. *Journal of clinical psychology*, 52(5), 547-549.
- Bowman, M. A., & Allen, D. I. (2012). Stress and women physicians. *Springer Science & Business Media*.
- Braun-Lewensohn, O., & Sagy, S. (2011). Salutogenesis and culture: Personal and community sense of coherence among adolescents belonging to three different cultural groups.
- Breuer, B., & Etienne, A. M. (2001). Sense of coherence and commitment to a cardiac rehabilitation program after a myocardial infarction: preliminary results. *Revue medicale de Liege*, 56(10), 703-708.
- Briones, G. (1996). *Investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Impresores Ltda. Bogotá.

- Brown, K. L. G. (1996). *Grief as a basic conditioning factor affecting the self-care agency and self-care of family caregivers of persons with neurotrauma*. Doctoral Dissertation, Wayne State University.
- Buchwald, P., & Schwarzer, C. (2003). The exam-specific Strategic Approach to Coping Scale and interpersonal resources. *Anxiety, Stress & Coping*, 16(3), 281-291.
- Cabrera, A. P., Guerrero, C. B., & Blasco, B. V. (2005). Identificación de estresores laborales en profesionales de enfermería. *Presencia*, 1(1).
- Cabrera, F. C. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61-71.
- Callaghan, D. (2006). Basic conditioning factors' influences on adolescents' healthy behaviors, self-efficacy, and self-care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29(4), 191-204.
- Calvo, S., García, P., & Martín del Burgo, M. (2013). Libro blanco de la profesión de Técnico de enfermería. *Universidad Europea de Madrid. Fundación para la formación y avance de la enfermería*.
- Canty-Mitchell, J. (2001). Life change events, hope, and self-care agency in inner-city adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(1), 18.
- Carlotto, M. S., Gonçalves Câmara, S., & Brazil Borges, Á. M. (2005). Predictores del Síndrome de Burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 195-204.
- Carmel, S., & Bernstein, J. (1989). Trait-anxiety and sense of coherence: a longitudinal study. *Psychological reports*, 65(1), 221-222.
- Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonne, D. Y., & Maoz, B. (1991). Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Social Science & Medicine*, 32(10), 1089-1096.
- Carter, P. A. (1998). Self-care agency: the concept and how it is measured. *Journal of Nursing Measurement*, 6(2), 195-207.

- Castro-Sánchez, E., Chang, P. W., Vila-Candel, R., Escobedo, A. A., & Holmes, A. H. (2016). Health literacy and infectious diseases: why does it matter?. *International Journal of Infectious Diseases*, 43, 103-110.
- Cavanagh, S. J. (1993). *Modelo de Orem: aplicación práctica*.
- Cederfjäll, C., Langius-Eklöf, A., Lidman, K., & Wredling, R. (2001). Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV infection. *AIDS patient care and STDs*, 15(1), 31-39.
- Chang, S. H. (2009). Beliefs about self-care among nursing home staff and residents in Taiwan. *Geriatric Nursing*, 30(2), 90-98.
- Chaparro, D. C. (2013). Identificando activos para la salud y la convivencia en entornos urbanos. Comunicación presentada en la XXXI Reunión Científica Sociedad Española de Epidemiología SEE. XV Congreso SESPAS. Granada.
- Chen, X., & Zhang, Y. L. (2014). A study on the relativity among sense of coherence, depression and coping style in patients with Parkinson disease. *Journal of Qilu Nursing*, 3, 33–34.
- Chivert, M. J., Palomares, D., Gil, G., & Vila, J. (2015). La implantación de la Formación Profesional Dual en España: certezas e incertidumbres. *Univesitat de València. Publicacions*.
- Çiftçi, B., Yıldırım, N., Altun, Ö. Ş., & Avşar, G. (2015). What Level of Self-Care Agency in Mental Illness? The Factors Affecting Self-Care Agency and Self-Care Agency in Patients with Mental Illness. *Archives of psychiatric nursing*, 29(6), 372-376.
- Cilliers, F., & Terblanche, L. (2014). The role of spirituality in coping with the demands of the hospital culture amongst fourth-year nursing students. *International Review of Psychiatry*, 26(3), 279-288.
- Coetzee, M., & Oosthuizen, R. M. (2012). Students' Sense of Coherence, Study Engagement and Self-Efficacy in Relation to their Study and Employability Satisfaction. *Journal of Psychology in Africa*, 22(3), 315-322.

- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., ... & Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿ cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?. *Gaceta Sanitaria*, 30, 93-98.
- Cohen, M., & Kanter, Y. (2004). Relation between sense of coherence and glycemic control in type 1 and type 2 diabetes. *Behavioral Medicine*, 29(4), 175-185.
- Cohen, O., & Dekel, R. (2000). Sense of coherence, ways of coping, and well-being of married and divorced mothers. *Contemporary Family Therapy*, 22(4), 467-486.
- Cohen, O., & Savaya, R. (2003). Sense of coherence and adjustment to divorce among Muslim Arab citizens of Israel. *European Journal of Personality*, 17(4), 309-326.
- Conradson, D. (2003). Spaces of care in the city: the place of a community drop-in centre. *Social & Cultural Geography*, 4(4), 507-525.
- Cooper, C. L., & Payne, R. E. (1991). *Personality and stress: Individual differences in the stress process*. John Wiley & Sons.
- Corless, I. B., Nicholas, P. K., Wantland, D., McInerney, P., Ncama, B., Bhengu, B., ... & Davis, S. (2006). The impact of meaning in life and life goals on adherence to a tuberculosis medication regimen in South Africa. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 10(10), 1159-1165.
- Craddock, R. B., Adams, P. F., Usui, W. M., & Mitchell, L. (1999). An intervention to increase use and effectiveness of self-care measures for breast cancer chemotherapy patients. *Cancer Nursing*, 22(4), 312-319.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Dai, J., Lu, X., & Fu, H. (2017). Perspectives on Salutogenesis of Scholars Writing in Chinese. In *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 357-360). Springer International Publishing.

- Damásio, B. F., & Koller, S. H. (2013). The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cadernos de saude publica*, 29(10), 2071-2082.
- Darling, C. A., McWey, L. M., Howard, S. N., & Olmstead, S. B. (2007). College student stress: The influence of interpersonal relationships on sense of coherence. *Stress and health*, 23(4), 215-229.
- Davidson, O. B., Feldman, D. B., & Margalit, M. (2012). A focused intervention for 1st-year college students: Promoting hope, sense of coherence, and self-efficacy. *The Journal of psychology*, 146(3), 333-352.
- Dejo Vásquez, M. (2007). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Av. Psicol. Latinoam*, 25(1), 64-71.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998) The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychol Bull.* 124(2):197-229.
- Denyes, M. J. (1980). Development of an instrument to measure self-care agency in adolescents. *Dissertation Abstracts International*, 41, 1716B.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1974). *Stressful life events: Their nature and effects*. John Wiley & Sons.
- Dijkers, F., & Crul-Kelderhuis, J. (2003). De andere kant van het spectrum. *Medisch contact*, 46.
- Drageset, J., Nygaard, H. A., Eide, G. E., Bondevik, M., Nortvedt, M. W., & Natvig, G. K. (2008). Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents—a questionnaire study. *Health and quality of life outcomes*, 6(1), 85.
- Efrati-Virtzer, M., & Margalit, M. (2009). Students' behaviour difficulties, sense of coherence and adjustment at school: Risk and protective factors. *European Journal of special needs Education*, 24(1), 59-73.

- Elfassi, Y., Braun-Lewensohn, O., Krumer-Nevo, M., & Sagy, S. (2016). Community sense of coherence among adolescents as related to their involvement in risk behaviors. *Journal of Community Psychology, 44*(1), 22-37.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129-136.
- Eriksson, M. (2007). Unravelling the mystery of salutogenesis: the evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health, 59*(6), 460-466.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health, 60*(5), 376-381.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health, 61*(11), 938-944.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). Promoting mental Health-Evidence of the Salutogenic Framework for a positive health development. *European Psychiatry, 23*, S83.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2011). Life is more than survival: Exploring links between Antonovsky's salutogenic theory and the concept of resilience. In *Wayfinding through life's challenges: Coping and survival* (pp. 31–46). New York.
- Escribá-Agüir, V., & Pérez-Hoyos, S. (2003). Psychosocial work environment and psychological well-being among emergency staff. *Gaceta Sanitaria, 17*, 186.

- Escribà-Agüir, V., & Tenias-Burillo, J. M. (2004). Psychological well-being among hospital personnel: the role of family demands and psychosocial work environment. *International archives of occupational and environmental health*, 77(6), 401-408.
- Evers G. (1989). *Appraisal of Self-care Agency: ASA-scale*. Doctoral Dissertation
- Evers, G. C., Isenberg, M. A., Philipsen, H., Brouns, G., Halfens, R., & Smeets, H. (1986). The appraisal of self-care agency's ASA-Scale: research program to test reliability and validity. In *Proceedings of the International Nursing Research Conference "New Frontiers in Nursing Research."* Edmond: University of Alberta, Canada. p. 130.
- Evers, G., & Van Gorcum, A. (1990). Appraisal of Self-care Agency. ASA-Scale.
- Evers, G. C. M., Isenberg, M. A., Philipsen, H., Senten, M., & Brouns, G. (1993). Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency ASA-scale. *International Journal of Nursing Studies*, 30(4), 331-342.
- Falcón, M., & Luna, A. (2012). Health Literacy: Concept and Dimensions. European Project of Health Literacy. *Revista de Comunicación y Salud* 2(2), 1-2.
- Fandos, T. B. (2008). El diario reflexivo como herramienta de autoaprendizaje en la formación de enfermería. *Nursing (Ed. española)*, 26(7), 52-55.
- Feito Grande, L. (2005). Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería Clínica*, 15(3), 167-174.
- Feldt, T., & Rasku, A. (1998). The structure of Antonovsky's orientation to life questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 25(3), 505-516.
- Feldt, T., Kivimäki, M., Rantala, A., & Tolvanen, A. (2004). Sense of coherence and work characteristics: A cross-lagged structural equation model among managers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(3), 323-342.



- Feldt, T., Kokko, K., Kinnunen, U., & Pulkkinen, L. (2005). The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. *European Psychologist, 10*(4), 298-308.
- Feldt, T., Leskinen, E., & Kinnunen, U. (2005). Structural invariance and stability of sense of coherence: A longitudinal analysis of two groups with different employment experiences. *Work & Stress, 19*(1), 68-83.
- Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U., & Mauno, S. (2000). Longitudinal factor analysis models in the assessment of the stability of sense of coherence. *Personality and Individual Differences, 28*(2), 239-257.
- Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U., & Ruoppila, I. (2003). The stability of sense of coherence: Comparing two age groups in a 5-year follow-up study. *Personality and Individual Differences, 35*(5), 1151-1165.
- Feldt, T., Lintula, H., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2007). Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Quality of Life Research, 16*(3), 483-493.
- Feldt, T., Mäkikangas, A., & Aunola, K. (2006). Sense of coherence and optimism: A more positive approach to health. *Socioemotional development and health from adolescence to adulthood*. Cambridge University Press. 286–305.
- Feldt, T., Metsäpelto, R. L., Kinnunen, U., & Pulkkinen, L. (2007). Sense of coherence and five-factor approach to personality: Conceptual relationships. *European Psychologist, 12*(3), 165-172.
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, E., & Siegrist, J. (2005). El trabajo y sus repercusiones en la salud. El modelo “Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa-DER”. *Revista de Calidad Asistencial, 20*(3), 165-170.
- Fernández Martínez, M. E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Tesis Doctoral. Universidad de León.

- Fex, A., Flensner, G., Ek, A. C., & Söderhamn, O. (2012). Self-care agency and perceived health among people using advanced medical technology at home. *Journal of advanced nursing*, 68(4), 806-815.
- Fiorentino, L. M., & Pomazal, R. J. (1998). Sense of coherence and the stress–illness relationship among employees: A prospective study.
- Flannery, R. B., Perry, J. C., Penk, W. E., & Flannery, G. J. (1994). Validating Antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of clinical psychology*, 50(4), 575-577.
- Flinter, M., Hsu, C., Crompton, D., Ladden, M. D., & Wagner, E. H. (2017). Registered Nurses in Primary Care: Emerging New Roles and Contributions to Team-Based Care in High-Performing Practices. *The Journal of Ambulatory Care Management*.
- Fok, M. S., Alexander, M. F., Wong, T. K., & McFadyen, A. K. (2002). Contextualising the appraisal of self-care agency scale in Hong Kong. *Contemporary Nurse*, 12(2), 124-134.
- Forbech Vinje, H., & Mittelmark, M. B. (2006). Deflecting the path to burn-out among community health nurses: how the effective practice of self-tuning renews job engagement. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8(4), 36-47.
- Forsberg-Warleby, G., Moller, A., & Blomstrand, C. (2002). Spouses of first-ever stroke victims: sense of coherence in the first phase after stroke. *Journal of rehabilitation medicine*, 34(3), 128-133.
- Fossion, P., Leys, C., Vandeleur, C., Kempenaers, C., Braun, S., Verbanck, P., & Linkowski, P. (2015). Transgenerational transmission of trauma in families of Holocaust survivors: The consequences of extreme family functioning on resilience, sense of coherence, anxiety and depression. *Journal of affective disorders*, 171, 48-53.

- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary nurse*, 45(1), 114-125.
- Frankl, V. E. (1991). El hombre en busca de sentido, Editorial Herder. *Barcelona, España*.
- Frenz, A. W., Carey, M. P., & Jorgensen, R. S. (1993). Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological assessment*, 5(2), 145-153.
- Frommberger, U., Stieglitz, R. D., Straub, S., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E., & Berger, M. (1999). The concept of "sense of coherence" and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *Journal of psychosomatic research*, 46(4), 343-348.
- Galiana-Sánchez, M. E., Mestre, J. B., & Añón, R. B. (2014). Mujeres, salud y profesiones sanitarias: revisión historiográfica y estudio de casos en la sanidad española contemporánea. *Areas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (33), 123-136.
- Gallagher, T. J., Wagenfeld, M. O., Baro, F., & Haepers, K. (1994). Sense of coherence, coping and caregiver role overload. *Social Science & Medicine*, 39(12), 1615-1622.
- Gallegos Cabriales, E. (1998). Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala: valoración de las capacidades de autocuidado. *Desarrollo científico de enfermería*, 6(9), 260-266.
- Gana, K. (2001). Is sense of coherence a mediator between adversity and psychological well-being in adults?. *Stress and Health*, 17(2), 77-83.
- García, A., Barona, C., Irlés, M. A., & Mas, R. (2016). IV Pla de Salut 2016-2010 Comunitat Valenciana. *Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública*.

- García-Moya, I., Moreno, C., & Rivera, F. (2013). Sense of coherence and biopsychosocial health in Spanish adolescents. *The Spanish journal of psychology*, 16, E90.
- García-Moya, I., Moreno, C., & Rivera, F. (2014). Obtaining a hierarchy of contextual factors in shaping the SOC of male and female adolescents. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1267-1287.
- García-Moya, I., Rivera, F., & Moreno, C. (2013). School context and health in adolescence: The role of sense of coherence. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(3), 243-249.
- García-Moya, I., Moreno, C., & Jiménez-Iglesias, A. (2013). Understanding the joint effects of family and other developmental contexts on the sense of coherence (SOC): a person-focused analysis using the Classification Tree. *Journal of adolescence*, 36(5), 913-923.
- Gast, H. L., Denyes, M. J., Campbell, J. C., Hartweg, D. L., Schott-Baer, D., & Isenberg, M. (1989). Self-care agency: Conceptualizations and operationalisations. *Advances in Nursing Science*, 12(1), 26-38.
- Geckova, A. M., Tavel, P., van Dijk, J. P., Abel, T., & Reijneveld, S. A. (2010). Factors associated with educational aspirations among adolescents: cues to counteract socioeconomic differences?. *BMC public health*, 10(1), 154.
- Geden, E., & Taylor, S. (1991). Construct and empirical validity of the Self-As-Carer Inventory. *Nursing Research*, 40(1), 47-50.
- Gerber, Y., Koren-Morag, N., Myers, V., Benyamini, Y., Goldbourt, U., Drory, Y., & Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction. (2011). Long-term predictors of smoking cessation in a cohort of myocardial infarction survivors: a longitudinal study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 18(3), 533-541.
- Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social science & medicine*, 44(12), 1771-1779.

- Gibson, L. M., & Cook, M. J. (1996). Neuroticism and sense of coherence. *Psychological Reports, 79*(1), 343-349.
- Gilbar, O. (1998). Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. *Social work in health care, 26*(3), 39-49.
- Glanz, K., Maskarinec, G., & Carlin, L. (2005). Ethnicity, sense of coherence, and tobacco use among adolescents. *Annals of behavioral medicine, 29*(3), 192-199.
- Glass, N., & Rose, J. (2008). Enhancing Emotional Well-being Through Self-care: The Experiences of Community Health Nurses in Australia. *Holistic Nursing Practice, 22*(6), 336-347.
- Godfrey, C. M., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D., & Oakley, P. (2011). Care of self—care by other—care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 9*(1), 3-24.
- Goerlich Gisbert, F. J., & Cantarino Martí, I. (2015). Estimaciones de la población rural y urbana a nivel municipal. *Estadística Española, 2015, 57*(186), 5-29.
- Gouva, M., Mantzoukas, S., Mitona, E., & Damigos, D. (2009). Understanding nurses' psychosomatic complications that relate to the practice of nursing. *Nursing & health sciences, 11*(2), 154-159.
- Grayson, J. P. (2008). Sense of coherence and academic achievement of domestic and international students: A comparative analysis. *Higher education, 56*(4), 473-492.
- Greimel, E., Kato, Y., Müller-Gartner, M., Salchinger, B., Roth, R., & Freidl, W. (2016). Internal and External Resources as Determinants of Health and Quality of Life. *PloS one, 11*(5), e0153232.
- Grevenstein, D., Bluemke, M., & Kroeninger-Jungaberle, H. (2016). Incremental validity of sense of coherence, neuroticism, extraversion, and general self-efficacy: longitudinal prediction of substance use frequency and mental health. *Health and quality of life outcomes, 14*(1), 9.

- Grøholt, E. K., Stigum, H., Nordhagen, R., & Köhler, L. (2003). Is parental sense of coherence associated with child health?. *The European Journal of Public Health, 13*(3), 195-21.
- Hakanen, J. J., Feldt, T., & Leskinen, E. (2007). Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. *Journal of Research in Personality, 41*(3), 602-617.
- Halfens, R. J., Alphen, A., Hasman, A., & Philipsen, H. (1999). The effect of item observability, clarity and wording on patient/nurse ratings when using the ASA scale. *Scandinavian journal of caring sciences, 13*(3), 159-164.
- Hansson, K., Cederblad, M., Lichtenstein, P., Reiss, D., Pedersen, N., Belderhiser, J., & Elthammar, O. (2008). Individual resiliency factors from a genetic perspective: Results from a twin study. *Family process, 47*(4), 537-551.
- Hart, M. A. (1995). Orem's self-care deficit theory: research with pregnant women. *Nursing science quarterly, 8*(3), 120-126.
- Heiman, T. (2004). Examination of the salutogenic model, support resources, coping style, and stressors among Israeli university students. *The Journal of Psychology, 138*(6), 505-520.
- Herbst, L., Coetzee, S., & Visser, D. (2007). Personality, sense of coherence and the coping of working mothers. *SA Journal of Industrial Psychology, 33*(3), 57-67.
- Hernán, M., Mena, A. L., Lineros, C., Botello, B., García-Cubilana, P., & Huertas, A. (2011). Activos para la salud y promoción de la salud mental. *Experiencia formativa. EASP*.
- Hernán, M., Morgan, A., & Mena, A. L. (2010). Formación en salutogénesis y activos para la salud.
- Hernán García, M., & Lineros González, C. (2009). Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. *Fundesfam, 2*(2), 1-6.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). Metodología de la investigación. *La Habana: Editorial Félix Varela*, 2.
- Hittner, J. B. (2007). Factorial invariance of the 13-item sense of coherence scale across gender. *Journal of Health Psychology*, 12(2), 273-280.
- Hochwälder, J. (2015). Test of Antonovsky's Postulate: High Sense of Coherence Helps People Avoid Negative Life Events. *Psychological reports*, 116(2), 363-376.
- Höjdahl, T., Magnus, J. H., Mdala, I., Hagen, R., & Langeland, E. (2015). Emotional distress and sense of coherence in women completing a motivational program in five countries. A prospective study. *International journal of prisoner health*, 11(3), 169-182.
- Horsburgh, M. E., & Ferguson, A. L. (2000). Origins of Health and Sense of Coherence. *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice*, 175.
- Hyman (1995). *Survey Design and Analysis, Glencoe, Ill.: The Free Press*.
- Ibrahim, S., & Alkire, S. (2007). Agency and empowerment: A proposal for internationally comparable indicators. *Oxford development studies*, 35(4), 379-403.
- Idan, O., & Margalit, M. (2014). Socioemotional self-perceptions, family climate, and hopeful thinking among students with learning disabilities and typically achieving students from the same classes. *Journal of Learning Disabilities*, 47(2), 136-152.
- Igna, C. V., Julkunen, J., & Ahlström, R. (2008). Sense of coherence relates with smoking. *Journal of health psychology*, 13(8), 996-1001.
- International Test Commission. ITC guidelines of adapting tests. [accessed 12/Apr/2012] Available at <http://www.intescom.org>.

- Isaramalai, S. (2002). Developing a Cross-cultural Measure of the Self-as-carer Inventory Questionnaire for the Thai Population. *Dissertation Abstracts International*, 63, 2307B.
- Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H. H., Dracup, K., & Diederiks, J. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 29(5), 319-330.
- Jacklin, K. M., Henderson, R. I., Green, M. E., Walker, L. M., Calam, B., & Crowshoe, L. J. (2017). Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(3), E106-E112.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Kneepkens, C. F. (2006). Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science & Medicine*, 63(10), 2640-2648.
- Jiménez, B. M., Gutiérrez, J. L. G., & Hernández, E. G. (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 4(3), 163-180.
- Johnson, J. D. (2002). Relationship between resiliency, self-care agency and self-care in the community-dwelling older adult. *Medical Abstracts International*, 40(05), 1218.
- Jones, M. C., & Johnston, D. W. (1997). Distress, stress and coping in first-year student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 475-482.
- Jones, A. K. (2017). Oncology Nurse Retreat: A Strength-based Approach to Self-care and Personal Resilience. *Clinical journal of oncology nursing*, 21(2), 259-262.
- Jorgensen, R. S., Frankowski, J. J., & Carey, M. P. (1999). Sense of coherence, negative life events and appraisal of physical health among university students. *Personality and Individual Differences*, 27(6), 1079-1089.



- Junsheng, L., Ying, Z., & Leiping, B. (2006). The relationship between sense of coherence and coping style among adolescents. *Psychological science-shanghai*, 29(5), 1107.
- Kaiser, C. F., Sattler, D. N., Bellack, D. R., & Dersin, J. (1996). A conservation of resources approach to a natural disaster: Sense of coherence and psychological distress. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 11(3), 459-476.
- Kaiser, P. O., Mattsson, B., Marklund, S., & Wimo, A. (2006). Sense of coherence and vocational rehabilitation of persons with chronic musculoskeletal disorders—gender aspects. *The journal of men's health & gender*, 3(4), 373-378.
- Kajandi, M. (1981). Livskvalitet: en litteraturstudie av livskvalitet som beteendevetenskapligt begrepp samt ett förslag till definition. *Psykologisk enheten, Forskningskliniken*.
- Karlsson, I., Berglin, E., & Larsson, P. A. (2000). Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery: A longitudinal study. *Journal of advanced nursing*, 31(6), 1383-1392.
- Kearney, B. Y., & Fleischer, B. J. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in nursing & health*, 2(1), 25-34.
- Kendrick, C. P. (2000). Comparing the effects of stress and relationship style on student and practicing nurse anaesthetists. *AANA journal*, 68(2), 115-126.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (Eds.). (2013). *Health literacy: the solid facts*.
- Kickbusch, I. (1996). Tribute to Aaron Antonovsky-'What creates health'. *Health promotion international*, 11, 5-6.
- Kickbusch, I., & Maag, D. (2008). International Encyclopaedia of Public Health. 3, 204-211.

- Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera, J., & Nurmi, J. E. (2000). Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social science & medicine*, 50(4), 583-597.
- Kleiveland, B., Natvig, G. K., & Jepsen, R. (2015). Stress, sense of coherence and quality of life among Norwegian nurse students after a period of clinical practice. *PeerJ*, 3, e1286.
- Klepp, O. M., Mastekaasa, A., Sørensen, T., Sandanger, I., & Kleiner, R. (2007). Structure analysis of Antonovsky's sense of coherence from an epidemiological mental health survey with a brief nine-item sense of coherence scale. *International journal of methods in psychiatric research*, 16(1), 11-22.
- Kohlmann, C. W. (1993). Development of the repression-sensitization construct: With special reference to the discrepancy between subjective and physiological stress reactions. In *The concept of defence mechanisms in contemporary psychology* (pp. 184-204). Springer New York.
- Korotkov, D., & Hannah, T. E. (1994). Extraversion and emotionality as proposed superordinate stress moderators: A prospective analysis. *Personality and Individual Differences*, 16(5), 787-792.
- Korotkov, D. L. (1993). An assessment of the (short-form) sense of coherence personality measure: Issues of validity and well-being. *Personality and Individual Differences*, 14(4), 575-583.
- Koushede, V., Holstein, B. E., Andersen, A., Ekholm, O., & Hansen, E. H. (2010). Use of over-the-counter analgesics and perceived stress among 25–44-year olds. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 19(4), 351-357.
- Kristensson Ekwall, A., Sivberg, B., & Rahm Hallberg, I. (2007). Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 584-596.

- Kristensson, P., & Öhlund, L. S. (2005). Swedish upper secondary school pupils' sense of coherence, coping resources and aggressiveness in relation to educational track and performance. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 19(1), 77-84.
- Kurz, X., Scuvée-Moreau, J., Vernooij-Dassen, M., & Dresse, A. (2003). Cognitive impairment, dementia and quality of life in patients and caregivers. *Acta Neurologica Belgica*, 103(1), 24-34.
- Kuuppelomäki, M., & Utriainen, P. (2003). A 3-year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. *International journal of nursing studies*, 40(4), 383-388.
- Langius, A., & Björvell, H. (1996). The salutogenic model and the use of the sense of coherence scale in nursing research: A methodological report. [Den salutogena modellen och användning av KASAM-formuläret i omvårdnadsforskning: En metodredovisning]. *Vård i Norden*, 16(1), 28-32.
- Langius, A., Björvell, H., & Antonovsky, A. (1992). The sense of coherence concept and its relation to personality traits in Swedish samples. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6(3), 165-171.
- Larsson, G., & Kallenberg, K. O. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *The European Journal of Public Health*, 6(3), 175-180.
- Larsson, G., & Kallenberg, K. (1999). Dimensional analysis of sense of coherence using structural equation modelling. *European Journal of Personality*, 13(1), 51-61.
- Leenerts, M. H., Teel, C. S., & Pendleton, M. K. (2002). Building a Model of Self-Care for Health Promotion in Aging. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 355-361.
- Leino-Loison, K., Gien, L. T., Katajisto, J., & Välimäki, M. (2004). Sense of coherence among unemployed nurses. *Journal of advanced nursing*, 48(4), 413-422.

- Levi, U., Einav, M., Ziv, O., Raskind, I., & Margalit, M. (2014). Academic expectations and actual achievements: the roles of hope and effort. *European journal of psychology of education, 29*(3), 367-386.
- Levine, S., & Ursin, H. (1980). Coping and health. In *Nato conference series (Series 3: Human factors)* (Vol. 12). New York [etc.]: Plenum Press.
- Leyva-Flores, R., Kageyama, M. L., & Erviti-Erice, J. (2001). How people respond to illness in Mexico: self-care or medical care?. *Health policy, 57*(1), 15-26.
- Lindmark, U., Hakeberg, M., & Hugoson, A. (2011). Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. *Community dentistry and oral epidemiology, 39*(6), 542-553.
- Lindström, B. (1994). The essence of existence: On the quality of life of children in the Nordic countries. *Goteborg, Sweden: The Nordic School of Public Health*.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Professor Aaron Antonovsky (1923–1994): the father of the salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*(6), 511-511.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and community health, 59*(6), 440-442.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and community health, 59*(6), 440-442.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion international, 21*(3), 238-244.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2011). Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de salud. *Editorial Documenta Universitaria*.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and community health, 59*(6), 440-442.

- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion international, 21*(3), 238-244.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). The hitchhiker's guide to salutogenesis: salutogenic pathways to health promotion. *Research report/Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research Programme (2010: 2)*.
- Linn, L. S., Yager, J., Cope, D., & Leake, B. (1985). Health status, job satisfaction, job stress, and life satisfaction among academic and clinical faculty. *Jama, 254*(19), 2775-2782.
- Lizarbe-Chocarro, M., Guillén-Grima, F., Aguinaga-Ontoso, I., & Canga Armayor, N. (2016). Validación del Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ-13) de Antonovsky en una muestra de estudiantes universitarios en Navarra. *An Sist Sanit Navar, 39* (2): 237-248.
- Lodenstein, E., Dieleman, M., Gerretsen, B., & Broerse, J. E. (2016). Health provider responsiveness to social accountability initiatives in low-and middle-income countries: a realist review. *Health Policy and Planning, 1*, 16.
- Lorensen, M., Holter, I. M., Evers, G. C., Isenberg, M. A., & Van Achterberg, T. (1993). Cross-cultural testing of the "appraisal of self-care agency: ASA scale" in Norway. *International journal of nursing studies, 30*(1), 15-23.
- Lovink, M. H., Persoon, A., Koopmans, R. T., Van Vught, A. J., Schoonhoven, L., & Laurant, M. G. (2017). Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the aging population: a systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*.
- Lukkarinen, H., & Hentinen, M. (1997). Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. *International journal of nursing studies, 34*(4), 295-304.
- Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Fischer, R. S., & Strandberg, G. (2010). Inner strength—A theoretical analysis of salutogenic concepts. *International journal of nursing studies, 47*(2), 251-260.

- Luo, Y., & Wang, H. (2009). Correlation research on psychological health impact on nursing students against stress, coping way and social support. *Nurse Education Today*, 29(1), 5-8.
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: a review of research on resilience in childhood. *American journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6.
- Maass, R., Lindstrøm, B., & Lillefjell, M. (2014). Exploring the Relationship Between Perceptions of Neighbourhoodresources, Sense of Coherence and Health for Different Groups in a Norwegian Neighbourhood. *Journal of public health research*, 3(1).
- Mahammadzadeh, A., Poursharifi, H., & Alipour, A. (2010). Validation of Sense of Coherence (SOC) 13-item scale in Iranian sample. *Procedia-Social and Behavioural Sciences*, 5, 1451-1455.
- Mahat, G. (1996). Stress and coping: first-year Nepalese nursing students in clinical settings. *Journal of Nursing Education*, 35(4), 163-169.
- Malagón Aguilera, M. C. (2015). *El sentido de coherencia y el compromiso laboral de las enfermeras en el ámbito sociosanitario de Girona*. Tesis Doctoral. Universitat de Girona.
- Malagón-Aguilera, M. C., Fuentes-Pumarola, C., Suñer-Soler, R., Bonmatí-Tomás, A., Fernández-Peña, R., & Bosch-Farré, C. (2012). The sense of coherence among nurses. *Enfermería clínica*, 22(4), 214.
- Manrique-Abril, F., Fernández, A., & Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichán*, 9(3), 222-235.
- Marhuenda, F., Chisvert, M. J., & Palomares-Montero, D. (2017). La formación profesional dual en España. Consideraciones sobre los centros que la implementan. *Revista Internacional de Organizaciones*, (17), 43-63.

- Margalit, M., & Eysenck, S. (1990). Prediction of coherence in adolescence: Gender differences in social skills, personality, and family climate. *Journal of Research in Personality, 24*(4), 510-521.
- Mathad, M. D., PraDhan, B., & Rajesh, S. K. (2017). Correlates and Predictors of Resilience among Baccalaureate Nursing Students. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR, 11*(2), JC05.
- Mattila, M. L., Rautava, P., Honkinen, P. L., Ojanlatva, A., Jaakkola, S., Aromaa, M., ... & Sillanpää, M. (2011). Sense of coherence and health behaviour in adolescence. *Acta Paediatrica, 100*(12), 1590-1595.
- Mayer, C. H. (2014). Sense of coherence and professional career development. In *Psycho-Social Career Meta-Capacities* (pp. 221-240). Springer International Publishing.
- Mayer, C. H., & Boness, C. (2011). Interventions to promoting sense of coherence and transcultural competences in educational contexts. *International review of psychiatry (Abingdon, England), 23*(6), 516-524.
- McBride, S. H. (1991). Comparative analysis of three instruments designed to measure self-care agency. *Nursing Research, 40*(1), 12-16.
- McCubbin, H. I. (Ed.). (1994). *Sense of coherence and resiliency: Stress, coping, and health*. University of Wisconsin Madison Center.
- McKnight, J. (1995). *The careless society: Community and its counterfeits*. Basic Books.
- McKnight, J., & Kretzmann, J. (1993). Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets.
- McKnight, J. L., & Kretzmann, J. L. (1996). Mapping community capacity. Institute for Policy Research. *Northwestern University*.

- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (2017). The handbook of salutogenesis. *Springer Open, Heidelberg, 10*, 978-3.
- Mittelmark, M. B., Bull, T., & Bouwman, L. (2017). Emerging Ideas Relevant to the Salutogenic Model of Health. In *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 45-56). Springer International Publishing.
- Mlonzi, E. N., & Strümpfer, D. J. W. (1998). Antonovsky's sense of coherence scale and 16PF second-order factors. *Social Behaviour and Personality: an international journal, 26*(1), 39-49.
- Moksnes, U. K., & Haugan, G. (2015). Stressor experience negatively affects life satisfaction in adolescents: the positive role of sense of coherence. *Quality of Life Research, 24*(10), 2473-2481.
- Moksnes, U. K., Løhre, A., & Espnes, G. A. (2013). The association between sense of coherence and life satisfaction in adolescents. *Quality of Life Research, 22*(6), 1331-1338.
- Moore, J. B. (1993). Predictors of children's self-care performance: testing the theory of self-care deficit. *Sch Inq Nurs Pract. 7*(3):199-212.
- Moore, J. B. (1995). Measuring the self-care practice of children and adolescents: instrument development. *Maternal-child nursing journal, 23*(3), 101.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. L., & Garrosa, E. (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 4*(3), 163-180.
- Moreno, B., Alonso, M., & Alvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud (Journal of Health Psychology), 9*(2), 115-138.
- Morgan, A. (2014). Revisiting the Asset Model: a clarification of ideas and terms. *Global health promotion, 21*(2), 3.



- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education, 14*(2\_suppl), 17-22.
- Morgan, A., Ziglio, E., & Davies, M. (Eds.). (2010). Health assets in a global context: theory, methods, action. *Springer Science & Business Media*.
- Morgan, J., & Farsides, T. (2009). Measuring meaning in life. *Journal of happiness Studies, 10*(2), 197-214.
- Morin, E. (2001). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa, 1990.
- MUÑOZ, Fr. Imbernón. Célestin Freinet y la cooperación educativa. *MENDIBURU, Ignasi Vila. El legado pedagógico del siglo XX para le escuela del siglo XXI. Lev. S. Vygotsky: La psicología cultural y la construcción de la persona desde la educación. Barcelona: Graó, 10-22.*
- Morton, M. J., & Lurie, N. (2013). Community Resilience and Public Health Practice. *American Journal of Public Health, 103*(7), 1158-1160.
- Moyer, G. A. (1996). *The relationships among sense of coherence, self-esteem, and self-perception of clinical competence in junior and senior baccalaureate nursing students*. Doctoral Dissertation. Widener University.
- Mullen, P. M., Smith, R. M., & Hill, E. W. (1994). Sense of coherence as a mediator of stress for cancer patients and spouses. *Journal of Psychosocial Oncology, 11*(3), 23-46.
- Myrin, B., & Lagerström, M. (2006). Health behaviour and sense of coherence among pupils aged 14–15. *Scandinavian journal of caring sciences, 20*(3), 339-346.
- Myrin, B., & Lagerström, M. (2008). Sense of coherence and psychosocial factors among adolescents. *Acta Paediatrica, 97*(6), 805-811.
- Naaldenberg, J., Tobi, H., van den Esker, F., & Vaandrager, L. (2011). Psychometric properties of the OLQ-13 scale to measure Sense of Coherence in a community-dwelling older population. *Health and Quality of Life Outcomes, 9*(1), 37.

- Nabi, H., Vahtera, J., Singh-Manoux, A., Pentti, J., Oksanen, T., Gimeno, D., ... & Kivimaki, M. (2008). Do psychological attributes matter for adherence to antihypertensive medication? The Finnish Public Sector Cohort Study. *Journal of hypertension, 26*(11), 2236.
- Naess, S. (1987). *Quality of Life Research: Concepts, Methods and Applikations and Application*. Institute of Applied Social Research.
- Natvig, G. K., Hanestad, B. R., & Samdal, O. (2006). The role of the student: Salutogenic or pathogenic?. *International Journal of Nursing Practice, 12*(5), 280-287.
- Nelson-McEvers, J. A. (1995). Measurement of self-care agency in a noninstitutionalized elderly population.
- Nilsson, B., Holmgren, L., & Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden: gender and psychosocial differences. *Scandinavian journal of primary health care, 18*(1), 14-20.
- Nintachan, P. & Sompongse, P. (2000). The sense of coherence and trait-anxiety of nursing students at Ramathibodi School of Nursing: a four year follow up study during academic year 1994-1997. *Ramathibodi Nursing Journal, 6*(2), 119-132.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). Sensibilitet og refleksjon [Sensitivity and reflection]. *Oslo: Gyldendal akademiske*.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine, 67*(12), 2072-2078.
- Nyamathi, A. M. (1991). Relationship of resources to emotional distress, somatic complaints, and high-risk behaviours in drug recovery and homeless minority women. *Research in nursing & health, 14*(4), 269-277.
- O'Connor, N. A. (1995). *Maieutic dimensions of self-care agency: Instrument development*.

- Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31(1), 1-12.
- Okumura, R., Suzuki, T., Bai, Y., & Mukawa, K. (2012). Stress coping ability in nursing students: studies on the influence factor of Sense of Coherence (SOC). *Japan-hospitals: the journal of the Japan Hospital Association*, (31), 71-79.
- Oliveira, B. R., Collet, N., Viera, C. S. (2006) Humanization in health care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 14(2):277-84.
- Olsson, M., Hansson, K., Lundblad, A. M., & Cederblad, M. (2006). Sense of coherence: definition and explanation. *International Journal of Social Welfare*, 15(3), 219-229.
- Orem, D. E. (1979). Concept formalization in nursing: Process and product. Nursing Development Conference Group.
- Orem, D. (1993). Modelo de Orem. *Conceptos de enfermería en la práctica*. Ed Masson Salvat. Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.
- Ortiz, E. M. (2013). Percepción de sentido de vida en universitarios colombianos/Perception of the Meaning of Life among Colombian University Students. *Pensamiento psicológico*, 11(1), 71-82.
- Ory, M. G. (2008). The resurgence of self-care research: addressing the role of context and culture.
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T., & Rudd, R. R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*, 20(2), 175-184.
- Pallant, J. F., & Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and individual differences*, 33(1), 39-48.

- Pálsson, M. B., Hallberg, I., Norberg, A., & Björvell, H. (1996). Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(1), 19-26.
- Paredes-Carbonell, J. J. (1998). *Promoción de la salud e infección por VIH/SIDA en un establecimiento penitenciario: del conocimiento a la acción*. Tesis Doctoral, Universitat de València.
- Paredes-Carbonell, J. J., Agulló-Cantos, J. M., Vera-Remartínez, E. J., & Hernández-García, M. (2013). Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(3), 87-97.
- Paredes-Carbonell, J. J., Aviñó, A., & Peiró, R. (2009). Informe de buena práctica: Proyecto RIU para el acceso y uso adecuado de servicios de salud. *Valencia: Fundación para la Investigación H. Dr. Peset*.
- Paredes-Carbonell, J. J., Aviñó, D., Peiró, R., Bosch, C., Ramo, I., Palop, V. y Sanz, R. (2011). Proyecto RIU: Un riu de cultures. Un riu de salut. Una propuesta de intervención en salud en entornos vulnerables. *Comunidad*, 13, 34-37.
- Paredes-Carbonell, J. J., Alcaraz, M., López, P., Ramírez, L. M., & El Bokhari, M. M. (2012). una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. *Comunidad*, 14, 29-32.
- Petterson, I. L., Arnetz, B. B., Arnetz, J. E., & Hörte, L. G. (1995). Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses--results from a national questionnaire study. *Psychother Psychosom*. 64(1):20-31.
- Piédrola, G. (2008). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Pisula, E., & Kossakowska, Z. (2010). Sense of coherence and coping with stress among mothers and fathers of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(12), 1485-1494.

- Poppius, E., Tenkanen, L., Hakama, M., Kalimo, R., & Pitkänen, T. (2003). The sense of coherence, occupation and all-cause mortality in the Helsinki Heart Study. *European journal of epidemiology*, 18(5), 389-393.
- Posadzki, P., Stockl, A., Musonda, P., & Tsouroufli, M. (2010). A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviours, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(3), 246-252.
- Posadzki, P., & Glass, N. (2009). Self-efficacy and the sense of coherence: narrative review and a conceptual synthesis. *The Scientific World Journal*, 9, 924-933.
- Proposición no de ley relativa a la promoción de activos para la salud y salutogénesis 161/001724, de 3 de junio de 2013. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados Serie d núm. 282 de 3-6-2013.
- Rajesh, G., Eriksson, M., Pai, K., Seemanthini, S., Naik, D. G., & Rao, A. (2016). The validity and reliability of the Sense of Coherence scale among Indian university students. *Global health promotion*, 23(4), 16-26.
- Rakizadeh, E., & Hafezi, F. (2015). Sense of coherence as a predictor of quality of life among Iranian students living in Ahvaz. *Oman medical journal*, 30(6), 447-454.
- Raphael, D. (2001). Evaluation of quality-of-life initiatives in health promotion. *WHO regional publications. European series*, (92), 123.
- Read, S., Aunola, K., Feldt, T., Leinonen, R., & Ruoppila, I. (2005). The relationship between generalized resistance resources, sense of coherence, and health among Finnish people aged 65-69. *European Psychologist*, 10(3), 244-253.
- Rennemark, M., & Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *Aging & mental health*, 3(1), 79-87.
- Rice, V. H. (2012). *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice*. Sage.

- Richardson, C. G., & Ratner, P. A. (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of epidemiology and community health, 59*(11), 979-984.
- Ristkari, T., Sourander, A., Ronning, J., & Helenius, H. (2006). Self-reported psychopathology, adaptive functioning and sense of coherence, and psychiatric diagnosis among young men. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 41*(7), 523-531.
- Rivera Álvarez, L. N. (2006). Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Revista de salud pública, 8*(3), 235-247.
- Rivera, F., García-Moya, I., Moreno, C., & Ramos, P. (2013). Developmental contexts and sense of coherence in adolescence: A systematic review. *Journal of Health Psychology, 18*(6), 800-812.
- Rivera, F., López, A., Ramos, P., & Rodríguez, M. C. M. (2013). Propiedades psicométricas de la escala sentido de coherencia (soc-29) en adolescentes españoles. *Revista de Psicología da Criança e do Adolescente, 2*(2), 11-39.
- Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., & Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista española de salud pública, 85*(2), 129-139.
- Rodríguez, F., & Abecia, L. C. (2001). Determinantes de la salud. *Promoción de la salud y cambio social, 13-25*.
- Rodríguez Gázquez, M., Arredondo Holguín, E., & Salamanca Acevedo, Y. A. (2013). Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enfermería global, 12*(30), 183-195.
- Roth, G., & Ekblad, S. (2006). A longitudinal perspective on depression and sense of coherence in a sample of mass-evacuated adults from Kosovo. *The Journal of nervous and mental disease, 194*(5), 378-381.

- Ruano Casado, L., & Mercé Valls, E. (2014). Current status of the salutogenesis in Spain. Fifteen years of research. *Enfermería Global*, 2014, num. N° 34, p. 395-405.
- Saboga-Nunes, L., & Sorensen, K. (2013). The European Health Literacy Survey (HLS-EU) and its Portuguese cultural adaptation and validation (HLS-PT). *Atencion Primaria*, 45, 46.
- Sagy, S., & Antonovsky, A. (1992). The family sense of coherence and the retirement transition. *Journal of Marriage and the Family*, 983-993.
- Sagy, S., & Antonovsky, H. (2000). The development of the sense of coherence: A retrospective study of early life experiences in the family. *The International Journal of Aging and Human Development*, 51(2), 155-166.
- Sakano, J., & Yajima, Y. (2005). Factor structure of the SOC scale 13-item version in Japanese university students. [*Nihon koshu eisei zasshi*] *Japanese journal of public health*, 52(1), 34-45.
- Salanova Soria, M., Martínez Martínez, I. M., Bresó Esteve, E., Llorens Gumbau, S., & Grau Gumbau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, 21(1), 170-180.
- Sandell, R., Blomberg, J., & Lazar, A. (1998). The factor structure of Antonovsky's Sense of Coherence Scale in Swedish clinical and nonclinical samples. *Personality and Individual Differences*, 24(5), 701-711.
- Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B., & Petersson, K. (2006). Striving for emotional survival in palliative cancer nursing. *Qualitative health research*, 16(1), 79-96.
- Seltzer, M. A. (1994). *Sense of coherence, perception of stress level, and self-appraisal of health in registered nurse students: a salutogenic perspective*. Doctoral Dissertation. Widener University.

- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida (The stress of life)*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Siles González, J. (1996). *Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana, Alicante.*
- Silarova, B., Nagyova, I., Rosenberger, J., Studencan, M., Ondusova, D., Reijneveld, S. A., & van Dijk, J. P. (2012). Sense of coherence as an independent predictor of health-related quality of life among coronary heart disease patients. *Quality of Life Research*, 21(10), 1863-1871.
- Skärsäter, I., Rayens, M. K., Peden, A., Hall, L., Zhang, M., Ågren, H., & Prochazka, H. (2009). Sense of coherence and recovery from major depression: a 4-year follow-up. *Archives of psychiatric nursing*, 23(2), 119-127.
- Skodova, Z., & Lajciakova, P. (2013). The effect of personality traits and psychosocial training on burnout syndrome among healthcare students. *Nurse Education Today*, 33(11), 1311-1315.
- Slusher, I. L. (1999). Self-care agency and self-care practice of adolescents. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 22(1), 49-58.
- Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., Ohlson, C. G., Theorell, T., & Jones, I. (2000). The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work & stress*, 14(1), 1-15.
- Södergård, B., Halvarsson, M., Sönnernborg, A., Tully, M. P., & Kettis, Å. (2016). The Degree of Readiness among a Population of HIV Infected Patients in Sweden. *HIV Curr Res*, 1(117), 2.
- Söderhamn, O., & Cliffordson, C. (2001). The Internal Structure of the Appraisal of Self-care Agency (ASA) Scale. *Theoria: journal of nursing theory*, 10(4), 5-12.
- Söderhamn, O., Ek, A. C., & Pörn, I. (1996). The self-care ability scale for the elderly. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 3(2), 69-78.



- Söderhamn, O., Evers, G., & Hamrin, E. (1996). A Swedish Version of the Appraisal of Self-Care Agency (ASA) Scale. *Scandinavian journal of caring sciences*, 10(1), 3-9.
- Söderhamn, O., & Holmgren, L. (2004). Testing Antonovsky's sense of coherence (SOC) scale among Swedish physically active older people. *Scandinavian journal of psychology*, 45(3), 215-221.
- Sousa, V. D., Zauszniewski, J. A., Bergquist-Beringer, S., Musil, C. M., Neese, J. B., & Jaber, A. A. F. (2010). Reliability, validity and factor structure of the Appraisal of Self-Care Agency Scale–Revised (ASAS-R). *Journal of evaluation in clinical practice*, 16(6), 1031-1040.
- Souza, V. (2002). Conceptual analysis of self-care agency. *Online Brazilian journal of nursing*, 1(3), 3-12.
- Srouf, A. (2015). *Community sense of coherence, collective narrative perceptions and openness to the “other” group: The case of Muslims-Christians relations in Israel*. Doctoral Dissertation. Ben Gurion University.
- Stacciarini, T. S., & Pace, A. E. (2014). Translation, adaptation and validation of a self-care scale for type 2 diabetes patients using insulin. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 221-229.
- Strang, S., & Strang, P. (2001). Spiritual thoughts, coping and sense of coherence in brain tumour patients and their spouses. *Palliative medicine*, 15(2), 127-134.
- Stankunas, M., Kalediene, R., & Starkuviene, S. (2009). Sense of coherence and its associations with psychosocial health: results of survey of the unemployed in Kaunas. *Medicina (Kaunas)*, 45(10), 807-13.
- Strümpfer, D. J. W., Viviers, M. R., & Gouws, J. F. (1998a). Item-phrasing in Antonovsky's sense of coherence scale related to negative and positive affectivity. *Personality and individual differences*, 24(5), 669-675.

- Strümpfer, D. J. W., Gouws, J. F., & Viviers, M. R. (1998). Antonovsky's Sense of Coherence Scale related to negative and positive affectivity. *European Journal of Personality, 12*(6), 457-480.
- Suárez, Ó., Arguelles, M., Alquézar, L., Aviño, D., Botello, B., Calderón, S., ... & García, E. (2015). Mapas de actividades comunitarias y activos para la salud: ¿Cómo trabajar con ellos?. *Cuadernos de Pediatría Social, 21*, 12-14.
- Sullivan, G. C. (1989). Evaluating Antonovsky's salutogenic model for its adaptability to nursing. *Journal of Advanced Nursing, 14*(4), 336-342.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., & Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of psychosomatic research, 50*(2), 77-86.
- Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., Khaw, K. T., & Day, N. (2003). Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology, 158*(12), 1202-1209.
- Taylor, S. G., Geden, E., Isaramalai, S., & Wongvatunya, S. (2000). Orem's self-care deficit nursing theory: Its philosophic foundation and the state of the science. *Nursing Science Quarterly, 13*(2), 103–110.
- Tebandeke, A. Z. (2008). *The relationship among sense of coherence, job burnout, and health status of hospital psychiatric nurses*. Doctoral dissertation, Walden University.
- Tian, L., Xiyin, L., & Lihong, W. (2009). A study on correlation between self-care behavior and psychological concordance and depression of type 2 diabetes mellitus patients. *Chinese Nursing Research, 1*, 008.
- Togari, T., Yamazaki, Y., Takayama, T. S., Yamaki, C. K., & Nakayama, K. (2008). Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Personality and Individual Differences, 44*(6), 1335-1347.

- Togari, T., & Yamazaki, Y. (2009). The socioeconomic gradient of sense of coherence: From a representative sample survey of 4,800 Japanese people aged 20 to 40. *Bulletin of Social Medicine*, 26(2), 45-52.
- Torsheim, T., Aaroe, L. E., & Wold, B. (2001). Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships?. *Social science & medicine*, 53(5), 603-614.
- Tsuno, Y. S., & Yamazaki, Y. (2007). A comparative study of sense of coherence (SOC) and related psychosocial factors among urban versus rural residents in Japan. *Personality and Individual Differences*, 43(3), 449-461.
- Vaandrager, L., & Kennedy, L. (2017). The Application of Salutogenesis in Communities and Neighborhoods. In *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 159-170). Springer International Publishing.
- Vaandrager, L., Koelen, M., & Dieleman, F. (2017). Perspectives on Salutogenesis of Scholars Writing in Dutch. In *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 363-366). Springer International Publishing.
- Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Síntesis Editorial.
- Välimäki, T., Martikainen, J., Hongisto, K., Fraunberg, M., Hallikainen, I., Sivenius, J., ... & Koivisto, A. M. (2014). Decreasing sense of coherence and its determinants in spousal caregivers of persons with mild Alzheimer's disease in three-year follow-up: ALSOVA study. *International Psychogeriatrics*, 26(07), 1211-1220.
- Van der Colff, J. J., & Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology*, 35(1), 1-10.
- Vastamäki, J., Moser, K., & Paul, K. I. (2009). How stable is sense of coherence? Changes following an intervention for unemployed individuals. *Scandinavian journal of psychology*, 50(2), 161-171.

- Veenstra, M., Moum, T., & Røysamb, E. (2005). Relationships between health domains and sense of coherence: A two-year cross-lagged study in patients with chronic illness. *Quality of Life Research*, 14(6), 1455-1465.
- Vera-Remartínez, E. J., Paredes-Carbonell, J. J., Aviñó Juan-Ulpiano, D., Jiménez-Pérez, M., Araujo Pérez, R., Agulló-Cantos, J. M., & Mora Notario, A. (2016). Sentido de coherencia y mapa de activos para la salud en jóvenes presos de la Comunidad Valenciana en España. *Global health promotion*. 12(2), 1-10.
- Vinje, H. F. (2007). *Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses*. Doctoral Dissertation. University of Bergen.
- Vinje, H. F., & Ausland, L. H. (2013). Salutogenic presence supports a healthpromoting work life. *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(6), 890-901.
- Virúés-Ortega, J., Martínez-Martín, P., del Barrio, J. L., & Lozano, L. M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina clínica*, 128(13), 486-492.
- Volanen, S. M., Suominen, S., Lahelma, E., Koskenvuo, M., & Silventoinen, K. (2007). Negative life events and stability of sense of coherence: a five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian journal of psychology*, 48(5), 433-441.
- Volanen, S. M., Suominen, S., Lahelma, E., Koskenvuo, K., Koskenvuo, M., & Silventoinen, K. (2010). Sense of coherence and intentions to retire early among Finnish women and men. *BMC public health*, 10(1), 22.
- Von Bothmer, M. I., & Fridlund, B. (2003). Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(4), 347-357.
- Wai, M. F. P., & Carvalho, A. M. P. (2014). Occupational stress and sense of coherence in intensive care center nursing. *Journal of Nursing UFPE on line*, 8(10), 3314-3324.

- Wang, C. Y. (1996). The cross-cultural applicability of Orem's conceptual framework. *Journal of cultural diversity*, 4(2), 44-48.
- Wanless, D. (2002). Securing our future health: taking a long-term view. *London: HM Treasury*, 16.
- Ward-Griffin, C., & Bramwell, L. (1990). The congruence of elderly client and nurse perceptions of the clients' self-care agency. *Journal of advanced nursing*, 15(9), 1070-1077.
- West, P., & Isenberg, M. (1997). Instrument development: the mental health-related self-care agency scale. *Archives of psychiatric nursing*, 11(3), 126-132.
- Whetstone, W. R., & Olow Hansson, A. M. (1989). Perceptions of self-care in Sweden: a cross-cultural replication. *Journal of Advanced Nursing*, 14(11), 962-969.
- White, S., Chen, J., & Atchison, R. (2008). Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. *American journal of health behaviour*, 32(3), 227-242.
- Williamson, J. D., & Danaher, K. (1978). Self-care in health.
- Wolff, A. C., & Ratner, P. A. (1999). Stress, social support, and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*, 21(2), 182-197.
- Woolley, M. E., & Bowen, G. L. (2007). In the context of risk: Supportive adults and the school engagement of middle school students. *Family Relations*, 56(1), 92-104.
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter. *Geneva: World Health Organization*.
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health promotion. *Can J Public Health*. 77(6):425-30.
- World Health Organization. (1998). Promoción de la salud: glosario.

- Yang, Y., Hu, P. L., Guo, X. W., y Zhang, Z. M. (2012). On the relationship between left-at-home children's sense of coherence, peer attachment and mental health. *Chinese Journal of Special Education*, 07, 87–91.
- Ying, Y. W., Lee, P. A., & Tsai, J. L. (2000). Cultural orientation and racial discrimination: Predictors of coherence in Chinese American young adults. *Journal of Community Psychology*, 28(4), 427-441.
- Zupiria Gorostidi, X., Uranga Iturriotz, M. J., Alberdi Erize, M. J., & Barandiaran Lasa, M. (2003). KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gaceta Sanitaria*, 17(1), 37-50.



# ANEXOS





## ANEXO 1\_Proposición no de Ley relativa a la Promoción de Activos para la Salud y Salutogénesis.

Grupo  
Parlamentario  
Socialista  
de Cortes  
Generales

Grupo  
Socialista  
del Congreso

Carrera de San  
Jerónimo, 40  
28014 Madrid



### A LA MESA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista me dirijo a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el artículo 193 y siguientes del vigente reglamento del Congreso de los Diputados, presentar la siguiente **Proposición no de Ley relativa a la Promoción de Activos para la Salud y Salutogénesis; emergentes en Salud Pública** para su debate en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales.

En el Palacio del Congreso de los Diputados, a 22 de mayo de 2013

LA DIPUTADA  
Gracia Fernández Moya

LA DIPUTADA  
Consuelo Rumi Ibáñez

PORTAVOZ DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA  
111/ 86/ovr





11. Cuando algo sucede has comprobado que por lo general:

1	2	3	4	5	6	7
Le dio más importancia o menos de la que en verdad tenía					Dio a las cosas la importancia justa	

12. ¿Con que frecuencia tienes la sensación de que tienen poco sentido las cosas que haces en tu vida cotidiana?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo					Rara vez o nunca	

13. ¿Con que frecuencia tienes sentimientos que no estás seguro/a de poder controlar?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo					Rara vez o nunca	

## ANEXO 3\_ Instrumento *Appraisal of Self-care Agency Scale*. Versión en castellano.

### CUESTIONARIO ASA-S, de 24 elementos (CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO)

A continuación se presentan unas preguntas a las que puedes contestar del 1 al 5 con la idea que mejor se ajuste a tu respuesta, siendo:

**1 Totalmente desacuerdo**

**5 Totalmente de acuerdo**

1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.

1                      2                      3                      4                      5

2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas

1                      2                      3                      4                      5

3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda

1                      2                      3                      4                      5

4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo

1                      2                      3                      4                      5

5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud

1                      2                      3                      4                      5

6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo

1                      2                      3                      4                      5

7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora

1                      2                      3                      4                      5

8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio

1                      2                      3                      4                      5

9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios

1                      2                      3                      4                      5

10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser

1                      2                      3                      4                      5

11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo

1                      2                      3                      4                      5

12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre

1                      2                      3                      4                      5

13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado

1                      2                      3                      4                      5

14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo

1                      2                      3                      4                      5

15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio

1                      2                      3                      4                      5

16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud

1                      2                      3                      4                      5

17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios

1                      2                      3                      4                      5

18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos ningún peligro

1                      2                      3                      4                      5

19. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud

1                      2                      3                      4                      5

20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme

1                      2                      3                      4                      5

21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer

1                      2                      3                      4                      5

22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda

1                      2                      3                      4                      5

23. Puedo sacar tiempo para mí

1                      2                      3                      4                      5

24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta

1                      2                      3                      4                      5



## ANEXO 4\_Autorización de la Secretaría Autonómica de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport.

Resolució de 25 de febrer de 2016 del Secretari Autonòmic d'Educació i Investigació de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport per la qual s'autoritza el Projecte d'Investigació Educativa: "**Sentit de coherència i nivell d'autocura en alumnat de cures auxiliars infermeria**", dirigit i presentat per **Na Anna Natura Colomer Pérez**, Professora tècnica de Formació Professional de la família de Sanitat i Professora Associada a la Facultat d'Infermeria i Podologia de la Universitat de València.

Vista la sol·licitud, de Na Anna Natura Colomer Pérez; i segons les competències que em confereix el Decret 155/2015 de 18 de setembre, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament Orgànic de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport.

### RESOLC

1º Autoritzar la realització del projecte de recerca anteriorment citat als centres educatius, de la titularitat de la Generalitat Valenciana, relacionats al annex I d'aquesta resolució.

2º La Secretaria Autonòmica d'Educació i Investigació comunicarà, aquesta autorització, juntament amb la documentació del projecte, al Director Territorial que correspon als centres docents que participen en el projecte per a ser notificats. Una vegada rebuda la documentació, el director/a del centre sol·licitarà al Consell Escolar l'autorització perquè es pugui emplenar total o parcialment el qüestionari per part dels alumnes seleccionats.

3º. Aquest projecte d'investigació haurà de comptar amb l'autorització prèvia dels pares dels alumnes que participen en el mateix, havent de garantir-se en tot cas la confidencialitat de les seues respostes i la protecció de dades segons la normativa aplicable a aquest efecte.

4º La participació del professorat i de l'alumnat en aquest projecte és així mateix voluntària i s'emmarca en l'autonomia pedagògica i organitzativa que li confereix la normativa vigent als centres educatius. Així, serà l'equip investigador el que es dirigisca als centres educatius per a proposar-los la seua participació en aquest projecte, podent mostrar la present autorització als directors dels mateixos.

5º Qualsevol canvi en el o els qüestionaris, així com dels centres on siguen aplicats, haurà de ser notificat a aquesta secretaria.

6º La Llei 30/1992, de 26 de novembre, de Règim Jurídic de les Administracions Públiques i Procediment Administratiu Comú (BOE núm. 285, de 27.11.92) i en els articles 10, 14 i 46 de la Llei 29/1998, de 13 de juliol, reguladora de la Jurisdicció Contenciós-Administrativa (BOE núm.167, de 14.07.98), el present acte posa fi a la via administrativa, podent ser recorregut potestativament en reposició o bé caldrà plantejar de forma directa el recurs contenciós- administratiu en els terminis i davant els òrgans que s'indiquen a continuació:

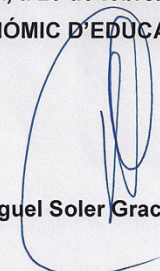
a) El recurs de reposició haurà d'interposar-se davant el Secretari Autonòmic d'Educació i Investigació de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport, en el termini d'un mes a comptar des de l'endemà de la seua notificació.

b) El recurs contenciós-administratiu haurà de plantejar-se davant el Tribunal Superior de Justícia de la Comunitat Valenciana en el termini de dos mesos a comptar des de l'endemà de la seua notificació.

El que pose en el seu coneixement i als efectes oportuns.

València, a 25 de febrer de 2016

EL SECRETARI AUTONÒMIC D'EDUCACIÓ I INVESTIGACIÓ

  
Miguel Soler Gracia



Resolució de 25 de febrer de 2016 del Secretari Autòmic d'Educació i Investigació de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport per la qual s'autoritza el Projecte d'Investigació Educativa: "**Sentit de coherència i nivell d'autocura en alumnat de cures auxiliars infermeria**", dirigit i presentat per **Na Anna Natura Colomer Pérez**, Professora tècnica de Formació Professional de la família de Sanitat i Professora Associada a la Facultat d'Infermeria i Podologia de la Universitat de València.

#### ANNEX I

Llistat de centres a on s'autoritza el pase dels questionaris:

- IES Leonardo da Vinci (Alacant)
- CIPFP Batoi (Alcoi)
- IES l'Almadrava (Benidorm)
- IES Federica Montseny (Burjassot)
- IES Santiago Grisolia (Callosa del Segura)
- IES Matilde Salvador (Castelló de la Plana)
- IES La Melva (Elda)
- IES La Torre (Elx)
- IES Tirant lo Blanc (Gandia)
- CIPFP Mislata (Mislata)
- IES Enrique Tierno Galván (Moncada)
- IES Jaume I (Ontinyent)
- IES Jorge Juan (Sagunt-Puerto de Sagunt)
- CIPFP Canastell (Sant Vicent del Raspeig)
- IES Enric Valor (Silla)
- IES Les Llacunes (Torrevieja)
- IES Miguel Ballesters Viana (Utiel)
- CIPFP Ausiàs March (València)
- CIPFP Ciutat de l'Aprenent (València)
- IES Alfons XII (la Vall d'Alba)
- IES José Vilaplana (Vinaròs)
- IES núm. 1 (Xàvia)
- CIPFP la Costera (Xàtiva)





CONSELLERIA DE EDUCACIÓN,  
INVESTIGACIÓN, CULTURA Y  
DEPORTE  
SECRETARÍA AUTONÓMICA  
DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

Av. de Campanar, 32  
46015 - València  
Tlf: 961970114  
Fax: 961970001

Registre General	
Data	1.03.16
Eixida	2016/ 6017 05ED01Z/2016/ 466/S

**Na Anna Natura Colomer Pérez**  
C. Santa Teresa nº2 4rt 7ª  
46600 ALZIRA  
VALENCIA

SAEI: IS/XG

**Assumpte: Autorització Projecte d'Investigació "Sentit de Coherència i nivell d'Autocura en alumnat de cures auxiliars infermeria".**

En contestació a la seua sol·licitud d'Autorització per a l'accés a centres per tal d'aplicar un Projecte d'Investigació Educativa, adjunta remetem resolució de 25 de febrer de 2016 del Secretari Autonòmic d'Educació i Investigació de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport, mitjançant la qual s'autoritza l'accés a:

- IES Leonardo da Vinci (Alacant)
- CIPFP Batoi (Alcoi)
- IES l'Almadrava (Benidorm)
- IES Federica Montseny (Burjassot)
- IES Santiago Grisolia (Callosa del Segura)
- IES Matilde Salvador (Castelló de la Plana)
- IES La Melva (Elda)
- IES La Torreia (Elx)
- IES Tirant lo Blanc (Gandia)
- CIPFP Mislata (Mislata)
- IES Enrique Tierno Galván (Moncada)
- IES Jaume I (Ontinyent)
- IES Jorge Juan (Sagunt-Puerto de Sagunt)
- CIPFP Canastell (Sant Vicent del Raspeig)
- IES Enric Valor (Silla)
- IES Les Llacunes (Torrevieja)
- IES Miguel Ballesters Viana (Utiel)
- CIPFP Ausiàs March (València)
- CIPFP Ciutat de l'Aprenent (València)
- IES Alfons XII (la Vall d'Alba)
- IES José Vilaplana (Vinaròs)
- IES núm. 1 (Xàvia)
- CIPFP la Costera (Xàtiva)

per aplicar el Projecte d'Investigació Educativa anteriorment esmentat, sol·licitat per **Na Anna Natura Colomer Pérez**.

El que li comunique per al seu coneixement i als efectes adients.

València, 26 de febrer de 2016

**Assessora d'Asumptes Generals**  
**Secretaria Autònoma d'Educació i Investigació**



**Inmaculada Sánchez Velasco**

## ANEXO 5\_Carta de presentación al profesorado con indicaciones para la correcta administración del cuestionario.

Estimats/des companys/es,

El meu nom és Natura Colomer i sóc també professora de la vostra especialitat a l'IES Federica Montseny de Burjassot, i professora associada de la Universitat de València.

Em pose en contacte amb vosaltres -com a tutors/es dels grups de 1er del Cicle de Tècnic/a en Cures Auxiliars d'Infermeria- per sol·licitar la vostra important col·laboració amb la investigació que estem duent a terme conjuntament amb la Facultat d'Infermeria de la Universitat de València. El present estudi ha estat autoritzat per la Secretaria Autònoma d'Educació i Investigació de la Conselleria d'Educació, Cultura i Esport (adjunte arxiu).

En l'estudi tractem d'investigar la capacitat d'autocures i altres aspectes rellevants de l'alumnat del Cicle de TCAI als 23 centres públics on s'imparteix el mateix, i per tant, hem d'administrar un qüestionari que vos adjunte a continuació amb un link. És un qüestionari curt i fàcil de respondre en tan sols 15 minuts; això sí, l'alumnat necessita accés a un ordinador/mòbil amb internet. I és per aquest motiu que sol·licite la vostra ajuda, perquè pugau facilitar aquest accés i que l'alumnat el puga emplenar en una sessió de classe; d'una altra manera, serà prou difícil que accedeixen pel seu propi compte. El link del qüestionari que han d'omplir és el següent (només punxant sobre el mateix podran accedir i omplir-lo, les respostes s'emmagatzemen automàticament):

<https://docs.google.com/forms/d/17US428eGQuKwTfM0Vk02-nuNG0F1RhIDG8HH9-yjpWA/viewform>

D'aquesta manera, vos comente les possibilitats que estem duent a cap en alguns centres:

**1. Mòbil personal de l'alumnat.** En hora de tutoria, podeu facilitar el link a través de: grup de *WhatsApp* de la classe (si existeix) o *google Drive*, així des del seu propi mòbil accedeixen al link sense problemes i l'omplen fàcilment.

**2. Aula informàtica.** Ho estan fent en desdoblaments de TBE/HMH on un/a professor/a es queda en taller/classe i el/la altre/a els acompanya a l'aula d'informàtica, en dues tandes o al complet (depenent de la capacitat de la mateixa). El link es pot facilitar a l'alumnat de la mateixa manera que el professorat comparteix documents de classe, en alguns casos via *google Drive*, en altres amb el *Moodle* de l'institut. Si finalment no hi ha la possibilitat de compartir -i encara que una miqueta més costós per a ells/es-, també es pot projectar amb el canó i que el copien a l'ordinador.

**3. Classes amb pocs ordinadors.** A l'hora de tutoria també, part de l'alumnat pot utilitzar el o els ordinadors de classe per torns i al mateix temps els seus propis mòbils. El que vos resulte més còmode per a tots/es.

Per tot això vos escric, per demanar-vos l'ajuda, sense la qual és prou difícil que l'alumnat puga accedir al qüestionari i tinga la voluntat de participar en la investigació. Vos agraisc d'avantmà la vostra voluntariosa participació i per descomptat vos farem arribar els resultats de l'estudi. Espere que ens puga servir a tot el professorat per poder innovar i millorar aspectes curriculars d'aquest cicle formatiu en què desenvolupem la nostra tasca docent.

PD: Per a qualsevol dubte, em teniu a la vostra disposició en aquest *e-mail* i al meu mòbil personal. Agrairia moltíssim la confirmació de la rebuda del present correu i que haveu procedit a la seua difusió.

Una afectuosa salutació,

---

Estimados/as compañeros/as,

Mi nombre es Natura Colomer y soy también profesora de vuestra especialidad en el IES Federica Montseny de Burjassot, Valencia y i professora associada de la Universitat de València.

Me pongo en contacto con vosotros/as -como tutor/a del grupo de 1º del Ciclo de Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería- para solicitar vuestra importante colaboración con la investigación que estamos llevando a cabo junto con la Facultat d'Infermeria de la Universitat de València. El presente estudio ha sido autorizado por la Secretaría Autonómica de Educación e Investigación de la Conselleria d'Educació, Cultura i Esport (adjunto archivo).

En el estudio tratamos de investigar la capacidad de autocuidados y otros aspectos relevantes del alumnado del Ciclo de TCAE en los 23 centros públicos donde se imparte el mismo, y por lo tanto, tenemos que administrar un cuestionario que te adjunto a continuación con un link. Es un cuestionario corto y fácil de responder por el alumnado en apenas 15 minutos; eso sí, necesitan acceso a un ordenador/móvil e internet. Y es por este motivo que solicito vuestra ayuda, para que podáis facilitar dicho acceso y que lo puedan rellenar en una sesión de clase y/o tutoría, de otro modo, será bastante difícil que accedan por su propia cuenta. El link del cuestionario que deben cumplimentar es el siguiente (sólo pinchando sobre el mismo podrán acceder y rellenarlo, las respuestas se almacenan automáticamente):

<https://docs.google.com/forms/d/17US428eGQuKwTfM0Vk02-nuNG0F1RhIDG8HH9-yjpWA/viewform>

De este modo, os comento las posibilidades que estamos realizando en algunos centros:

1. **Móvil personal del/la alumno/a.** En hora de tutoría, podéis facilitar el link a través de: grupo de Whatsapp de la clase (si existe) o google Drive, así desde su propio móvil acceden al link sin problemas y lo rellenan fácilmente.
2. **Aula informática.** Lo están realizando en desdobles de TBE/HMH donde un/a profesor/a se queda en taller/clase y el/la otro/a los acompaña al aula de informática, en dos tandas o al completo (dependiendo de la capacidad de la misma). El link se puede facilitar al alumnado de la misma forma que el profesorado comparte documentos de clase, en algunos casos vía google Drive, en otros con el Moodle del instituto. En última instancia, si no existe la posibilidad de compartir y aunque un poquito más costoso para ellos/as, también se puede proyectar y que lo copien en el ordenador.
3. **Clases con pocos ordenadores.** En la hora de tutoría también, parte del alumnado puede utilizar el o los ordenadores de clase por turnos y al mismo tiempo sus propios móviles. Lo que os resulte más cómodo para todos/as.

Por todo ello os escribo para pedir vuestra ayuda, sin la cuál es bastante difícil que el alumnado pueda acceder al cuestionario y tenga la voluntad de participar en la investigación. Os agradezco de antemano vuestra voluntariosa participación, os haremos llegar los resultados del estudio y espero que nos puedan servir a todo el profesorado para poder innovar y mejorar aspectos curriculares de este ciclo formativo en el que desarrollamos nuestra labor docente.

PD: Para cualquier duda, me tenéis a vuestra disposición en este *e-mail* y en mi móvil personal. Agradecería muchísimo la confirmación de que habéis recibido el presente correo y que habéis procedido a su difusión.

Un afectuoso saludo,

**Natura Colomer**

**Teléfono personal: 652 XXX XXX**

PDI Facultat Infermeria i Podologia

c/Jaume Roig s/n - 46010- VLC - Spain

Tel. +34 963 864 761 / Despatx 2.8

[natura.colomer@uv.es](mailto:natura.colomer@uv.es)

UNIVERSITAT  VALÈNCIA  Facultat d'Infermeria i Podologia



## ANEXO 6\_Documento recordatorio para el profesorado.

Benvolguts/des companys/es,

Fa una setmana vau rebre el *e-mail* anterior on vos demanàvem la col·laboració en la investigació que està duent a terme la *Universitat de València* sobre el nostre alumnat de TCAI. Vos escric de nou recordant-vos-la i sol·licitant que vos animeu a acompanyar el vostre alumnat de tutoria a que pugua omplir el qüestionari del nostre estudi. És molt curt i fàcil, ho poden omplir disposant de 15 minuts en l'hora destinada a la tutoria i amb els seus propis dispositius mòbils es pot realitzar amb èxit la participació; només heu de fer-los arribar el link següent:

<https://docs.google.com/forms/d/17US428eGQuKwTfM0Vk02-nuNG0F1RhIDG8HH9-yjpWA/viewform>

No podem millorar la qualitat docent si no tenim informació i aquesta ens arriba a través dels estudis que voluntàriament emprenem, com el present.

Moltes gràcies d'avantmà per la vostra ajuda.  
Salutacions cordials,

---

Estimados/as compañeros/as,

Hace una semana recibisteis el *e-mail* anterior donde os solicitábamos la colaboración para la investigación que está llevando a cabo la *Universitat de València* sobre nuestro alumnado de TCAE. Os escribo de nuevo recordándoosla y solicitando que os animéis y que acompañéis al alumnado de vuestra tutoría a que implemente el cuestionario de nuestro estudio. Es muy corto y fácil de rellenar, disponiendo de 15 minutos en la hora destinada a la tutoría y mediante sus propios dispositivos móviles se puede realizar con éxito la participación; sólo tenéis que hacerles llegar el link siguiente:

<https://docs.google.com/forms/d/17US428eGQuKwTfM0Vk02-nuNG0F1RhIDG8HH9-yjpWA/viewform>

No podemos mejorar la calidad docente si no tenemos información y esta nos llega a través de los estudios que voluntariamente emprendemos, como el presente.

Muchas gracias de antemano por vuestra ayuda.  
Saludos cordiales,

**Natura Colomer**

**Telèfon personal: 652 XXX XXX**

PDI Facultat Infermeria i Podologia

c/Jaume Roig s/n - 46010- VLC - Spain

Tel. +34 963 864 761 / Despatx 2.8

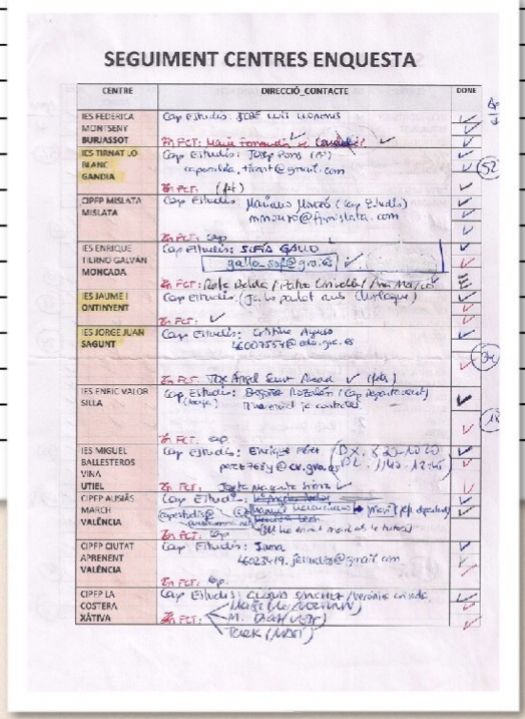
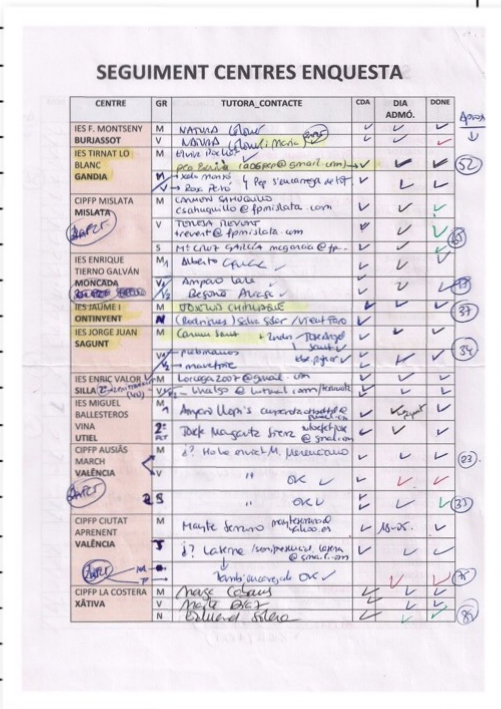
[natura.colomer@uv.es](mailto:natura.colomer@uv.es)

UNIVERSITAT [UV] VALÈNCIA Facultat d'Infermeria i Podologia

# ANEXO 7\_Hojas de seguimiento de contactos con equipos directivos y tutores/as para la administración de los cuestionarios.

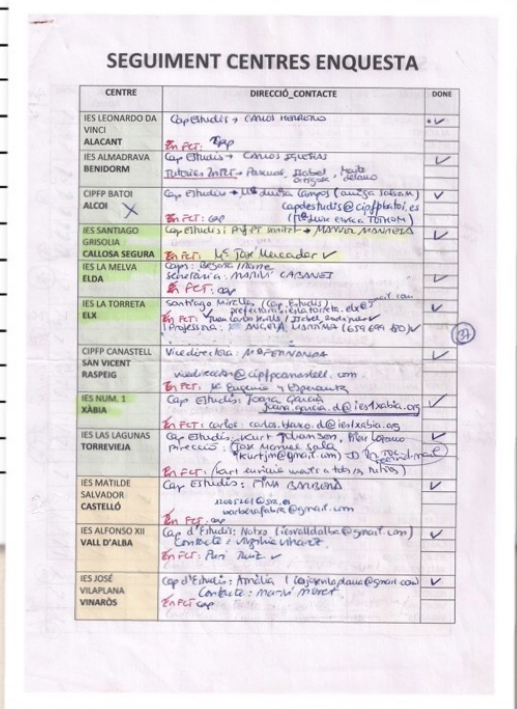
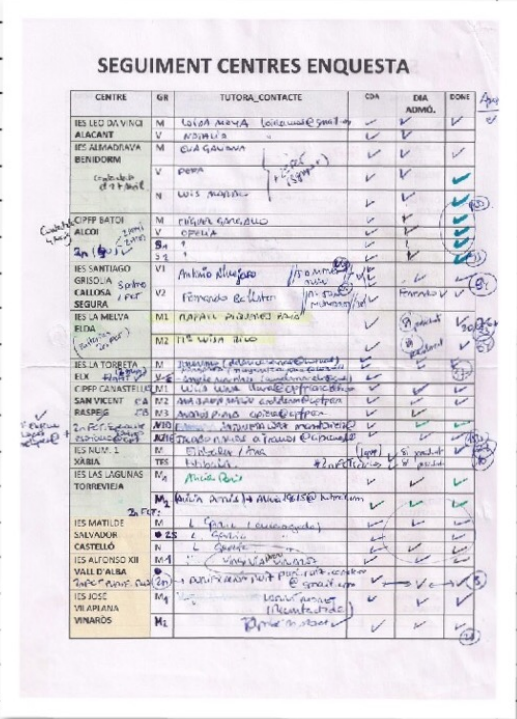
## SEGUIMENT CENTRES ENQUESTA

CENTRE	GR	TUTORA_CONTACTE	CDA	DIA ADMÓ.	DONE
IES FEDERICA MONTSENY BURJASSOT	M				
	V				
	N				
IES TIRNAT LO BLANC GANDIA	M				
	V				
	N				
CIPFP MISLATA MISLATA	M				
	V				
	N				
IES ENRIQUE TIERNO GALVÁN MONCADA	M				
	V				
	N				
IES JAUME I ONTINYENT	M				
	V				
	N				
IES JORGE JUAN SAGUNT	M				
	V				
	N				
IES ENRIC VALOR SILLA	M				
	V				
	N				
IES MIGUEL BALLESTEROS VIANA UTIEL	M				
	V				
	N				
CIPFP AUSIÀS MARCH VALÈNCIA	M				
	V				
	N				
CIPFP CIUTAT APRENTENT VALÈNCIA	M				
	V				
	N				
CIPFP LA COSTERA XÀTIVA	M				
	V				
	N				



# SEGUIMENT CENTRES ENQUESTA

CENTRE	GR	TUTORA_CONTACTE	CDA	DIA ADMÓ.	DONE
IES LEONARDO DA VINCI ALACANT	M				
	V				
	N				
IES ALMADRAVA BENIDORM	M				
	V				
	N				
CIPFP BATOI ALCOI	M				
	V				
	N				
IES SANTIAGO GRISOLIA CALLOSA SEGURA	M				
	V				
	N				
IES LA MELVA ELDA	M				
	V				
	N				
IES LA TORRETA ELX	M				
	V				
	N				
CIPFP CANASTELL SAN VICENT RASPEIG	M				
	V				
	N				
IES NUM. 1 XÀBIA	M				
	V				
	N				
IES LAS LAGUNAS TORREVIEJA	M				
	V				
	N				
IES MATILDE SALVADOR CASTELLÓ	M				
	V				
	N				
IES ALFONSO XII VALL D'ALBA	M				
	V				
	N				
IES JOSÉ VILAPLANA VINARÒS	M				
	V				
	N				





## ANEXO 8\_Documento informativo y garantía de confidencialidad para las personas participantes.

### SENTIDO DE COHERENCIA Y CAPACIDAD DE AUTOCAUIDADO EN ESTUDIANTES DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Facultat d'Infermeria i Podologia

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA



#### INFORMACIÓN RELEVANTE A LA INVESTIGACIÓN

El/la Profesor/Profesora tutor/a de mi grupo, me ha explicado que:

Anna Natura Colomer Pérez es una profesora de la especialidad de procedimientos sanitarios y asistenciales de enseñanza secundaria y profesora e investigadora asociada de la Facultat d'Infermeria i Podologia de la Universitat de València. Y que requiere mi colaboración, que consiste en una participación voluntaria para cumplimentar, confidencial y anónimamente, un cuestionario *online* que comprende una duración entre 10-15 minutos y que mi tutor/a ofrecerá la administración durante la sesión de tutoría de mi grupo.

Además, se me ha aportado información y detallado los siguientes aspectos de la investigación que dicha profesora está llevando a cabo:

#### **Identificación, descripción y objetivos del procedimiento.**

La investigadora Anna Natura Colomer Pérez, realiza una investigación para estudiar aspectos relacionados con la Salutogenesis y la promoción de la salud del alumnado de Ciclo de Grado Medio de Formación Profesional en Cuidados Auxiliares de Enfermería en centros públicos de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport. El objetivo principal de este estudio es determinar cuáles son los factores esenciales que definen aspectos relacionados con la salud y también mejorar e innovar en las metodologías de enseñanza-aprendizaje en el Ciclo de TCAE y por consiguiente, mejorar las competencias de futuros/as profesionales.

#### **Protección de datos personales y confidencialidad.**

El cuestionario es anónimo y la información que nos proporciones sólo se utilizará para los fines del estudio. Los datos serán anonimizados y se tratarán siguiendo las recomendaciones de la Agencia Estatal de Protección de Datos basadas en la Ley Orgánica 15/1999 y la directiva Europea sobre protección de datos 95/46/CE. Los datos serán guardados de forma segura y únicamente la investigadora podrá acceder a los mismos mediante acceso con contraseña segura. Cualquier acceso que no corresponda a la investigación se considerará no autorizado y provocará el inicio de las acciones legales pertinentes. El estudio ha obtenido los permisos de la Secretaria Autonòmica d'Educació i Investigació.

Si deseas recibir más información sobre el estudio, o consultar dudas en general, puedes dirigirte a la investigadora principal, Natura Colomer, en: [natura.colomer@uv.es](mailto:natura.colomer@uv.es)

## ANEXO 9\_Tabla Resumen de evidencia científica entre SOC, ASA y las variables del estudio<sup>47</sup>

INSTRUMENTO	VARIABLES a estudio
<p style="text-align: center;"><b>SOC</b></p> <p><i>Sense of Coherence Scale</i></p>	Edad (> 45 años)
	Situación laboral en activo
	Bajo nivel de ingresos (renta percibida)
	Entorno geográfico urbano
	Alto rendimiento académico
	Motivación vocacional en la elección de estudio
<p style="text-align: center;"><b>ASA</b></p> <p><i>Appraisal of Self-care Agency Scale</i></p>	Mujeres
	Edad (> 45 años)
	Situación laboral en activo
	Elevado nivel de ingresos (renta percibida)
	Alto rendimiento académico
	Motivación vocacional en la elección de estudio

<sup>47</sup> Las variables recogidas en la tabla se relacionan con **elevados** niveles de SOC y ASA

## ANEXO 10\_Materiales para el desarrollo de la propuesta preliminar de intervención educativa en estudiantes de TCAE.

### El Modelo de *Self-tuning* para trabajar en CAE

Buscando respuestas significativas

Preguntas	Mis respuestas
¿Y ahora qué?	
¿Qué necesito? Recursos materiales, personales, emocionales...	
¿Que aportará salud y bienestar en esta situación? Para mis usuarios/as. Para mí.	
¿Con quien necesitaría hablar sobre todo esto que está sucediendo?	
¿Qué suelo hacer en situaciones parecidas y que hasta la fecha ha funcionado?	
¿Qué más es importante?	
¿Cómo creo que me sentiré si esto termina correctamente? ¿Y si no?	
¿Quién o qué puede ayudarme?	

**Material 1. Ficha individual para registrar respuestas en el Modelo Self-tunig en una intervención educativa. Colomer, 2017.**

## ¿Qué me genera bienestar y salud?

### *Mapeando mis activos para la salud*

Categorías	Necesidades	Recursos
<b>Mi interior</b>		
<i>Mis habilidades y talentos son...</i>		
<b>Mis vínculos</b>		
<b>Mis grupos sociales</b>		
<b>Mis grupos profesionales</b>		
<b>Asociaciones en las que participo</b>		
<b>Instituciones en las que participo</b>		
<b>Infraestructuras que utilizo</b>		
<b>Mi entorno laboral / de estudiante</b>		
<b>Espacios / lugares físicos</b>		

**Material 2. Ficha individual para registrar necesidades y recursos generales y específicos de resistencia en una intervención educativa.** Paredes & Colomer, 2017.

## ¿Qué podemos hacer para generarnos bienestar y salud?

### *Mapeando nuestros activos para la salud*

Categorías	Enunciados_Propuestas
Activos Intrapersonales	Ej: Promover mi autocuidado mental
Activos Interpersonales	Ej: Facilitar encuentros con mi familia extensa
Activos Extrapersonales: instituciones y asociaciones	Ej: Ir al ensayo de la banda de música
Activos Extrapersonales: Lugares y espacios físicos	Ej:Apuntarme a un grupo de senderismo

**Material 3. Ficha grupal para registrar los enunciados positivos y propuestas en una intervención educativa.** Paredes & Colomer, 2017.

## ¿Cómo vamos a promover nuestra salud y bienestar?

*Planificando la Dinamización de nuestros activos para la salud*

Intervención	Descripción	Temporalización
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
(...)		

**Material 4. Ficha grupal para elaborar el Plan de Dinamización de Activos para la salud en una intervención educativa. Paredes & Colomer, 2017.**

## ANEXO 11\_Tablas del análisis cuantitativo realizado sobre los activos para la salud.

Activos Interpersonales	Otros	Recuento	Género		
			Hombre	Mujer	Total
			7	34	41
		% dentro de ASInter	17,1%	82,9%	100,0%
		% dentro de género	4,1%	4,5%	4,5%
		% del total	,8%	3,7%	4,5%
	<b>Pareja</b>	Recuento	24	102	126
		% dentro de ASInter	19,0%	81,0%	100,0%
		% dentro de género	14,1%	13,6%	13,7%
		% del total	2,6%	11,1%	13,7%
	<b>Amistades</b>	Recuento	22	37	59
		% dentro de ASInter	37,3%	62,7%	100,0%
		% dentro de género	12,9%	4,9%	6,4%
		% del total	2,4%	4,0%	6,4%
	<b>Familia nuclear simple ascendente</b>	Recuento	40	125	165
		% dentro de ASInter	24,2%	75,8%	100,0%
		% dentro de género	23,5%	16,6%	17,9%
		% del total	4,3%	13,6%	17,9%
	<b>Familia nuclear simple descendente</b>	Recuento	13	100	113
		% dentro de ASInter	11,5%	88,5%	100,0%
		% dentro de género	7,6%	13,3%	12,3%
		% del total	1,4%	10,9%	12,3%
	<b>Familia extensa</b>	Recuento	42	232	274
		% dentro de ASInter	15,3%	84,7%	100,0%
		% dentro de género	24,7%	30,9%	29,8%
		% del total	4,6%	25,2%	29,8%
	<b>Familia + Amistades</b>	Recuento	22	121	143
		% dentro de ASInter	15,4%	84,6%	100,0%
		% dentro de género	12,9%	16,1%	15,5%
		% del total	2,4%	13,1%	15,5%

		Género			
		Hombre	Mujer	Total	
<b>Activos Intrapersonales</b>	<b>Otros</b>	Recuento	155	670	825
		% dentro de ASSETINTRAPERSONAL	18,8%	81,2%	100,0%
		% dentro de género	91,2%	89,2%	89,6%
		% del total	16,8%	72,7%	89,6%
	<b>Cuidar a los demás</b>	Recuento	11	71	82
		% dentro de ASSETINTRAPERSONAL	13,4%	86,6%	100,0%
		% dentro de género	6,5%	9,5%	8,9%
		% del total	1,2%	7,7%	8,9%
	<b>Autocuidados</b>	Recuento	4	10	14
		% dentro de ASSETINTRAPERSONAL	28,6%	71,4%	100,0%
		% dentro de género	2,4%	1,3%	1,5%
		% del total	,4%	1,1%	1,5%
<b>Total</b>	Recuento	170	751	921	
	% dentro de ASSETINTRAPERSONAL	18,5%	81,5%	100,0%	
	% dentro de género	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	18,5%	81,5%	100,0%	



Activos Extrapersonales Grupos / Instituciones		Género		
		Hombre	Mujer	Total
<b>No refiere / Refiere ninguno</b>	Recuento	26	105	131
	% dentro de ASGruposInstituciones	19,8%	80,2%	100,0%
	% dentro de género	15,3%	14,0%	14,2%
	% del total	2,8%	11,4%	14,2%
<b>Voluntariado</b>	Recuento	9	38	47
	% dentro de ASGruposInstituciones	19,1%	80,9%	100,0%
	% dentro de género	5,3%	5,1%	5,1%
	% del total	1,0%	4,1%	5,1%
<b>Instituciones educativas</b>	Recuento	4	28	33
	% dentro de ASGruposInstituciones	12,1%	87,9%	100,0%
	% dentro de género	2,4%	3,9%	3,6%
	% del total	,4%	3,1%	3,6%
<b>Instituciones deportivas</b>	Recuento	39	103	142
	% dentro de ASGruposInstituciones	27,5%	72,5%	100,0%
	% dentro de género	22,9%	13,7%	15,4%
	% del total	4,2%	11,2%	15,4%
<b>Instituciones lúdicas y de ocio</b>	Recuento	20	75	95
	% dentro de ASGruposInstituciones	21,1%	78,9%	100,0%
	% dentro de género	11,8%	10,0%	10,3%
	% del total	2,2%	8,1%	10,3%
<b>Instituciones religiosas</b>	Recuento	1	13	14
	% dentro de ASGruposInstituciones	7,1%	92,9%	100,0%
	% dentro de género	,6%	1,7%	1,5%
	% del total	,1%	1,4%	1,5%
<b>Instituciones musicales y artísticas</b>	Recuento	15	48	63
	% dentro de ASGruposInstituciones	23,8%	76,2%	100,0%
	% dentro de género	8,8%	6,4%	6,8%
	% del total	1,6%	5,2%	6,8%
<b>Grupos social y familiar</b>	Recuento	56	340	396
	% dentro de ASGruposInstituciones	14,1%	85,9%	100,0%
	% dentro de género	32,9%	45,3%	43,0%
	% del total	6,1%	36,9%	43,0%

Activoa Extrapersonales Espacios físicos /Lugares			Género		Total
			Hombre	Mujer	
<b>No refiere / Refiere ninguno</b>	Recuento		18	58	76
	% dentro de ASLugares		23,7%	76,3%	100,0%
	% dentro de género		10,6%	7,7%	8,3%
	% del total		2,0%	6,3%	8,3%
<b>Espacio natural de montaña</b>	Recuento		26	99	125
	% dentro de ASLugares		20,8%	79,2%	100,0%
	% dentro de género		15,3%	13,2%	13,6%
	% del total		2,8%	10,7%	13,6%
<b>Espacio natural de playa</b>	Recuento		20	111	131
	% dentro de ASLugares		15,3%	84,7%	100,0%
	% dentro de género		11,8%	14,8%	14,2%
	% del total		2,2%	12,1%	14,2%
<b>Montaña + Playa</b>	Recuento		7	70	77
	% dentro de ASLugares		9,1%	90,9%	100,0%
	% dentro de género		4,1%	9,3%	8,4%
	% del total		,8%	7,6%	8,4%
<b>Espacios urbanos</b>	Recuento		10	49	59
	% dentro de ASLugares		16,9%	83,1%	100,0%
	% dentro de género		5,9%	6,5%	6,4%
	% del total		1,1%	5,3%	6,4%
<b>Espacios deportivos</b>	Recuento		19	44	63
	% dentro de ASLugares		30,2%	69,8%	100,0%
	% dentro de género		11,2%	5,9%	6,8%
	% del total		2,1%	4,8%	6,8%
<b>Espacios lúdicos</b>	Recuento		43	196	239
	% dentro de ASLugares		18,0%	82,0%	100,0%
	% dentro de género		25,3%	26,1%	26,0%
	% del total		4,7%	21,3%	26,0%
<b>Espacios espirituales / religiosos</b>	Recuento		2	4	6
	% dentro de ASLugares		33,3%	66,7%	100,0%
	% dentro de género		1,2%	,5%	,7%
	% del total		,2%	,4%	,7%
<b>Espacios educativos</b>	Recuento		4	11	15
	% dentro de ASLugares		26,7%	73,3%	100,0%
	% dentro de género		2,4%	1,5%	1,6%
	% del total		,4%	1,2%	1,6%
<b>Espacios culturales</b>	Recuento		0	14	14
	% dentro de ASLugares		0,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de género		0,0%	1,9%	1,5%
	% del total		0,0%	1,5%	1,5%
<b>Viviendas</b>	Recuento		20	86	106
	% dentro de ASLugares		18,9%	81,1%	100,0%
	% dentro de género		11,8%	11,5%	11,5%
	% del total		2,2%	9,3%	11,5%
<b>Lugar de trabajo</b>	Recuento		1	9	10
	% dentro de ASLugares		10,9%	90,0%	100,0%
	% dentro de género		0,6%	1,2%	1,1%
	% del total		0,1%	1,0%	1,1%

		EDAD EN 3 GRUPOS			Total	
		HASTA 30	30-45	MAS DE 45		
<b>Activos Interpersonales</b>	<b>Otros</b>	Recuento	26	9	6	41
		% dentro de ASInter	63,4%	22,0%	14,6%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	4,5%	4,1%	4,8%	4,5%
		% del total	2,8%	1,0%	,7%	4,5%
	<b>Pareja</b>	Recuento	74	36	16	126
		% dentro de ASInter	58,7%	28,6%	12,7%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	12,8%	16,4%	12,8%	13,7%
		% del total	8,0%	3,9%	1,7%	13,7%
	<b>Amistades</b>	Recuento	39	14	6	59
		% dentro de ASInter	66,1%	23,7%	10,2%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	6,8%	6,4%	4,8%	6,4%
		% del total	4,2%	1,5%	,7%	6,4%
	<b>Familia nuclear simple ascendente</b>	Recuento	125	33	7	165
		% dentro de ASInter	75,8%	20,0%	4,2%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	21,7%	15,1%	5,6%	17,9%
		% del total	13,6%	3,6%	,8%	17,9%
	<b>Familia nuclear simple descendente</b>	Recuento	19	49	45	113
		% dentro de ASInter	16,8%	43,4%	39,8%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	3,3%	22,4%	36,0%	12,3%
		% del total	2,1%	5,3%	4,9%	12,3%
	<b>Familia extensa</b>	Recuento	190	50	34	274
		% dentro de ASInter	68,3%	18,2%	12,4%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	32,9%	22,8%	27,2%	29,8%
		% del total	20,6%	5,4%	3,7%	29,8%
	<b>Familia + Amistades</b>	Recuento	104	28	11	143
		% dentro de ASInter	72,7%	19,6%	7,7%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	18,0%	12,8%	8,8%	15,5%
		% del total	11,3%	3,0%	1,2%	15,5%

		EDAD3GRUPOS			Total	
		HASTA 30	30-45	MAS DE 45		
<b>Activos Intrapersonales</b>	<b>Otros</b>	Recuento	519	196	110	825
		% dentro de ASSETINTRAPERSONAL	62,9%	23,8%	13,3%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	89,9%	89,5%	88,0%	89,6%
		% del total	56,4%	21,3%	11,9%	89,6%
	<b>Cuidar a los demás</b>	Recuento	52	18	12	82
		% dentro de ASSETINTRAPERSONAL	63,4%	22,0%	14,6%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	9,0%	8,2%	9,6%	8,9%
		% del total	5,6%	2,0%	1,3%	8,9%
	<b>Autocuidado</b>	Recuento	6	5	3	14
		% dentro de ASSETINTRAPERSONAL	42,9%	35,7%	21,4%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	1,0%	2,3%	2,4%	1,5%
		% del total	,7%	,5%	,3%	1,5%
<b>Total</b>	Recuento	577	219	125	921	
	% dentro de ASSETINTRAPERSONAL	62,6%	23,8%	13,6%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	62,6%	23,8%	13,6%	100,0%	

Activos Extrapersonales Grupos / Instituciones			EDAD3GRUPOS			Total
			HASTA 30	30-45	MAS DE 45	
	<b>No refiere / Refiere ninguno</b>	Recuento	81	34	16	131
		% dentro de ASGruposInstituciones	61,8%	26,0%	12,2%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	14,0%	15,5%	12,8%	14,2%
		% del total	8,8%	3,7%	1,7%	14,2%
	<b>Voluntariado</b>	Recuento	19	17	11	47
		% dentro de ASGruposInstituciones	40,4%	36,2%	23,4%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	3,3%	7,8%	8,8%	5,1%
		% del total	2,1%	1,8%	1,2%	5,1%
	<b>Instituciones educativas</b>	Recuento	12	15	6	33
		% dentro de ASGruposInstituciones	36,4%	45,5%	18,2%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	2,1%	6,8%	4,8%	3,6%
		% del total	1,3%	1,6%	,7%	3,6%
<b>Instituciones deportivas</b>	Recuento	86	41	15	142	
	% dentro de ASGruposInstituciones	60,6%	28,9%	10,6%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	14,9%	18,7%	12,0%	15,4%	
	% del total	9,3%	4,5%	1,6%	15,4%	
<b>Instituciones lúdicas y de ocio</b>	Recuento	58	21	16	95	
	% dentro de ASGruposInstituciones	61,1%	22,1%	16,8%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	10,1%	9,6%	12,8%	10,3%	
	% del total	6,3%	2,3%	1,7%	10,3%	
<b>Instituciones religiosas</b>	Recuento	11	1	2	14	
	% dentro de ASGruposInstituciones	78,6%	7,1%	14,3%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	1,9%	,5%	1,6%	1,5%	
	% del total	1,2%	,1%	,2%	1,5%	
<b>Instituciones musicales y artísticas</b>	Recuento	42	14	7	63	
	% dentro de ASGruposInstituciones	66,7%	22,2%	11,1%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	7,3%	6,4%	5,6%	6,8%	
	% del total	4,6%	1,5%	,8%	6,8%	
<b>Grupos social y familiar</b>	Recuento	268	76	52	396	
	% dentro de ASGruposInstituciones	67,7%	19,2%	13,1%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	46,4%	34,7%	41,6%	43,0%	
	% del total	29,1%	8,3%	5,6%	43,0%	

Activos Extrapersonales Espacios físicos/ Lugares			EDAD EN 3 GRUPOS			Total
			HASTA 30	30-45	MAS DE 45	
	<b>No refiere /</b>	Recuento	49	17	10	76
	<b>Refiere ninguno</b>	% dentro de ASLugares	64,5%	22,4%	13,2%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	8,5%	7,8%	8,0%	8,3%
		% del total	5,3%	1,8%	1,1%	8,3%
	<b>Espacio natural de montaña</b>	Recuento	58	41	26	125
		% dentro de ASLugares	46,4%	32,8%	20,8%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	10,1%	18,7%	20,8%	13,6%
		% del total	6,3%	4,5%	2,8%	13,6%
	<b>Espacio natural de playa</b>	Recuento	89	31	11	131
		% dentro de ASLugares	67,9%	23,7%	8,4%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	15,4%	14,2%	8,8%	14,2%
		% del total	9,7%	3,4%	1,2%	14,2%
	<b>Montaña + Playa</b>	Recuento	23	30	24	77
		% dentro de ASLugares	29,9%	39,0%	31,2%	100,0%
		% dentro de EDAD3GRUPOS	4,0%	13,7%	19,2%	8,4%
	% del total	2,5%	3,3%	2,6%	8,4%	
<b>Espacios urbanos</b>	Recuento	42	12	5	59	
	% dentro de ASLugares	71,2%	20,3%	8,5%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	7,3%	5,5%	4,0%	6,4%	
	% del total	4,6%	1,3%	,5%	6,4%	
<b>Espacios deportivos</b>	Recuento	46	12	5	63	
	% dentro de ASLugares	73,0%	19,0%	7,9%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	8,0%	5,5%	4,0%	6,8%	
	% del total	5,0%	1,3%	,5%	6,8%	
<b>Espacios lúdicos/de ocio</b>	Recuento	176	42	21	239	
	% dentro de ASLugares	73,6%	17,6%	8,8%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	30,5%	19,2%	16,8%	26,0%	
	% del total	19,1%	4,6%	2,3%	26,0%	
<b>Espacios espirituales / religiosos</b>	Recuento	2	3	1	6	
	% dentro de ASLugares	33,3%	50,0%	16,7%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	,3%	1,4%	,8%	,7%	
	% del total	,2%	,3%	,1%	,7%	
<b>Espacios educativos</b>	Recuento	9	4	2	15	
	% dentro de ASLugares	60,0%	26,7%	13,3%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	1,6%	1,8%	1,6%	1,6%	
	% del total	1,0%	,4%	,2%	1,6%	
<b>Espacios culturales</b>	Recuento	8	3	3	14	
	% dentro de ASLugares	57,1%	21,4%	21,4%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	1,4%	1,4%	2,4%	1,5%	
	% del total	,9%	,3%	,3%	1,5%	
<b>Viviendas</b>	Recuento	72	19	15	106	
	% dentro de ASLugares	67,9%	17,9%	14,2%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	12,5%	8,7%	12,0%	11,5%	
	% del total	7,8%	2,1%	1,6%	11,5%	
<b>Lugar de trabajo</b>	Recuento	3	5	2	10	
	% dentro de ASLugares	30,0%	50,0%	20,0%	100,0%	
	% dentro de EDAD3GRUPOS	,5%	2,3%	1,6%	1,1%	
	% del total	,3%	,5%	,2%	1,1%	

Activos Extrapersonales Grupos / Instituciones			SITUACIÓN LABORAL		Total
			EMPLEADO/A	DESEMPLEADO/A	
<b>No refiere / Refiere ninguno</b>	Recuento		35	96	131
	% dentro de ASGruposInstituciones		26,7%	73,3%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓNLABORAL		15,8%	13,7%	14,2%
	% del total		3,8%	10,4%	14,2%
<b>Voluntariado</b>	Recuento		17	30	47
	% dentro de ASGruposInstituciones		36,2%	63,8%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓNLABORAL		7,7%	4,3%	5,1%
	% del total		1,8%	3,3%	5,1%
<b>Instituciones educativas</b>	Recuento		15	18	33
	% dentro de ASGruposInstituciones		45,5%	54,5%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓNLABORAL		6,8%	2,6%	3,6%
	% del total		1,6%	2,0%	3,6%
<b>Instituciones deportivas</b>	Recuento		34	108	142
	% dentro de ASGruposInstituciones		23,9%	76,1%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓNLABORAL		15,3%	15,5%	15,4%
	% del total		3,7%	11,7%	15,4%
<b>Instituciones lúdicas y de ocio</b>	Recuento		19	76	95
	% dentro de ASGruposInstituciones		20,0%	80,0%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓNLABORAL		8,6%	10,9%	10,3%
	% del total		2,1%	8,3%	10,3%
<b>Instituciones religiosas</b>	Recuento		2	12	14
	% dentro de ASGruposInstituciones		14,3%	85,7%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓNLABORAL		,9%	1,7%	1,5%
	% del total		,2%	1,3%	1,5%
<b>Instituciones musicales y artísticas</b>	Recuento		13	50	63
	% dentro de ASSETEXTRAPERSONALI		20,6%	79,4%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓNLABORAL		5,9%	7,2%	6,8%
	% del total		1,4%	5,4%	6,8%
<b>Grupo social</b>	Recuento		87	309	396
	% dentro de ASGruposInstituciones		22,0%	78,0%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓNLABORAL		39,2%	44,2%	43,0%
	% del total		9,4%	33,6%	43,0%

Activos Extrapersonales Espacios físicos/ Lugares			SITUACIÓN LABORAL		
			EMPLEADO/A	DESEMPLEADO/A	Total
<b>No refiere / Refiere ninguno</b>	Recuento		18	58	76
	% dentro de ASLugares		23,7%	76,3%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓN LABORAL		8,1%	8,3%	8,3%
	% del total		2,0%	6,3%	8,3%
<b>Espacio natural de montaña</b>	Recuento		28	97	125
	% dentro de ASLugares		22,4%	77,6%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓN LABORAL		12,6%	13,9%	13,6%
	% del total		3,0%	10,5%	13,6%
<b>Espacio natural de playa</b>	Recuento		34	97	131
	% dentro de ASLugares		26,0%	74,0%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓN LABORAL		15,3%	13,9%	14,2%
	% del total		3,7%	10,5%	14,2%
<b>Montaña + Playa</b>	Recuento		30	47	77
	% dentro de ASLugares		39,0%	61,0%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓN LABORAL		13,5%	6,7%	8,4%
	% del total		3,3%	5,1%	8,4%
<b>Espacios urbanos</b>	Recuento		12	47	59
	% dentro de ASLugares		20,3%	79,7%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓN LABORAL		5,4%	6,7%	6,4%
	% del total		1,3%	5,1%	6,4%
<b>Espacios deportivos</b>	Recuento		16	47	63
	% dentro de ASLugares		25,4%	74,6%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓN LABORAL		7,2%	6,7%	6,8%
	% del total		1,7%	5,1%	6,8%
<b>Espacios lúdicos/de ocio</b>	Recuento		49	190	239
	% dentro de ASLugares		20,5%	79,5%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓN LABORAL		22,1%	27,2%	26,0%
	% del total		5,3%	20,6%	26,0%
<b>Espacios espirituales / religiosos</b>	Recuento		1	5	6
	% dentro de ASLugares		16,7%	83,3%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓN LABORAL		,5%	,7%	,7%
	% del total		,1%	,5%	,7%
<b>Espacios educativos</b>	Recuento		3	12	15
	% dentro de ASLugares		20,0%	80,0%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓN LABORAL		1,4%	1,7%	1,6%
	% del total		,3%	1,3%	1,6%
<b>Espacios culturales</b>	Recuento		6	8	14
	% dentro de ASLugares		42,9%	57,1%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓN LABORAL		2,7%	1,1%	1,5%
	% del total		,7%	,9%	1,5%
<b>Vivienda</b>	Recuento		19	87	106
	% dentro de ASLugares		17,9%	82,1%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓN LABORAL		8,6%	12,4%	11,5%
	% del total		2,1%	9,4%	11,5%
<b>Lugar de trabajo</b>	Recuento		6	4	10
	% dentro de ASLugares		60,0%	40,0%	100,0%
	% dentro de SITUACIÓN LABORAL		2,7%	,6%	1,1%
	% del total		,7%	,4%	1,1%



Salutogénesis, capacidad de autocuidado y activos para la salud en enfermería

Activos Extrapersonales Grupos / Instituciones	No refiere / Refiere ninguno	Recuento	NIVEL DE INGRESOS					Total	
			NS/NC	BAJA	MEDIA		ALTA		
					/ BAJA	MEDIA			/ ALTA
		31	40	27	29	4	0	131	
	% dentro de ASGruposInstituciones	23,7%	30,5%	20,6%	22,1%	3,1%	0,0%	100,0%	
	% dentro de NIVELINGRESOS	16,2%	17,9%	13,0%	12,3%	7,8%	0,0%	14,2%	
	% del total	3,4%	4,3%	2,9%	3,1%	,4%	0,0%	14,2%	
	<b>Voluntariado</b>	Recuento	10	14	14	6	3	0	47
	% dentro de ASGruposInstituciones	21,3%	29,8%	29,8%	12,8%	6,4%	0,0%	100,0%	
	% dentro de NIVELINGRESOS	5,2%	6,3%	6,8%	2,6%	5,9%	0,0%	5,1%	
	% del total	1,1%	1,5%	1,5%	,7%	,3%	0,0%	5,1%	
	<b>Instituciones educativas</b>	Recuento	7	8	8	8	2	0	33
	% dentro de ASGruposInstituciones	21,2%	24,2%	24,2%	24,2%	6,1%	0,0%	100,0%	
	% dentro de NIVELINGRESOS	3,7%	3,6%	3,9%	3,4%	3,9%	0,0%	3,6%	
	% del total	,8%	,9%	,9%	,9%	,2%	0,0%	3,6%	
	<b>Instituciones deportivas</b>	Recuento	19	34	32	44	10	3	142
	% dentro de ASGruposInstituciones	13,4%	23,9%	22,5%	31,0%	7,0%	2,1%	100,0%	
	% dentro de NIVELINGRESOS	9,9%	15,2%	15,5%	18,7%	19,6%	23,1%	15,4%	
	% del total	2,1%	3,7%	3,5%	4,8%	1,1%	,3%	15,4%	
	<b>Instituciones lúdicas y de ocio</b>	Recuento	22	15	17	35	6	0	95
	% dentro de ASGruposInstituciones	23,2%	15,8%	17,9%	36,8%	6,3%	0,0%	100,0%	
	% dentro de NIVELINGRESOS	11,5%	6,7%	8,2%	14,9%	11,8%	0,0%	10,3%	
	% del total	2,4%	1,6%	1,8%	3,8%	,7%	0,0%	10,3%	
	<b>Instituciones religiosas</b>	Recuento	5	4	2	1	2	0	14
	% dentro de ASGruposInstituciones	35,7%	28,6%	14,3%	7,1%	14,3%	0,0%	100,0%	
	% dentro de NIVELINGRESOS	2,6%	1,8%	1,0%	,4%	3,9%	0,0%	1,5%	
	% del total	,5%	,4%	,2%	,1%	,2%	0,0%	1,5%	
	<b>Instituciones musicales y artísticas</b>	Recuento	11	15	11	21	5	0	63
	% dentro de ASGruposInstituciones	17,5%	23,8%	17,5%	33,3%	7,9%	0,0%	100,0%	
	% dentro de NIVELINGRESOS	5,8%	6,7%	5,3%	8,9%	9,8%	0,0%	6,8%	
	% del total	1,2%	1,6%	1,2%	2,3%	,5%	0,0%	6,8%	
	<b>Grupo social</b>	Recuento	86	94	96	91	19	10	396
	% dentro de ASGruposInstituciones	21,7%	23,7%	24,2%	23,0%	4,8%	2,5%	100,0%	
	% dentro de NIVELINGRESOS	45,0%	42,0%	46,4%	38,7%	37,3%	76,9%	43,0%	
	% del total	9,3%	10,2%	10,4%	9,9%	2,1%	1,1%	43,0%	
	<b>Total</b>	Recuento	191	224	207	235	51	13	921
	% dentro de ASGruposInstituciones	20,7%	24,3%	22,5%	25,5%	5,5%	1,4%	100,0%	
	% dentro de NIVELINGRESOS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	20,7%	24,3%	22,5%	25,5%	5,5%	1,4%	100,0%	

Activos Interpersonales	Otros	Recuento	GEOGRAFÍA			Total
			RURAL	URBANA	GRAN URBE	
		0	21	20	41	
		% dentro de ASInter	0,0%	51,2%	48,8%	100,0%
		% dentro de GEOGRAFÍA	0,0%	4,0%	6,0%	4,5%
		% del total	0,0%	2,3%	2,2%	4,5%
	<b>Pareja</b>	Recuento	7	78	41	126
		% dentro de ASInter	5,6%	61,9%	32,5%	100,0%
		% dentro de GEOGRAFÍA	10,6%	15,0%	12,2%	13,7%
		% del total	,8%	8,5%	4,5%	13,7%
	<b>Amistades</b>	Recuento	4	33	22	59
		% dentro de ASInter	6,8%	55,9%	37,3%	100,0%
		% dentro de GEOGRAFÍA	6,1%	6,3%	6,6%	6,4%
		% del total	,4%	3,6%	2,4%	6,4%
	<b>Familia nuclear simple ascendente</b>	Recuento	17	97	51	165
		% dentro de ASInter	10,3%	58,8%	30,9%	100,0%
		% dentro de GEOGRAFÍA	25,8%	18,7%	15,2%	17,9%
		% del total	1,8%	10,5%	5,5%	17,9%
	<b>Familiar nuclear simple descendente</b>	Recuento	6	68	39	113
		% dentro de ASInter	5,3%	60,2%	34,5%	100,0%
		% dentro de GEOGRAFÍA	9,1%	13,1%	11,6%	12,3%
		% del total	,7%	7,4%	4,2%	12,3%
	<b>Familia extensa</b>	Recuento	20	149	105	274
		% dentro de ASInter	7,3%	54,4%	38,3%	100,0%
		% dentro de GEOGRAFÍA	30,3%	28,7%	31,3%	29,8%
		% del total	2,2%	16,2%	11,4%	29,8%
	<b>Familia + Amigos</b>	Recuento	12	74	57	143
		% dentro de ASInter	8,4%	51,7%	39,9%	100,0%
		% dentro de GEOGRAFÍA	18,2%	14,2%	17,0%	15,5%
		% del total	1,3%	8,0%	6,2%	15,5%

Activos Extrapersonales Grupos / Instituciones			GEOGRAFÍA			Total
			RURAL	URBANA	GRAN URBE	
<b>No refiere / Refiere ninguno</b>	Recuento		4	68	59	131
	% dentro de ASGruposInstituciones		3,1%	51,9%	45,0%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA		6,1%	13,1%	17,6%	14,2%
	% del total		,4%	7,4%	6,4%	14,2%
<b>Voluntariado</b>	Recuento		5	23	19	47
	% dentro de ASGruposInstituciones		10,6%	48,9%	40,4%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA		7,6%	4,4%	5,7%	5,1%
	% del total		,5%	2,5%	2,1%	5,1%
<b>Instituciones educativas</b>	Recuento		0	23	10	33
	% dentro de ASGruposInstituciones		0,0%	69,7%	30,3%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA		0,0%	4,4%	3,0%	3,6%
	% del total		0,0%	2,5%	1,1%	3,6%
<b>Instituciones deportivas</b>	Recuento		10	82	50	142
	% dentro de ASGruposInstituciones		7,0%	57,7%	35,2%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA		15,2%	15,8%	14,9%	15,4%
	% del total		1,1%	8,9%	5,4%	15,4%
<b>Instituciones lúdicas y de ocio</b>	Recuento		7	47	41	95
	% dentro de ASGruposInstituciones		7,4%	49,5%	43,2%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA		10,6%	9,0%	12,2%	10,3%
	% del total		,8%	5,1%	4,5%	10,3%
<b>Instituciones religiosas</b>	Recuento		1	7	6	14
	% dentro de ASGruposInstituciones		7,1%	50,0%	42,9%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA		1,5%	1,3%	1,8%	1,5%
	% del total		,1%	,8%	,7%	1,5%
<b>Instituciones musicales y artísticas</b>	Recuento		7	40	16	63
	% dentro de ASGruposInstituciones		11,1%	63,5%	25,4%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA		10,6%	7,7%	4,8%	6,8%
	% del total		,8%	4,3%	1,7%	6,8%
<b>Grupo social</b>	Recuento		32	230	134	396
	% dentro de ASGruposInstituciones		8,1%	58,1%	33,8%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA		48,5%	44,2%	40,0%	43,0%
	% del total		3,5%	25,0%	14,5%	43,0%

Activos Extrapersonales Espacios físicos / Lugares		GEOGRAFIA			
		RURAL	URBANA	GRAN URBE	Total
<b>No refiere / Refiere ninguno</b>	Recuento	0	46	30	76
	% dentro de ASLugares	0,0%	60,5%	39,5%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA	0,0%	8,8%	9,0%	8,3%
	% del total	0,0%	5,0%	3,3%	8,3%
<b>Espacio natural de montaña</b>	Recuento	7	83	35	125
	% dentro de ASLugares	5,6%	66,4%	28,0%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA	10,6%	16,0%	10,4%	13,6%
	% del total	,8%	9,0%	3,8%	13,6%
<b>Espacio natural de playa</b>	Recuento	9	75	47	131
	% dentro de ASLugares	6,9%	57,3%	35,9%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA	13,6%	14,4%	14,0%	14,2%
	% del total	1,0%	8,1%	5,1%	14,2%
<b>Montaña + Playa</b>	Recuento	4	37	36	77
	% dentro de ASLugares	5,2%	48,1%	46,8%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA	6,1%	7,1%	10,7%	8,4%
	% del total	,4%	4,0%	3,9%	8,4%
<b>Espacios urbanos</b>	Recuento	2	34	23	59
	% dentro de ASLugares	3,4%	57,6%	39,0%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA	3,0%	6,5%	6,9%	6,4%
	% del total	,2%	3,7%	2,5%	6,4%
<b>Espacios deportivos</b>	Recuento	3	29	31	63
	% dentro de ASLugares	4,8%	46,0%	49,2%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA	4,5%	5,6%	9,3%	6,8%
	% del total	,3%	3,1%	3,4%	6,8%
<b>Espacios lúdicos/de ocio</b>	Recuento	29	134	76	239
	% dentro de ASLugares	12,1%	56,1%	31,8%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA	43,9%	25,8%	22,7%	26,0%
	% del total	3,1%	14,5%	8,3%	26,0%
<b>Espacios espirituales/religiosos</b>	Recuento	0	2	4	6
	% dentro de ASLugares	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA	0,0%	,4%	1,2%	,7%
	% del total	0,0%	,2%	,4%	,7%
<b>Espacios educativos</b>	Recuento	1	10	4	15
	% dentro de ASLugares	6,7%	66,7%	26,7%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA	1,5%	1,9%	1,2%	1,6%
	% del total	,1%	1,1%	,4%	1,6%
<b>Espacios culturales</b>	Recuento	3	8	3	14
	% dentro de ASLugares	21,4%	57,1%	21,4%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA	4,5%	1,5%	,9%	1,5%
	% del total	,3%	,9%	,3%	1,5%
<b>Vivienda</b>	Recuento	8	54	44	106
	% dentro de ASLugares	7,5%	50,9%	41,5%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA	12,1%	10,4%	13,1%	11,5%
	% del total	,9%	5,9%	4,8%	11,5%
<b>Lugar de trabajo</b>	Recuento	0	8	2	10
	% dentro de ASLugares	0,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	% dentro de GEOGRAFÍA	0,0%	1,5%	,6%	1,1%
	% del total	0,0%	,9%	,2%	1,1%

			RENDIMIENTO ACEDÉMICO						
			SUSPEN SO	APROBA DO	BIEN	NOTAB LE	SOBRESALIE NTE	MH	Total
<b>Activos Interpersonales</b>	<b>Otros</b>	Recuento	0	5	14	15	6	1	41
		% dentro de ASInter	0,0%	12,2%	34,1%	36,6%	14,6%	2,4%	100,0%
		% dentro de RENDIMIENTOACEDÉMICO	0,0%	4,2%	5,8%	5,0%	3,4%	1,9%	4,5%
		% del total	0,0%	,5%	1,5%	1,6%	,7%	,1%	4,5%
	<b>Pareja</b>	Recuento	3	15	29	44	26	9	126
		% dentro de ASInter	2,4%	11,9%	23,0%	34,9%	20,6%	7,1%	100,0%
		% dentro de RENDIMIENTOACEDÉMICO	12,0%	12,6%	12,0%	14,5%	14,5%	17,0%	13,7%
		% del total	,3%	1,6%	3,1%	4,8%	2,8%	1,0%	13,7%
	<b>Amistades</b>	Recuento	4	11	15	21	7	1	59
		% dentro de ASInter	6,8%	18,6%	25,4%	35,6%	11,9%	1,7%	100,0%
		% dentro de RENDIMIENTOACEDÉMICO	16,0%	9,2%	6,2%	6,9%	3,9%	1,9%	6,4%
		% del total	,4%	1,2%	1,6%	2,3%	,8%	,1%	6,4%
	<b>Familia nuclear simple ascendente</b>	Recuento	7	26	42	56	31	3	165
		% dentro de ASInter	4,2%	15,8%	25,5%	33,9%	18,8%	1,8%	100,0%
		% dentro de RENDIMIENTOACEDÉMICO	28,0%	21,8%	17,4%	18,5%	17,3%	5,7%	17,9%
		% del total	,8%	2,8%	4,6%	6,1%	3,4%	,3%	17,9%
	<b>Familiar nuclear simple descendente</b>	Recuento	4	12	22	34	34	7	113
		% dentro de ASInter	3,5%	10,6%	19,5%	30,1%	30,1%	6,2%	100,0%
		% dentro de RENDIMIENTOACEDÉMICO	16,0%	10,1%	9,1%	11,2%	19,0%	13,2%	12,3%
		% del total	,4%	1,3%	2,4%	3,7%	3,7%	,8%	12,3%
	<b>Familia extensa</b>	Recuento	4	38	75	81	55	21	274
		% dentro de ASInter	1,5%	13,9%	27,4%	29,6%	20,1%	7,7%	100,0%
		% dentro de RENDIMIENTOACEDÉMICO	16,0%	31,9%	31,0%	26,7%	30,7%	39,6%	29,8%
		% del total	,4%	4,1%	8,1%	8,8%	6,0%	2,3%	29,8%
<b>Familia + Amigos</b>	Recuento	3	12	45	52	20	11	143	
	% dentro de ASInter	2,1%	8,4%	31,5%	36,4%	14,0%	7,7%	100,0%	
	% dentro de RENDIMIENTOACEDÉMICO	12,0%	10,1%	18,6%	17,2%	11,2%	20,8%	15,5%	
	% del total	,3%	1,3%	4,9%	5,6%	2,2%	1,2%	15,5%	
<b>Total</b>	Recuento	25	119	242	303	179	53	921	
	% dentro de ASInter	2,7%	12,9%	26,3%	32,9%	19,4%	5,8%	100,0%	
	% dentro de RENDIMIENTOACEDÉMICO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	2,7%	12,9%	26,3%	32,9%	19,4%	5,8%	100,0%	

		MOTIVACIÓN ELECCIÓN DE ESTUDIO						
			NO TIEN E	MEJOR OPCIÓN LABOR AL	NO TIEN E NOTA	VOCACION AL	Total	
<b>Activos Intrapersonales</b>	<b>Otros</b>	Recuento	100	24	285	21	395	825
		% dentro de ASSETINTRAPERSONAL	12,1%	2,9%	34,5%	2,5%	47,9%	100,0%
		% dentro de MOTIVACIÓNESTUDIO	87,0%	96,0%	90,2%	100,0%	89,0%	89,6%
		% del total	10,9%	2,6%	30,9%	2,3%	42,9%	89,6%
	<b>Cuidar a los demás</b>	Recuento	14	1	25	0	42	82
		% dentro de ASSETINTRAPERSONAL	17,1%	1,2%	30,5%	0,0%	51,2%	100,0%
		% dentro de MOTIVACIÓNESTUDIO	12,2%	4,0%	7,9%	0,0%	9,5%	8,9%
		% del total	1,5%	,1%	2,7%	0,0%	4,6%	8,9%
	<b>Autocuidados</b>	Recuento	1	0	6	0	7	14
		% dentro de ASSETINTRAPERSONAL	7,1%	0,0%	42,9%	0,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de MOTIVACIÓNESTUDIO	,9%	0,0%	1,9%	0,0%	1,6%	1,5%
		% del total	,1%	0,0%	,7%	0,0%	,8%	1,5%
	<b>Total</b>	Recuento	115	25	316	21	444	921
		% dentro de ASSETINTRAPERSONAL	12,5%	2,7%	34,3%	2,3%	48,2%	100,0%
		% dentro de MOTIVACIÓNESTUDIO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total		12,5%	2,7%	34,3%	2,3%	48,2%	100,0%	

## ANEXO 12\_Diseño y estrategia de búsqueda bibliográfica.

### Estrategia de búsqueda.

Las proposiciones que han fundamentado y establecido la estrategia de búsqueda son:

- La teoría salutogénica en la promoción de la salud a través de la enfermería.
- La teoría salutogénica en entornos educativos.
- El Modelo de Activos para la Salud.
- Escalas y cuestionarios: *Sense of Coherence (SOC)* y *Appraisal of Self-care Agency Scale*.
- Valoración transcultural de los cuestionarios.
- Recursos Generales y Específicos de resistencia.
- Titulación y currículo del Ciclo Formativo de Grado Medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

### Búsqueda bibliográfica.

Previamente, se desarrolló una búsqueda exploratoria en red para posteriormente proceder a una búsqueda indiscriminada en metabuscadores típicos, y finalmente en las bases de datos:

PubMed,  
Embase,  
Medline,  
Cochrane Library,  
CINAHL,  
Cuiden, y  
Nursing Ovid.

De forma accesoria se recurrió a los siguientes recursos:

HealthSTAR,  
Scielo,  
ScienceDirect,  
Scopus,  
Scirus,  
Biblioteca Virtual en Salud España, y  
LILACs.

### Descriptores.

En base a la búsqueda indiscriminada inicial y a estos estudios de investigación obtenidos, se tomaron como referencia determinadas palabras clave como motor de búsqueda en MEDLINE:

- Salutogenesis
- Activos para la salud
- Enfermería
- Sentido de coherencia
- Autocuidado

Posteriormente, se añadieron términos en lengua inglesa que fueron encontrados fruto de la búsqueda primaria (conjugados con operadores booleanos).

- Sense of Coherence
- Appraisal of Self-care Agency Scale
- Health asset
- Salutogenic Model of Health
- Nursing
- Education



De entre ellos, se pudo localizar en Medical Subject Headings (MeSH) como lenguaje documental los siguientes, autocompletados con los términos correspondientes expresados entre paréntesis, y ampliados finalmente en un descriptor concreto derivado de la investigación en MeSH:

- Sense of Coherence (nursing)
- Appraisal of Self-care Agency Scale (student)
- Health asset (model)
- Salutogenic Model of Health (health promotion)
- Nursing (student)
- Nursing (selfcare)

Además, a partir del descriptor “salutogenesis” se realiza revisión no exhaustiva en metabuscador *google scholar* con combinaciones de los términos anteriores.

La recuperación global de documentos fue llevada a cabo utilizando los métodos digitales habituales: artículos libres, revistas digitales con o sin acceso libre, libros digitales y la redirección para localizar fuentes secundarias a través de la red. Asimismo, también se accedió a la consulta o compra de libros físicos y se hizo uso de la solicitud de compra de artículos a través de la Biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universitat de València.

El tratamiento de las fuentes documentales y bibliográficas se ha llevado a cabo mediante el gestor RefWorks ([refworks.proquest.com](http://refworks.proquest.com)) y su APP para Mac OS.





*Aquesta tesi doctoral conclou la seua revisió el 23 d'abril del 2017,  
dia del llibre.*

