



UNIVERSITAT<sub>DE</sub>  
BARCELONA

**Efectividad de un programa de intervención psicosocial  
enfermera para potenciar la agencia de autocuidado  
y la salud mental positiva en personas con  
problemas crónicos de salud**

M<sup>a</sup> Aurelia Sánchez Ortega



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 3.0. Spain License.**

# TESIS DOCTORAL

M<sup>a</sup> Aurelia Sánchez Ortega

“Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud”





**UNIVERSIDAD DE BARCELONA**  
Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras

**TESIS DOCTORAL**

“Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud”

Presentada por  
**M<sup>a</sup> Aurelia Sánchez Ortega**  
Para optar al título de Doctora en Ciencias Enfermeras  
por la Universidad de Barcelona  
Septiembre 2015

Directoras

Dra. Montserrat Puig Llobet

Dra. M<sup>a</sup> Teresa Lluch Canut

Tutora: Dra. M<sup>a</sup> Teresa Lluch Canut



A mis hijos

Jordi y Josep M<sup>a</sup>,

Su existencia es un regalo  
con el que me ha premiado la vida,  
por como son y por todo lo que hemos  
vivido juntos.

Barcelona, Septiembre 2015



---

**P**ienso que todos los recursos que  
necesitas están en tu mente.  
¡Es una fórmula que realmente funciona!

Norman Vincent Peale.

---



## Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que de un modo u otro me han apoyado en esta aventura y que sin su valiosa ayuda este documento no hubiera visto la luz.

En primer lugar agradecer a las directoras de esta tesis doctoral por su paciencia y consideración; a la Dra. Montserrat Puig Llobet, por su apoyo, dedicación y ánimos que sin duda han sido la fuerza que me ha guiado en momentos muy difíciles y a la Dra. M<sup>a</sup> Teresa Lluch, por su enorme generosidad y su escucha; que estuvo ahí en todo momento y con su empuje y alegría contagiaba el ánimo.

A la memoria del Dr. Artur Juncosa, sin duda una mano amiga y apoyo incondicional siempre, persona para la que no hay palabras que describan su calidad humana. Muchas gracias por el tiempo que me brindó y por sus maravillosas conversaciones, las mañanas de los miércoles en el Instituto Químico de Sarriá.

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Juan Roldán por sus indicaciones siempre acertadas y por su serenidad, asimismo agradecer a la Dra. Dolors Miguel y a la profesora Bárbara Hurtado, por su ayuda, su paciencia y la acogida que me brindaron, y al equipo humano de la Escuela de Enfermería de Sant Joan de Déu por la hospitalidad con la que me obsequiaron.

Muy especialmente agradecer su colaboración a mis pacientes, sin ellos no sería posible este documento. Muchas gracias a todos por su colaboración.

A Mercè Jordà, enfermera, compañera de trabajo, por la ayuda, ilusión y dedicación que me brindó, por sus conocimientos y experiencia y sobre todo por su gran bondad, muchas gracias Mercè!!

A mi buena amiga Marina Montenegro hombro incondicional, que siempre encuentro, a cualquier hora y en todo momento, quisiera poder recuperar muchas horas que me he perdido de su compañía por realizar esta tesis.

A los compañeros de l'Unitat de Recerca del Barcelonès Nord i Maresme del Institut Català de la Salut por la acogida y el apoyo que me brindaron.

A mis compañeros del Equipo de Atención Primaria *Barrí Llatí* de Santa Coloma de Gramenet, que me han escuchado durante este proceso, y a la dirección por los interminables cambios de agenda para encajar las fechas que exigía la elaboración de la tesis.

A mi familia, sin su apoyo incondicional no hubiera llegado hasta aquí, a mi hermano que desde la distancia siempre ha estado ahí, quiero expresarle mi amor y cariño; a mi madre, por su ayuda y desvelo por mis problemas, que ella solucionaba.

A todas las personas que me han ayudado en este camino difícil, no quiero olvidar a ninguna de ellas, por eso quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas. Gracias, gracias, gracias.

# Índice



|  |            |
|--|------------|
| <b>RESUMEN .....</b>   | <b>21</b>  |
| <b>SUMMARY .....</b>   | <b>25</b>  |
| <b>PRÓLOGO .....</b>   | <b>31</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>   | <b>37</b>  |
| <b>1. Modelo Conceptual .....</b>  | <b>45</b>  |
| 1.1. Autocuidado: Concepto y evaluación  | 45         |
| 1.1.1. Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem  | 48         |
| 1.1.2. Concepto de Agencia de Autocuidado  | 56         |
| 1.1.3. Evaluación del Autocuidado  | 60         |
| 1.1.3.1. Escalas generales de autocuidado  | 60         |
| 1.1.3.2. Escala Agencia de Autocuidado   | 62         |
| 1.1.4. Autocuidado como recurso de sostenibilidad  | 72         |
| 1.2. Salud Mental Positiva: Concepto y evaluación  | 76         |
| 1.2.1. Planteamientos conceptuales de Marie Jahoda   | 79         |
| 1.2.2. Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de M <sup>a</sup> Teresa Lluch   | 81         |
| 1.2.3. Evaluación de la Salud Mental Positiva  | 86         |
| 1.2.3.1. Escalas generales de aspectos positivos de salud  | 86         |
| 1.2.3.2. Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)  | 89         |
| 1.3. Relación entre la Agencia de Autocuidado y la Salud Mental Positiva   | 95         |
| 1.3.1. Planteamientos de Orem y Vardiman   | 95         |
| 1.3.2. Investigación de Dolores Miguel-Ruiz y Núria Albacar-Riobóo   | 100        |
| 1.4. Enfermería y atención a la cronicidad   | 103        |
| 1.4.1. Aspectos generales de los problemas crónicos de salud en atención primaria  | 106        |
| 1.4.2. El papel de la enfermería en el manejo de los problemas crónicos de salud   | 107        |
| 1.4.3. Intervenciones psicosociales de enfermería para potenciar la Salud Mental Positiva y la Agencia de Autocuidado en la cronicidad | 115        |
| 1.4.4. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC): Dominio Psicosocial  | 121        |
| 1.4.5. Terapias alternativas/complementarias versus intervenciones psicosociales   | 123        |
| 1.4.6. Propuesta de Programa de Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE)   | 129        |
| <b>2. Objetivos de la investigación e hipótesis.....</b>   | <b>133</b> |
| 2.1. Objetivos de la investigación Fase I  | 133        |
| 2.2. Objetivos de la investigación Fase II   | 134        |
| 2.3. Hipótesis de la investigación   | 135        |
| <b>3. Metodología .....</b>  | <b>139</b> |
| 3.1. Diseño del estudio  | 139        |
| 3.2. Lugar de estudio  | 139        |
| 3.3. Población y muestra   | 140        |
| 3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión  | 141        |
| 3.4. Variables   | 141        |
| 3.5. Instrumentos  | 146        |
| 3.6. Procedimiento de recogida de datos  | 148        |
| 3.7. Análisis de datos   | 151        |
| 3.8. Aspectos éticos   | 152        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>4. Resultados</b> .....   | <b>155</b> |
| 4.1. Resultados Objetivo 1   | 155        |
| 4.1.1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de las condiciones de salud | 155        |
| 4.2. Resultados Objetivo 2   | 158        |
| 4.2.1. Fiabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)                                 | 158        |
| 4.2.2. Fiabilidad de la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)                                     | 160        |
| 4.3. Resultados Objetivo 3   | 162        |
| 4.3.1. Análisis del nivel de Salud Mental Positiva Global y por factores                           | 162        |
| 4.4. Resultados Objetivo 4   | 167        |
| 4.4.1. Correlación entre Salud Mental Positiva y características sociodemográficas                 | 167        |
| 4.4.2. Correlación entre Salud Mental Positiva y condiciones físicas de salud                      | 174        |
| 4.5. Resultados Objetivo 5   | 178        |
| 4.5.1. Análisis del nivel de Agencia de Autocuidado  | 178        |
| 4.6. Resultados Objetivo 6   | 184        |
| 4.6.1. Correlación entre Agencia de Autocuidado y características sociodemográficas                | 184        |
| 4.6.2. Correlación entre Agencia de Autocuidado y condiciones físicas de salud                     | 185        |
| 4.7. Resultados Objetivo 7   | 187        |
| 4.8. Resultados Objetivo 8   | 188        |
| 4.9. Resultados Objetivo 9   | 192        |
| <b>5. Discusión</b> .....  | <b>197</b> |
| 5.1. Discusión de los resultados obtenidos en relación a la Fase I                                 | 197        |
| 5.2. Discusión de los resultados obtenidos en relación a la Fase II                                | 211        |
| <b>6. Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras</b> .....                         | <b>221</b> |
| 6.1. Limitaciones del estudio  | 221        |
| 6.2. Líneas de investigación futuras   | 222        |
| <b>7. Conclusiones</b> .....   | <b>227</b> |
| <b>8. Bibliografía</b> .....   | <b>233</b> |
| 8.1. Bibliografía  | 233        |
| <b>Anexo I: Formulario 1 de datos Sociodemográficos</b> .....                                      | <b>263</b> |
| <b>Anexo II: Escala Agencia de Autocuidado (ASA)</b> .....   | <b>267</b> |
| <b>Anexo III: Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)</b> .....                               | <b>271</b> |
| <b>Anexo IV: Formulario 2 Post-Intervención de Utilidad y Satisfacción</b> .....                   | <b>275</b> |
| <b>Anexo V: Hoja informativa y Consentimiento Informado</b> .....                                  | <b>279</b> |
| <b>Anexo VI: Programa de Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE)</b> .....                  | <b>283</b> |
| <b>Anexo VII: Sesiones y Fichas de Actividades del Programa de Intervención (PIPSE)</b>            | <b>289</b> |
| <b>Anexo VIII: Financiación y difusión de la investigación</b> .....                               | <b>303</b> |
| <b>Anexo IX: Autorización de la institución</b> .....  | <b>309</b> |

## INDICE DE TABLAS

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 1: Descripción de las escalas de Autocuidado basadas en la Teoría de Orem .....  | 61  |
| Tabla 2: Relación de estudios realizados con la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) .....   | 65  |
| Tabla 3: Factores de la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) .....   | 70  |
| Tabla 4: Dimensiones de la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) .....  | 72  |
| Tabla 5: Factores generales y subfactores formulados por M. Jahoda .....   | 81  |
| Tabla 6: Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999) .....  | 83  |
| Tabla 7: Decálogo de Salud Mental Positiva (Lluch, 2011) .....   | 85  |
| Tabla 8: Cuestionarios que manejan conceptos positivos de salud .....  | 86  |
| Tabla 9: Distribución por factores de los ítems del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) y valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global .....                    | 90  |
| Tabla 10: Relación de estudios realizados con el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) .....  | 91  |
| Tabla 11: Conductas de criterio de Salud Mental Positiva por categoría de funcionamiento .....   | 98  |
| Tabla 12: Propuesta de clasificación de terapias naturales basada en la propuesta del <i>National Center for Complementary and Alternative Medicine</i> (NCCAM) de los EEUU (modificada) ..... | 125 |
| Tabla 13: Orden de administración de los instrumentos de medición por fases de la investigación .....  | 147 |
| Tabla 14: Características sociodemográficas de la muestra de la fase I del estudio (n=259) ...   | 156 |
| Tabla 15: Características de las condiciones de salud de la muestra de la fase I del estudio (n=259) .....   | 157 |
| Tabla 16: Fiabilidad Cuestionario Salud Mental Positiva (CSM+) .....   | 159 |
| Tabla 17: Fiabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva por factores .....  | 160 |
| Tabla 18: Fiabilidad Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) .....  | 161 |
| Tabla 19: Niveles de Salud Mental Positiva, global y por factores (n=259) .....  | 162 |
| Tabla 20: Nivel de Salud Mental Positiva, según características sociodemográficas de la muestra de estudio (n=259) .....   | 165 |
| Tabla 21: Niveles de Salud Mental Positiva y condiciones de salud de la muestra de estudio (n=259) .....   | 166 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 22: Relación entre Salud Mental Positiva global y por factores con los intervalos de edad de la muestra de estudio (n=259) ..... | 168 |
| Tabla 23: Relación entre Salud Mental Positiva y la edad (n=259) .....   | 169 |
| Tabla 24: Relación entre Salud Mental Positiva y sexo, global y por factores.....  | 170 |
| Tabla 25: Relación entre Salud Mental Positiva y condiciones físicas de salud (Hipertensión) .   | 175 |
| Tabla 26: Nivel de Agencia de Autocuidado de la muestra estudiada n=259.....   | 178 |
| Tabla 27: Frecuencia y porcentaje de distribución de valores de la Agencia de Autocuidado por ítems .....                              | 179 |
| Tabla 28: Nivel Agencia de autocuidado (ASA) características sociodemográficas de la muestra de estudio (n=259) .....                  | 182 |
| Tabla 29: Niveles de Agencia de autocuidado (ASA) según condiciones de salud física (n=259) .....                                      | 183 |
| Tabla 30: Correlación entre Agencia de Autocuidado y variables sociodemográficas.....  | 184 |
| Tabla 31: Correlación entre Escala de Agencia de Autocuidado y variables laborales .....   | 185 |
| Tabla 32: Correlación entre Escala de Agencia de Autocuidado y patología crónica .....   | 185 |
| Tabla 33: Correlación entre Escala de Agencia de Autocuidado y nº de patologías crónicas ...   | 186 |
| Tabla 34: Correlación entre Escala de Agencia de Autocuidado y medicación .....  | 186 |
| Tabla 35: Matriz factorial correlación entre Agencia de Autocuidado y Salud Mental Positiva ..   | 188 |
| Tabla 36: Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de ambos grupos al inicio del estudio (n=44).....            | 189 |
| Tabla 37: Comparación de la Salud mental positiva y del autocuidado al inicio del estudio (n=44) .....                                 | 190 |
| Tabla 38: Pre test-Post-test: Diferencias en la Salud Mental Positiva y Agencia de Autocuidado .....                                   | 191 |
| Tabla 39: Valoración satisfacción del programa .....   | 193 |
| Tabla 40: Propuestas de mejora del programa .....  | 193 |

**INDICE DE FIGURAS**

|  |     |
|--|-----|
| Figura 1: Sistemas de enfermería según la Teoría de D. Orem.....   | 55  |
| Figura 2: Composición de la Agencia de autocuidado, según la Teoría de Orem. ....  | 60  |
| Figura 3: Modelo Bidireccional de los requisitos de Relaciones significativas entre los requisitos de Autocuidado y la Salud Mental Positiva (Albacar-Riobóo, 2014)..... | 102 |
| Figura 4: Modelo Bidireccional de los requisitos de Relaciones significativas entre los requisitos de Autocuidado y la Salud Mental Positiva (Miguel-Ruíz, 2014) .....   | 102 |
| Figura 5: Explotación estadística del Padrón, estimaciones y proyecciones .....  | 106 |
| Figura 6: Situación geográfica de Santa Coloma de Gramenet. (Barcelona) .....  | 140 |
| Figura 7: Diagrama de flujo de la asignación de los sujetos participantes en las dos fases de la investigación .....   | 150 |
| Figura 8: Relación de la Salud Mental Positiva global y sexo .....   | 170 |
| Figura 9: Relación del Factor 1. Satisfacción personal y sexo .....  | 171 |
| Figura 10: Relación del Factor 2. Actitud prosocial y sexo.....  | 171 |
| Figura 11: Relación del Factor 3. Autocontrol y sexo.....  | 172 |
| Figura 12: Relación del Factor 4. Autonomía y sexo .....   | 172 |
| Figura 13: Relación del Factor 5. Resolución de problemas y autoactualización y sexo.....  | 173 |
| Figura 14: Relación del Factor 6. Habilidades de relación interpersonal y sexo .....   | 173 |
| Figura 15: Diagrama de dispersión correlación entre Agencia de Autocuidado y Salud Mental Positiva.....  | 187 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ANFP:** Asociación para el Autocuidado de la Salud, antiguamente Asociación Nacional de Especialidades Farmacéuticas Publicitarias.

**ASA:** Escala de Agencia de Autocuidado (*Escala Appraisal of Self-Care Agency Scale*).

**BOE:** Boletín Oficial del Estado.

**CCV-2R:** Cuestionario de calidad de vida.

**CIBEDERM:** Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas.

**CSM+:** Cuestionario de Salud Mental Positiva.

**DE:** Desviación estándar.

**DCA:** *Dependent Care Agent Questionnaire*.

**DOG:** Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya

**DSCAI:** *The Denyes Self Care Agency Instrument*.

**DSCPI:** *The Denyes Self Care Practice Instrument*.

**EAP:** Equipo de Atención Primaria.

**ERA:** Escala de Requisitos de autocuidado.

**ERA-a:** Escala de Requisitos de autocuidado para cuidadoras de pacientes esquizofrénicos.

**ERA-c:** Escala de Requisitos de Autocuidado para pacientes atendidos en la comunidad.

**ERA-h:** Escala de Requisitos de Autocuidado para pacientes hospitalizados.

**ESCA:** *The Exercici of Self-Care Agency* (Escala del Ejercicio de la Agencia de Autocuidado).

**EUROHIS:** Encuesta de Salud Europea.

**EVA:** Escala Visual Analógica.

**FED:** Federación Española de Diabetes.

**GHQ:** *General Health Questionnaire*

**IC:** Intervalo de confianza.

**ICV-2R:** Inventario de Calidad de Vida.

**IRI:** *Interpersonal Reactivity Index.*

**LSI:** The life satisfaction index.

**MAC:** Medicinas Alternativas y Complementarias.

**MHI:** *The Mental Health Inventory.*

**MHSCA:** *The Mental Health-Related Self-Care Agency Scale.*

**MIDUS:** *Midlife in the United States.*

**NANDA:** Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.

**NIC:** Clasificación de Intervenciones Enfermeras.

**NOC:** Clasificación de Resultados Enfermeros.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**P:** nivel de significación.

**PGCMS:** Escala de estado de ánimo del centro geriátrico de Filadelfia.

**POI:** *Personal Orientation Inventory.*

**PPAC:** Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad.

**PSCA:** Cuestionario de Percepción de la Agencia de Autocuidado.

**QWBS:** *Quality of Well-Being Scale.*

**SCI:** *Self As- Carer Inventory*

**SCS:** Self Control Schedule.

**SED:** Sociedad Española de Diabetes.

**SEMI:** Sociedad Española de Medicina Interna.

**SES:** *Self Esteem Scale*

**SISA:** *Short Index of Self Actualization.*

**SM+:** Salud Mental Positiva.

**SMP:** Salud Mental Positiva.

**SWLS:** *Satisfaction With Life Scale.*

**TEDA:** Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado.

**TIC:** Tecnología de la Informática y la Comunicación.

**TSCS:** *Tennessee Self Concept Scale.*

**UBA:** Unidad Básica Asistencial.

# Resumen



## Resumen

### Introducción

El sistema sanitario está apostando por un cambio de paradigma que se orienta hacia la implicación activa de los pacientes en su proceso de salud y; se propone poner énfasis en los pacientes con enfermedades crónicas, grandes consumidores de servicios sanitarios. Por otro lado, la situación actual obliga a repartir los recursos disponibles y, por tanto, es necesario un cambio en el modelo de actuación fomentando la participación de la población y, en este sentido, el ciudadano puede aportar mucho en su autocuidado. Ejercer el autocuidado abarca una amplia gama de actividades: adoptar hábitos saludables, cuidar de nuestro entorno, responsabilizarnos del cuidado de nuestra salud y velar por la salud de la comunidad; sin embargo, ese cambio no es fácil sin ayuda de los profesionales de salud y sin cambios estructurales que los apoyen.

Uno de los pilares del autocuidado es la actitud que adoptemos ante la vida, una visión positiva de la vida va a mejorar la vivencia de la misma. Por tanto, procurar una salud mental positiva se incluye en las acciones saludables. En este sentido, desde la profesión de enfermería son numerosos los compañeros que intentan ayudar a los pacientes cada día, adoptando soluciones que se adapten a la realidad de cada persona. Sin embargo, la presión asistencial impide en muchos casos que la educación sanitaria sea efectiva; por ello, promover espacios para educar a los pacientes en autocuidado y salud mental positiva es cada vez más necesario y pensamos que el contexto de las consultas de enfermería puede ser un espacio idóneo para ello.

Este trabajo se postula en base a las posibilidades de intervención psicosocial de enfermería con pacientes con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería de atención primaria de salud y en la relación entre los

constructos Agencia de Autocuidado y Salud Mental Positiva, pilares fundamentales para conseguir un proceso de salud óptimo dentro de las posibilidades de cada persona. Se planteó una investigación estructurada en dos fases.

**Palabras clave:** autocuidado, agencia de autocuidado, salud mental positiva, paciente crónico, cronicidad, técnicas de relajación, terapias alternativas en relajación, intervención enfermera, programa de intervención, intervención psicosocial.

### Objetivos

Los objetivos fueron, en la Fase I: Describir las características sociodemográficas y las condiciones de salud física en pacientes con problemas crónicos de salud y explorar los niveles de Agencia de Autocuidado y de Salud Mental positiva y la correlación entre ambos constructos. Y en la Fase II : Evaluar la efectividad de un programa de intervenciones psicosociales de enfermería para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas adultas con problemas crónicos de salud física e identificar la utilidad del programa y la satisfacción del mismo.

### Metodología

Para la Fase I se planteó un estudio transversal, descriptivo, y correlacional y para la Fase II quasi-experimental, pretest-posttest, con grupo de intervención y grupo control.

La muestra estuvo configurada en la Fase I por 259 personas con problemas crónicos de salud y en la Fase II por 44 personas distribuidas entre los grupos de intervención (n=22) y control (n=22).

Para evaluar las variables se utilizaron datos de la historia clínica, la escala de Agencia de Autocuidado (ASA), el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+), el Formulario 1 (*ad hoc*) para datos sociodemográficos y el Formulario 2 (*ad hoc*), para datos referentes a la utilidad y la satisfacción con la intervención.

En la Fase I se realizó un análisis descriptivo, de todas las variables. Para las variables categóricas se analizaron los datos descriptivos básicos de frecuencias y porcentajes y para las variables numéricas se analizaron los descriptivos de tendencia central y dispersión. Los datos se analizaron con el paquete estadístico PASW-18, con una significación p-valor de  $<0.05$ . Para la relación de las variables categóricas se utilizaron las pruebas t de Student y ANOVA y para las variables numéricas se utilizó la correlación de Pearson.

En la Fase II, para la comparación entre las variables categóricas se utilizó el test exacto de Fisher y para las variables cuantitativas la U de Mann-Whitney. Para determinar si la intervención era significativa se realizó un análisis multivariante (MANOVA) con las diferencias pretest-posttest entre el grupo de intervención y el grupo de control. También se realizó un análisis univariante para cada una de las diferencias pretest-posttest, entrando como covariable la puntuación pretest (ANCOVA); por último se realizó un análisis de la varianza para determinar si la variación dependía de alguna de las variables sociodemográficas o de las referentes a condiciones del estado de salud.

## Resultados

Los instrumentos utilizados, Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) y Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) obtuvieron unos buenos resultados en el análisis de fiabilidad con una  $\alpha$  de Cronbach de 0.73 y 0.91 respectivamente. Analizando la correlación entre ambos constructos la correlación fue muy significativa y bidireccional, de forma que a mayor agencia de autocuidado mayor salud mental positiva y a mayor salud mental positiva mayor agencia de autocuidado.

En el programa de intervención psicosocial de enfermería se comprobó la efectividad del mismo con un aumento significativo en la agencia de autocuidado (ASA) y en la salud mental positiva (CSM+) ( $F [7,36]=28,51, p<0,0001$ ).

Las participantes del grupo de intervención manifestaron la utilidad de los ejercicios aprendidos, que volverían a repetir la experiencia, y su satisfacción personal con el programa realizado.

### **Conclusiones**

Se extraen las siguientes conclusiones:

El perfil mayoritario de la muestra estudiada es el de una mujer de 66-75 años, casada con dos hijos con un nivel primario de formación, ama de casa, jubilada y nacida en una comunidad autónoma diferente a la que reside actualmente (Cataluña), con hipertensión arterial e hipercolesterolemia, que consume analgesia ocasionalmente y que toma entre 1 y 5 medicamentos diferentes al día. Y además con una capacidad de agencia de autocuidado medio y una salud mental positiva moderada-alta.

Existe una relación bidireccional estadísticamente significativa entre los constructos: agencia de autocuidado y salud mental positiva de forma que a mayor capacidad de autocuidado mayor nivel de salud mental positiva.

El programa de intervención psicosocial de enfermería fue efectivo generando un incremento de la agencia de autocuidado y de la salud mental positiva en el grupo de intervención.

La utilidad de los ejercicios realizados y la satisfacción de las participantes fueron muy elevadas.

## Summary

### Introduction

The health system is committed to a paradigm shift towards the active involvement of patients in their process of health, and the strong emphasis is placed in patients with chronic diseases, who are the large consumers of health services. Conversely, the current situation requires distributing the available resources and consequently a change is necessary in the performance model. Thus, encouraging population participation can be a pathway to achieve this goal, and in this sense, citizens can contribute much to their self-care. To exercise the self-management encompasses a wide range of activities: adopt healthy habits, take care of our environment, take responsibility for our health care, and care for community health as well. However, this change is not easy without the aid of health professionals, and without structural changes aimed to support them.

One of the pillars of self care is the attitude we adopt toward life, a positive outlook on life will improve the experience of it. Therefore, ensure a positive mental health is included in wholesome actions. In the nursing profession there are numerous colleagues who in their daily practice try to help patients, adopting solutions that adapt to the reality of each person. However, the burden of every day care often prevents to achieve meaningful results in health education. For that reason, promote opportunities to educate patients in effective self-care and positive mental health is increasingly necessary and we thought that the framework of the nursing care can be an ideal space for it.

The hypothesis of this project is based on the possibilities of psychosocial nursing interventions in patients with chronic physical health problems seen at a primary care nurse health, and the relationship between of Self-Care Agency and Positive Mental Health, fundamental pillars of a process for optimal health within the possibilities of each person. A research structured in two phases was designed.

**Keywords:** self-care, self-care agency, positive mental health, chronic patient, chronicity, relaxing techniques, alternative therapies relaxation, nursing intervention, intervention program, psychosocial intervention.

## Objectives

The study is divided in two parts. In Phase I the objectives were : To describe the sociodemographic characteristics and physical health conditions in patients with chronic health problems and explore the levels of the Self-Care Agency and Positive Mental Health, and the positive correlation between the two constructs.

In Phase II the objectives were: Evaluate the effectiveness of a program of psychosocial nursing interventions to enhance the Self-Care Agency and positive mental health in adults with chronic physical health problems and identify the program's usefulness and satisfaction.

## Methods

For Phase I sectional, descriptive, correlational study and for Phase II quasi-experimental, pretest-posttest studies were proposed, with intervention group and control group.

The sample in Phase I included 259 people with chronic health problems; and in Phase II, 44 people divided between the intervention (n = 22) and control (n = 22) groups.

The variables evaluated included, data from the clinical history, the Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA), the Questionnaire Positive Mental Health (CSM +), the Form 1 (*ad hoc*) for sociodemographic data and Form 2 (*ad hoc*) for information regarding the usefulness and satisfaction with the intervention.

In Phase I was conducted a descriptive analysis of all variables. Basic descriptive data (frequencies and percentages) were analyzed for categorical variables, whereas for numeric variables, descriptive data of central tendency and dispersion were examined. Data were analyzed with SPSS-18 statistical package, with a significant p-value of <0.05. For categorical variables the Student t test and ANOVA were used, while numerical variables were evaluated with the Pearson's correlation test.

In Phase II, Fisher's exact test was used for comparison between categorical variables, and the Mann-Whitney U test for quantitative variables. To determine whether the intervention was significant, multivariate analysis (MANOVA) with pretest-posttest differences between the intervention group and the control group was performed. A univariate analysis for each of the pretest-posttest differences, entering the pretest score as a covariate (ANCOVA) was also performed. Finally an analysis of variance was performed to determine if the variation was dependent on any of the demographic variables or conditions relating to the health status.

## **Results**

The instruments used, Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA) and Positive Mental Health Questionnaire (CSM +) obtained good results in the analysis of reliability, with Cronbach  $\alpha$  of 0.73 and 0.91 respectively. Analyzing the correlation between both constructs, the correlation was highly significant and bidirectional, so higher self-care agency scale correlated with higher positive mental health, and the same was observed for higher positive mental health, which mirrored a higher the self-care agency scale.

The effectiveness of nursing psychosocial intervention program demonstrated a significant increase in self-care agency (ASA) and positive mental health (CSM +) ( $F [7,36] = 28.51, p < 0,0001$ ).

There was agreement in the participants in the intervention group concerning their personal satisfaction and the utility of learned exercises, so they would repeat their participation in a future program.

### **Conclusions**

The following conclusions were obtained:

The profile of the sample studied is that of a woman of 66-75 years, married with two children, primary level of education, homemaker, retired and born in a different autonomous community in which currently resides (Catalonia), with hypertension and hypercholesterolemia, with occasional analgesic treatment, and receiving between 1 and 5 different medications a day. They had a moderate capacity in the self-care agency and a moderate medium-high positive mental health.

There is a statistically significant two-way relationship between the constructs: self-care agency and positive mental health, so that the more efficient self-care a higher level of positive mental health.

The nursing psychosocial intervention program was effective in generating an increase in self-care agency and positive mental health in the intervention group.

The usefulness of exercises carried out and participant satisfaction were very high.

# Prólogo



## Prólogo

Antes de iniciar esta tesis doctoral me encontraba en unas Jornadas que la Escuela de Enfermería donde colaboraba había organizado; una de las ponentes que habían invitado era la Dra. M<sup>a</sup> Teresa Lluch, yo entonces no la conocía personalmente.

El discurso que nos brindó sobre la salud mental positiva me causo un gran impacto. Allí estaba explicando algo tan importante como es la prevención de la salud mental de una forma tan clara, tan sencilla y tan fácil que me transporto al momento a mi consulta. Habíamos detectado que las personas que venían no solo necesitaban medicación sino que alguien los escuchara, un apoyo donde agarrarse simplemente explicando su situación, sus temores y sus alegrías, y digo “habíamos” porque con las compañeras de trabajo comentábamos y en sus consultas pasaba exactamente lo mismo. De igual modo, cuando acudíamos a Congresos y Jornadas en los momentos que tienes para hablar con las compañeras uno de los temas era la necesidad que tiene la gente de hablar, de expresarse, de entretenerse y que se canaliza a través de la consulta, en este caso, la de enfermería, generando una elevada demanda.

Yo entonces ya tenía la idea de realizar la tesis doctoral; había estudiado los cursos de doctorado en la licenciatura de Humanidades obteniendo el Diploma de Estudios Avanzados; pero todavía no era posible llevarla a cabo en las Escuelas de Enfermería, aunque ya se preveía el cambio.

Ilusionada por realizar la tesis doctoral en la disciplina enfermera tome una decisión personal que iba a retrasar irremediablemente la lectura de la futura tesis; elaborar mi trabajo en la Escuela de Enfermería.

Volviendo a mi consulta, pensaba que podía hacer para ayudar a todas esas personas que demandaban atención, escucha y aliento; aparte de tomar la tensión, el peso y revisar el cumplimiento terapéutico. Era un reto; existía una gran demanda y las respuestas que estábamos dando a esa demanda no iban en la dirección correcta, y se presentaban desde cualquier motivo de visita, las personas que tenían diabetes, colesterol, sobrepeso y obesidad, hipertensión, enfermedades pulmonares obstructivas, personas que estaban en tratamiento con anticoagulantes, los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, pacientes en situación terminal. El nexo común era una angustia por la enfermedad y también por su situación personal que la mayoría lo entrelazaba con la problemática que estaban viviendo y lo vertía en la consulta.

Pensé en aquella Jornada donde por primera vez escuche a la Dra. M<sup>a</sup> Teresa Lluch y en el valioso mensaje que nos brindó: “tenemos que poner atención antes de que llegue la enfermedad, hay que prevenir en salud mental” y enlacé la solución transversal que necesitaba para ello; era muy interesante la idea de prevenir las consecuencias de esas angustias educando a los pacientes para que aprovecharan los recursos internos que todos tenemos y que afloren en aprovechamiento propio y de los demás. De ahí surgió la idea de utilizar los recursos propios de los pacientes.

Pensé en crear un espacio de trabajo fuera de la consulta, evitando así la presión asistencial que no permite en la mayoría de los casos establecer una comunicación terapéutica con los pacientes, trabajando en grupo utilizando técnicas de relajación, que tan faltos estamos todos de ellas en nuestro día a día; educando en conocimientos y habilidades para obtener una mejoría de la salud tanto física como mental, fomentando la capacidad de autocuidado y la salud mental positiva.

Con ese objetivo he realizado la presente investigación, estructurándola en los siguientes apartados: Resumen, Prólogo e Introducción y en ocho capítulos. En el **Capítulo 1** se expone el marco conceptual que trata del autocuidado, la salud mental positiva, la cronicidad, las intervenciones psicosociales de enfermería y el papel que ha de asumir el profesional de enfermería, temas de actualidad y que sustentan el cambio de paradigma de nuestro sistema sanitario. En el **Capítulo 2** se presentan los objetivos y las hipótesis de la investigación. En el **Capítulo 3** se presenta la Metodología del estudio el diseño, la población objeto de estudio, la muestra, las variables, los instrumentos de medición utilizados, el procedimiento de recogida de datos que se siguió, los análisis realizados y las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta. Tal y como se describe de forma detallada en el apartado de metodología, el estudio se ha llevado a cabo en dos fases. En la Fase I, el diseño fue de tipo descriptivo correlacional en tanto que en la Fase II se llevó a cabo un programa de intervenciones psicosociales de enfermería para potenciar la capacidad de autocuidado y la salud mental positiva de personas con problemas crónicos de salud atendidos en una consulta de enfermería. Para la evaluación de la efectividad del programa se llevó a cabo un diseño quasi-experimental, con grupo control y grupo intervención, y con distribución aleatoria de la muestra.

En el **Capítulo 4** se presentan los resultados obtenidos en la investigación, organizados siguiendo las dos fases del estudio. En el **Capítulo 5** se expone la discusión sobre los resultados ordenados del mismo modo. En el **Capítulo 6** se describen las limitaciones del estudio y las líneas futuras de investigación que se proponen. En el **Capítulo 7** se presentan las conclusiones finales. En el **Capítulo 8** se recogen las referencias bibliográficas. Y finalmente se adjuntan diversos anexos referidos a: los instrumentos de trabajo utilizados, la hoja informativa, el consentimiento informado, el programa de

intervención que se ha aplicado y la financiación obtenida para la realización del estudio y la difusión de la investigación que se ha llevado a cabo durante la realización de la tesis.

Espero con mi trabajo poder aportar una opción de ayuda a los pacientes y una herramienta de trabajo que genere participación, enriqueciéndose de otras miradas y opiniones.

*“No podemos dividir la salud en salud física o salud mental, la distinción entre salud física y salud mental, son artificiales, siendo la salud una condición única”*

*(Lluch Canut, 1991).*

# Introducción



## Introducción

Nuestro sistema sanitario está llevando a cabo un cambio de orientación de la perspectiva de enfermedad aguda a enfermedad crónica y su tratamiento, basculando hacia la Atención Primaria, hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. El “Pla de Salut de Catalunya” (2011-2015) en su segunda línea de actuación propone literalmente: “Un sistema más orientado a los enfermos crónicos”.

Acentuar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas, grandes consumidores de servicios y tratamientos sanitarios es una necesidad; el aumento de la cronicidad unido al envejecimiento de la población nos obliga a repartir los recursos. Y, en este sentido, un cambio en el modelo de actuación en los centros de salud puede ayudar mucho a ello. Por otro lado, concienciar a la población de su responsabilidad en materia de autocuidado de salud es tarea de los profesionales.

El autocuidado abarca una amplia gama de actividades: adoptar hábitos saludables, cuidar de nuestro entorno, responsabilizarnos del cuidado de nuestra salud y velar por la salud de la comunidad; sin embargo, no es fácil ese cambio de modelo sin la ayuda de profesionales que nos informen y apoyen para poder llevar a cabo esas actividades.

Uno de los pilares del autocuidado es la actitud que ante la vida adoptemos, una visión positiva de la vida y de los procesos que nos tocan vivir, sin duda va a mejorar la vivencia. Por tanto, procurar una salud mental positiva se incluye en las acciones saludables; con el objeto de prevenir futuras enfermedades y afrontar los retos que durante nuestra existencia nos encontramos; desde la profesión de enfermería son numerosos los compañeros que de una forma u otra intentan ayudar a los pacientes cada día, adoptando soluciones que se adapten a la realidad de cada persona, sin

embargo la presión asistencial impide en muchos casos que la educación sanitaria sea eficaz; en este sentido promover espacios para educar a los pacientes en autocuidado es cada vez más necesario.

El autocuidado engloba una serie de actividades dirigidas a mejorar la salud y el bienestar de las personas desde una actitud individual que se expande hacia la comunidad pero que es profundamente personal, son necesarios unos previos para poder acometer con éxito el abordaje del tema en cuestión; por parte de los sujetos son: una actitud positiva ante la vida, interés en aprender, integrar el aprendizaje y ponerlo en práctica, y por parte de los profesionales: aprovechar las necesidades vertidas en las consultas, generar espacios para realizar actividades de educación en autocuidado, englobando en ello las terapias complementarias, como las técnicas de relajación, canalizar la energía positiva para ayudar a los usuarios creando programas de educación orientados en este sentido, aprovechar los recursos con eficiencia dando un trato al autocuidado como cualidad interna propia que todos poseemos, es decir la capacidad o agencia de autocuidado y que hay que utilizar con responsabilidad para lograr un nivel óptimo de salud.

Podemos decir que el uso de acciones de autocuidado y la utilización de terapias alternativas o complementarias han mostrado a lo largo de la historia que su práctica siempre ha existido, que sigue vigente y en aumento, el conocimiento de ellas y su aplicación se convierte en una búsqueda de aprendizaje para conseguir una mejoría de la propia salud de forma activa, simultáneamente a la medicina convencional.

Las técnicas de relajación se sitúan dentro de las terapias complementarias con buenos resultados para los usuarios de las mismas, su facilidad para implementar talleres en los centros de atención primaria, el reconocimiento por parte de los colectivos profesionales

y por los pacientes hacen de ellas una herramienta útil para la mejoría de la salud, el bienestar de las personas y la promoción del autocuidado.

Vivimos en una sociedad cada vez más exigente consigo misma, que produce un estrés continuado en la población, la crisis que llevamos años viviendo también ha hecho mella en la ciudadanía y en estos momentos se necesita activar los recursos propios para lograr el equilibrio necesario en esta situación; esto unido a la recomendación de las administraciones a un cambio de modelo hacia una responsabilidad personal en materia de autocuidado justifica, en gran parte, el planteamiento de esta tesis doctoral.

Pero, además, la necesidad de reforzar la salud mental de la población está patente en instituciones y programas sanitarios tanto de ámbito nacional como internacional. Es importante tratar no sólo la enfermedad sino también reforzar la salud, teniendo claro que existe una relación importante entre la salud física y la salud mental. Las personas con problemas crónicos de salud física precisan reforzar su salud mental positiva para poder afrontar la situación de cronicidad de la forma más favorable posible.

Por otro lado, los profesionales de enfermería de la atención primaria están cercanos a la población y las políticas de actuación sanitaria apoyan la intervención enfermera dirigida a mejorar el afrontamiento de la cronicidad.

El trabajo que se presenta en esta tesis trata de potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva, entendiéndolos como recursos, como herramientas para sentirnos mejor y con más capacidad para afrontar los retos que nos plantea la vida, desde unas actividades sencillas que se pueden realizar en la consulta de enfermería, en el domicilio y algunas de ellas en cualquier lugar, por ejemplo la visualización. Son de fácil aprendizaje, muy económicas y proporcionan gran bienestar.

En esta tesis doctoral se propone un programa de intervención psicosocial de enfermería realizando diversas actividades que potencian el autocuidado y la salud mental positiva, utilizando técnicas de relajación, musicoterapia, respiración abdominal, ejercicios de relajación, con el propósito de movilizar los recursos propios de las personas, para que partiendo de estos recursos se conviertan en gestores de su proceso de salud y puedan ayudar al proceso de gestión de la salud de sus familias.

Dando importancia a todos los aspectos descritos, la investigación desarrollada en esta tesis está centrada en la combinación de esos aspectos, contemplando las premisas clave de que:

- El foco de estudio estará centrado en las personas con problemas crónicos de salud física, atendidos en consultas de enfermería de atención primaria, con necesidad de ser agentes de su propio cuidado (físico y mental) y de potenciar al máximo nivel posible su salud mental positiva.
- Las enfermeras de atención primaria de salud apoyan tanto la salud (física y mental) como la capacidad de autocuidado de las personas a las que atienden en sus consultas y desarrollan su trabajo guiadas por marcos conceptuales (teorías y modelos de enfermería), adaptando los principios teóricos a la realidad asistencial.
- Dorothea Orem desarrolló una Teoría General de Autocuidado que es de gran utilidad para concebir la intervención enfermera de apoyo y refuerzo de conductas de salud y la propia autora, junto con otras enfermeras relevantes (como Vardiman, Lluch-Canut, Miguel-Ruiz, Albacar-Riobóo) han vislumbrado la importancia de vincular la capacidad de autocuidado y la salud mental positiva: descubriendo y potenciando las fortalezas de los pacientes, las enfermeras

pueden hacer grandes aportaciones al incremento de la capacidad de autocuidado de las personas a las que atiende.

- Sin embargo, para reforzar todos estos planteamientos es preciso aportar evidencia científica y es en este sentido que se plantea esta tesis doctoral.

*“Cuando una puerta de felicidad se cierra, otra se abre, pero muchas veces miramos tanto tiempo la puerta cerrada que no vemos la que se ha abierto para nosotros”.*

*Helen Keller*



# Capítulo 1

## Marco Conceptual



---

Recomendación n<sup>o</sup>1:

“Valorar positivamente las cosas buenas  
que tenemos en nuestra vida”

Decálogo de Salud Mental Positiva. Lluch MT (2011)

---

## 1. Modelo Conceptual

El marco conceptual que orienta el trabajo de esta tesis doctoral se centra en dos planteamientos conceptuales básicos: la Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem,1993) y la perspectiva conceptual de Salud Mental Positiva formulada inicialmente por Marie Jahoda (1958) y desarrollada ampliamente por M<sup>a</sup> Teresa Lluch (1999). Previa a la descripción de los trabajos de estas autoras y la evolución de sus planteamientos, se enmarcan los aspectos generales de los constructos autocuidado y salud mental positiva. Posteriormente, se contemplan las vinculaciones entre ambos constructos formuladas por Orem y Vardiman ( 1995) y por Albacar (2014) y Miguel (2014).

### 1.1. Autocuidado: Concepto y evaluación

Para ubicar el concepto de autocuidado es necesario describir en primer lugar, algunos aspectos del término cuidar. Según el diccionario de la Real Academia Española el verbo cuidar proviene de la palabra “*coidar*” (discurrir) que a su vez viene del latín “*cogitare*” (pensar, reflexionar). Etimológicamente se relaciona con sentir una inclinación hacia. Se atribuye a Galeno, médico griego del Siglo II, la autoría del uso del término como “cuidar y tratar” (López-Alonso, 2011), el término “*cogitare*” ha sufrido una evolución en su significado desde los orígenes latinos: pensar, reflexionar paso a

significar “prestar atención” a algo o alguien y posteriormente a “asistir” a alguien, siendo este último significado uno de los pilares de la profesión enfermera.

El cuidado se concibe como un proceso que tiene lugar a lo largo de toda la vida del ser humano. Durante ese proceso se van adquiriendo conocimientos y habilidades para poder ejercerlo que varían en función de la etnia, del grupo familiar y del país en el que el individuo haya nacido. Sin embargo, de forma universal, el concepto de cuidar va ligado a la ayuda a los demás y se vincula a la necesidad de supervivencia de la humanidad; desde las civilizaciones antiguas se tiene conocimiento de los cuidados que se originan como cuidados domésticos, evolucionando a lo largo de la historia hasta la profesionalización del cuidar (García Martín-Caro, Marriner y Alligood, 2008; Martínez-Martin, 2010; Martínez-Martin, 2011, Orem, 1983; Orem y Taylor, 2011; Potter y Perry 2014).

El cuidar como profesión tiene su máxima representación en la enfermería. Desde la disciplina enfermera cuidar es la finalidad y, aunque existen diferentes definiciones de cuidado en función del enfoque teórico/conceptual que se utilice, en general hay acuerdo en entender el ser humano como un ser global, bio-psico-social y espiritual, y el cuidar como un conjunto de acciones que se ejercen para atender todas las necesidades del ser humano, lo que se conoce como cuidado integral.

Collière (1993) planteó el término cuidar vinculado a los verbos proteger y conservar y estableció diferencias entre cuidar (care) y curar (cure). Consideró la acción de cuidar como una actividad cotidiana habitual, relacionada con los valores y las costumbres, que necesita desarrollarse durante la vida y que implica una adquisición de habilidades y conocimientos que las personas interiorizan. Por otro lado, la acción de curar tiene como objetivo luchar contra la enfermedad atacando sus causas, limitándola, y si es necesario, apartando a las personas de su ambiente para poder llevar a cabo la atención que

requieren. Estas definiciones separadas de ambos términos son, según Collière (1993), importantes, aunque la diferencia es realmente borrosa ya que es muy fina la línea que las separa. El cuidado es un acto intelectual y práctico, para el que se necesita desarrollar habilidades personales con el objetivo de escoger hábitos que determinen un estilo de vida saludable. Y, cuidar no consiste solo en proteger, alertar y/o poner límites sino también en promover, impulsar, abrir e inspirar (Lamata, 1998; Martiñá, 2007; Potter y Perry 2014; Tobón y García, 2004).

Si al término cuidar se le añade el prefijo auto, proveniente del griego “ααυτός” que significa “por sí mismo”, se obtiene el término Autocuidado: cuidar de sí mismo.

El autocuidado hace referencia a las prácticas cotidianas y a las decisiones que toma una persona sobre ellas para cuidar de su salud; se realizan durante toda la vida, se aprenden en el entorno familiar, se pueden modificar con el tiempo y se pueden corregir mediante educación concreta sobre el tema. Estas acciones normalmente corresponden a las actividades de supervivencia y son: la alimentación adecuada, las medidas higiénicas, la capacidad de escoger una vestimenta adecuada, el ejercicio físico, las habilidades para establecer relaciones sociales, las habilidades para resolver problemas, el mantenimiento de comportamientos seguros, el manejo del tiempo libre y la adaptación al medio y a los cambios de forma flexible (Antón, 1989; Collière, 1993; Lluch, 2004; Novel, Lluch y Miguel, 2000; Martin-Zurro y Cano-Pérez, 2009; Tobón, 2003; Uribe 1999)

El autocuidado es una función inherente al ser humano, es una acción de protección, es indispensable para el buen funcionamiento de forma individual y en grupo, equivale a

obtener una libertad necesaria para el desarrollo del individuo e influye de una manera muy positiva en la persona y su entorno.

Sin embargo, el autocuidado no es solamente una actitud sino una asunción de responsabilidad, ya que el autocuidado depende de saber y poder: el saber se refiere a la cultura de salud que la persona posea y el poder con tener los medios necesarios para actuar (Antón, 1989). Está ampliamente aceptado que la sociedad precisa de educación sanitaria que procure los saberes que la población necesita. Sin embargo, en esta educación hay que incorporar los conocimientos y las costumbres culturales que pasan de generación en generación, tomando conciencia de que el autocuidado se basa, fundamentalmente, en la cultura propia. Es importante no menospreciar este aspecto sino aprender de ese saber social y añadirlo a los saberes científico-técnicos. Aprovechando esta realidad y debido a su enorme potencial, las políticas sanitarias hacen hincapié en establecer el autocuidado como una estrategia para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad y en una herramienta indispensable en cualquier sistema de salud, relacionando el concepto de autocuidado no solo con el concepto de responsabilidad sino también como concepto positivo de la salud. Esta es la perspectiva que se refleja por ejemplo en el *Pla de Salut de Catalunya 2011-2015*, (Departament de Salut, 2012).

### **1.1.1. Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem**

En el marco del autocuidado, destaca con reconocimiento internacional el planteamiento teórico formulado por la enfermera Dorothea Orem. En la década de los años 50 describió la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA), que engloba tres

teorías: la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría del Sistema de Enfermería.

La autora, en sus propuestas, reúne en el individuo las capacidades de autocuidado, del cuidado a los demás, del aprendizaje de hábitos saludables y la responsabilidad del mantenimiento de su salud y de la comunidad.

Orem forjó su pensamiento trabajando como enfermera privada, en asistencia hospitalaria y en docencia. Esto le dio una perspectiva amplia y un profundo conocimiento de la profesión en todas sus vertientes. En su discurso no influyó una autora más que otra, según sus propias declaraciones, sino que fue el conjunto de enfermeras que conoció en su trayectoria y sus experiencias lo que le sirvió de fuente de referencia.

Dentro del metaparadigma enfermero, Orem define los cuatro componentes que lo configuran del siguiente modo:

- **Persona:** el ser humano es un organismo con funciones biológicas y sociales, capacitado para expresarse, para comprender su entorno y las relaciones con el mismo y con los demás, preparados para aprender de la experiencia y para realizar actividades de autocuidado, capaz de modificar conductas y de realizar acciones de ayuda a las demás personas.
- **Salud:** significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

- **Entorno:** todo lo que rodea al paciente y que va a influir en su salud y en su respuesta a las diferentes situaciones a las que se enfrente.
- **Enfermería:** disciplina cuyos profesionales están capacitados para proporcionar a los sujetos o comunidad cuidados según sus necesidades personales y sus niveles de incapacitación.

Según Orem, el autocuidado se define como “Las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar; y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud” referenciado en (Roldán-Merino, Puig-Llobet, Lluch-Canut, Menarguez-Alcaina y Sabadell-Gimeno, 2014).

Orem organizó su Teoría General de Autocuidado sustentándose en otras tres teorías relacionadas entre sí: 1) Teoría del autocuidado, 2) Teoría del déficit de autocuidado y 3) Teoría del sistema de enfermería. Estas teorías son continuas en el tiempo, dinámicas, flexibles y permiten una adaptación a la situación de la persona en todo momento. Se describe a continuación los aspectos más relevantes de cada una de ellas.

**1. Teoría del Autocuidado.** Describe el autocuidado como una conducta de los sujetos dirigida hacia sí mismos, hacia otros y hacia el entorno. Mediante acciones de autocuidado la persona regula los factores que afectan a su funcionamiento personal y a su bienestar en términos de salud.

Establece tres tipos de requisitos:

a) **Requisitos universales de autocuidado:** son requisitos comunes a todas las personas, durante todas las etapas del ciclo vital y se refieren al mantenimiento y funcionamiento humano. Se definen ocho requisitos universales que abarcan las dimensiones física, psicológica y social:

- Mantener suministro suficiente de aire.
- Mantener suministro suficiente de agua.
- Mantener suministro suficiente de comida.
- Proporcionar el cuidado relacionado con los procesos de eliminación y excreción.
- Mantener un balance entre la soledad y la interacción.
- Mantener en balance entre la actividad y el descanso.
- La prevención del riesgo o peligros hacia la vida humana.
- La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

b) **Requisitos de autocuidado para el desarrollo:** estos requisitos están asociados a los procesos de desarrollo humano y a las condiciones y eventos que ocurren durante el ciclo de la vida y pueden afectar negativamente. Hay dos categorías que hacen referencia a:

- La conservación de los procesos que permiten la vida y favorecen el crecimiento, dándose consideración a cada requisito universal de autocuidado durante: la etapa intrauterina, el nacimiento y el neonato, la infancia y la adolescencia, las etapas de desarrollo de la edad adulta, y el embarazo, sea en la adolescencia o en la edad adulta.
  - La prevención de efectos perjudiciales para el crecimiento y desarrollo humanos. También incluye el cuidado para superar los efectos de situaciones tales como: privación educativa, problemas de adaptación social, pérdida de posesiones o seguridad ocupacional, enfermedades terminales y/o muerte inminente.

c) **Requisitos de desviación de la salud:** se derivan de necesidades en caso de enfermedad o problemas funcionales; son desviaciones humanas y, por tanto, se han de realizar acciones para corregir dichas situaciones, la enfermedad en si misma o sus consecuencias. Se describen seis categorías:

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada.
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos.
- Llevar a cabo las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación.
- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos del tratamiento.
- Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse a uno mismo en un estado de salud particular.
- Aprender a vivir con los efectos del estado patológico y del tratamiento con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal adecuado.

**2. Teoría del déficit de autocuidado.** En ésta teoría se describen las causas que pueden llevar al déficit de autocuidado, habla de las razones de los sujetos para afrontar dicho autocuidado y que pueden beneficiarse de los cuidados de enfermería determinando cuándo y por qué. En este sentido los sujetos tienen limitadas las acciones de forma parcial o completa para realizar actividades de autocuidado o de cuidado de las personas que dependen de ellos viéndose afectada la capacidad de comprometerse en la realización de los cuidados de cualquier tipo. El déficit de autocuidado relaciona las necesidades de autocuidado de la persona y su capacidad para llevarlos a cabo, se refiere a una disminución de la solvencia para realizar las actividades necesarias para un buen funcionamiento (Albacar-Riobóo, 2014; Pérez y Suárez, 2009). El déficit de autocuidado como concepto es abstracto, construyéndose con las variables: agencia (capacidad) y demanda (aquellos cuidados necesarios para satisfacer la necesidad afectada), el déficit se genera

cuando no existe la capacidad necesaria para solucionar la demanda (Kozier, Erb, Blais y Wilkinson, 1999).

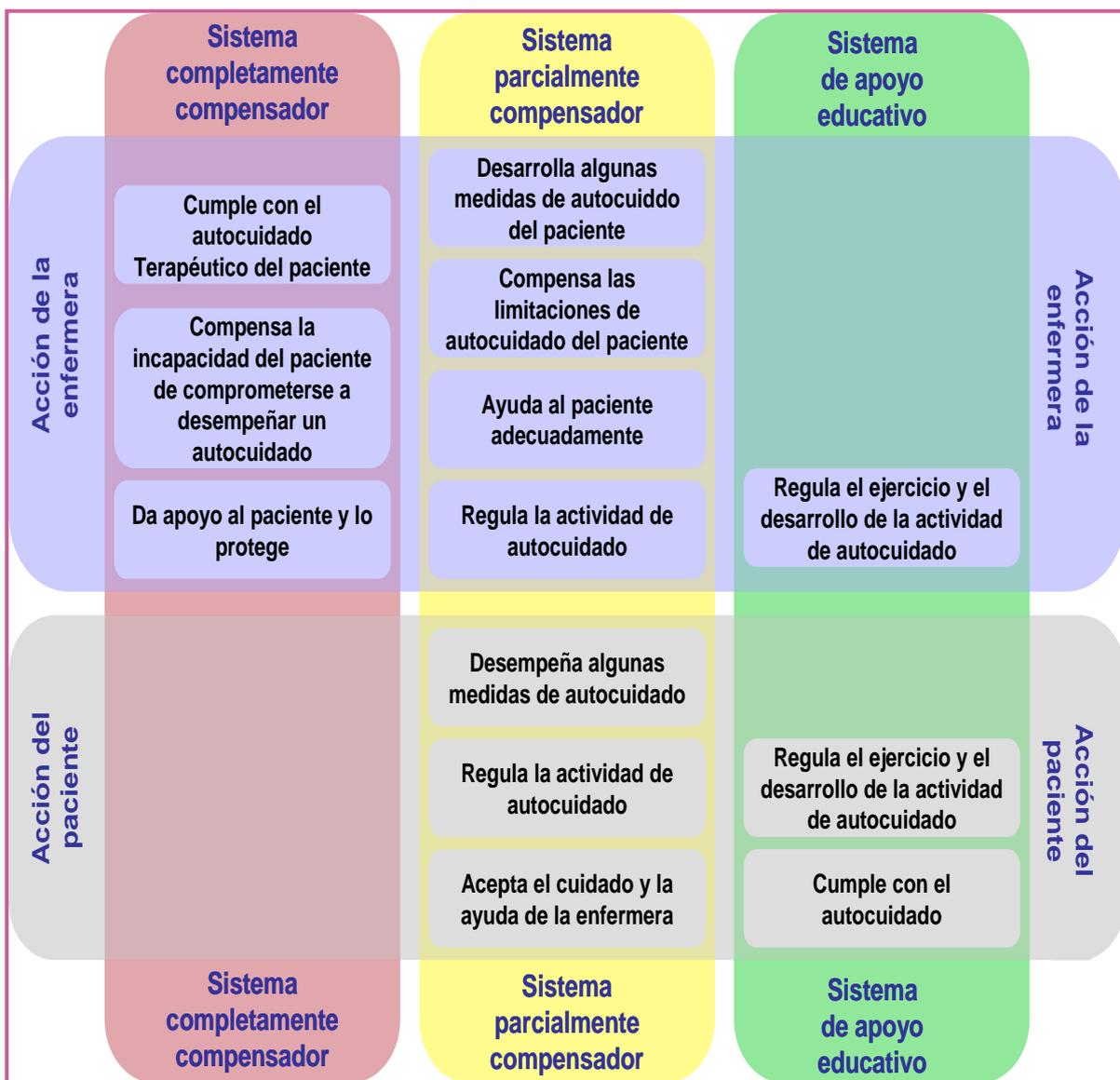
Esta teoría propone los siguientes planteamientos (Orem, 1993):

- Las personas que realizan actividades para su autocuidado o cuidados de las personas que tienen a su cargo tienen capacidades de acción especializadas.
- Las habilidades de las personas para ocuparse de su autocuidado o cuidados a los demás están condicionadas por la edad, el sexo, la salud, la etapa del desarrollo, la experiencia vivida, el ámbito sociocultural y los recursos disponibles.
- La relación entre las capacidades de los sujetos para el autocuidado o el cuidado de otros con la demanda cualitativa y cuantitativa de autocuidado se puede determinar cuándo se reconozca el valor de cada una de ellas.
- La relación entre las habilidades de cuidado y las demandas de cuidados se puede definir en términos de igualdad, déficit o superioridad.
- La enfermería es un servicio legítimo cuando las habilidades para autocuidarse son menores de las demandas requeridas.
- Las personas con déficits instaurados o potenciales para el cuidado están o podrán estar en estado de dependencia social que legitima una relación de enfermería.

**3. Teoría de los sistemas de enfermería:** en esta teoría se explican los modos en que las enfermeras pueden atender a los sujetos, identificando tres sistemas: **a)** Sistema de enfermería totalmente compensadora: en este caso las necesidades son de suplencia, la enfermera actúa en lugar de la persona para realizar las actividades de autocuidado que debería hacer él. **b)** Sistema de enfermería parcialmente compensadora: el personal de enfermería proporciona autocuidados de ayuda,

orientando y ayudando al paciente adecuadamente y compensando las limitaciones de autocuidado del paciente. **c)** Sistema de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los sujetos educando, apoyando y regulando las actuaciones que han de llevar a cabo. En la figura 1, se puede observar de forma gráfica la Teoría de los Sistemas de Enfermería de Orem y las diferentes acciones que realizan los profesionales de Enfermería y los pacientes dependiendo de la situación en la que se encuentren (Roldán–Merino, 2011).

Figura 1: Sistemas de enfermería según la Teoría de D. Orem



**Fuente:** Roldán-Merino ,J.(2011).Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia. (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona. Barcelona.

### 1.1.2. Concepto de Agencia de Autocuidado

Tal y como se ha explicado anteriormente, Orem considera la capacidad de autocuidado y la capacidad de cuidar a otros; la persona se entiende como un todo integral, capaz de pensar y actuar de manera independiente, con potencial para adquirir conocimientos, habilidades y motivación para cuidar de sí misma, de su familia y de sus personas dependientes. A estas capacidades para autorregularse las definió como “Agencia de Autocuidado”; en este sentido, la Agencia de Autocuidado se describe como: “la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo” (Guirao-Goris, 2003; Orem, 1993; 2001; Navarro y Castro 2010).

Estas capacidades han sido definidas por la autora como: las capacidades fundamentales, los componentes de poder y las capacidades especializadas para operar el autocuidado (Landeros, 2003; Orem ,1993; Rivera-Álvarez 2006). Todas estas capacidades pueden estar desarrolladas pero no estar operativas, es decir el individuo por algún motivo no hace uso de ellas. Las **capacidades fundamentales** son las que el individuo realiza de forma deliberada y no solo se refieren a actividades de autocuidado, sino también a sensaciones, percepciones, memoria y orientación. (Gast, Denyes, Campbell, Hartweg y Schott-Baer, 1989).

Los **componentes de poder** se describen como las capacidades que facilitan las prácticas de autocuidado en el individuo. Los componentes de poder son diez, éstos

fueron descritos por el grupo de la Conferencia de Desarrollo de Enfermería de la Universidad Católica de Washington y constituyen las capacidades necesarias para realizar un autocuidado satisfactorio (Albacar-Riobóo, 2014; Cely, Espinosa y Mateus, 2008; Denyes 1998; Gast et al., 1989; Orem 1993)

1. Habilidad para mantener la atención sobre uno mismo como agente de autocuidado, hacia las condiciones externas e internas y hacia los factores importantes para el autocuidado.
2. Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para el cumplimiento de las operaciones de autocuidado.
3. Estar motivado/a, tener metas para el autocuidado, de acuerdo con sus características y su significado para la vida, la salud y el bienestar.
4. Habilidad para razonar dentro de un marco de referencia de autocuidado, tomar decisiones acerca del autocuidado y hacer operativas dichas decisiones.
5. Habilidad para adquirir conocimientos acerca del autocuidado: técnicos y fuentes y recursos autorizados, retener dicho conocimiento y hacerlo operativo.
6. Habilidad para ordenar acciones de autocuidado que lleven hacia la realización final de las metas de autocuidado
7. Realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria.
8. Habilidad para llevar a cabo de forma consistente las operaciones de autocuidado, integrándolas con aspectos relevantes de la persona, la familia y la comunidad.
9. Regular energía física disponible para el autocuidado que sea suficiente para la iniciación y continuación de las operaciones del autocuidado.

10. Un conjunto de habilidades cognoscitivas, preceptuales, manipulativas, de comunicación e interpersonales adaptadas a la ejecución de actividades de autocuidado.

Por último, **las capacidades especializadas para operar el autocuidado**, se clasifican en tres tipos (Gast et al., 1989)

- Operaciones estimativas: se refieren a la investigación de los condicionantes y factores de uno mismo y de su entorno que son significativas para realizar el autocuidado.
- Operaciones transicionales: se refieren a la capacidad de juicio y toma de decisiones sobre aquello que uno puede, debe y hace para satisfacer los requisitos de autocuidado.
- Operaciones productivas: se refiere a las acciones que se ejecutan para satisfacer dichos requisitos de autocuidado.

Todas estas capacidades para realizar un buen autocuidado están relacionadas con lo que Orem denomina **los factores básicos condicionantes**; estos factores son elementos personales con los que el profesional de enfermería trabaja para poder desarrollar aquellos cuidados que el paciente demande ya sea como autocuidado preventivo, terapéutico o de suplencia.

Los factores básicos condicionantes se clasifican en tres tipos:

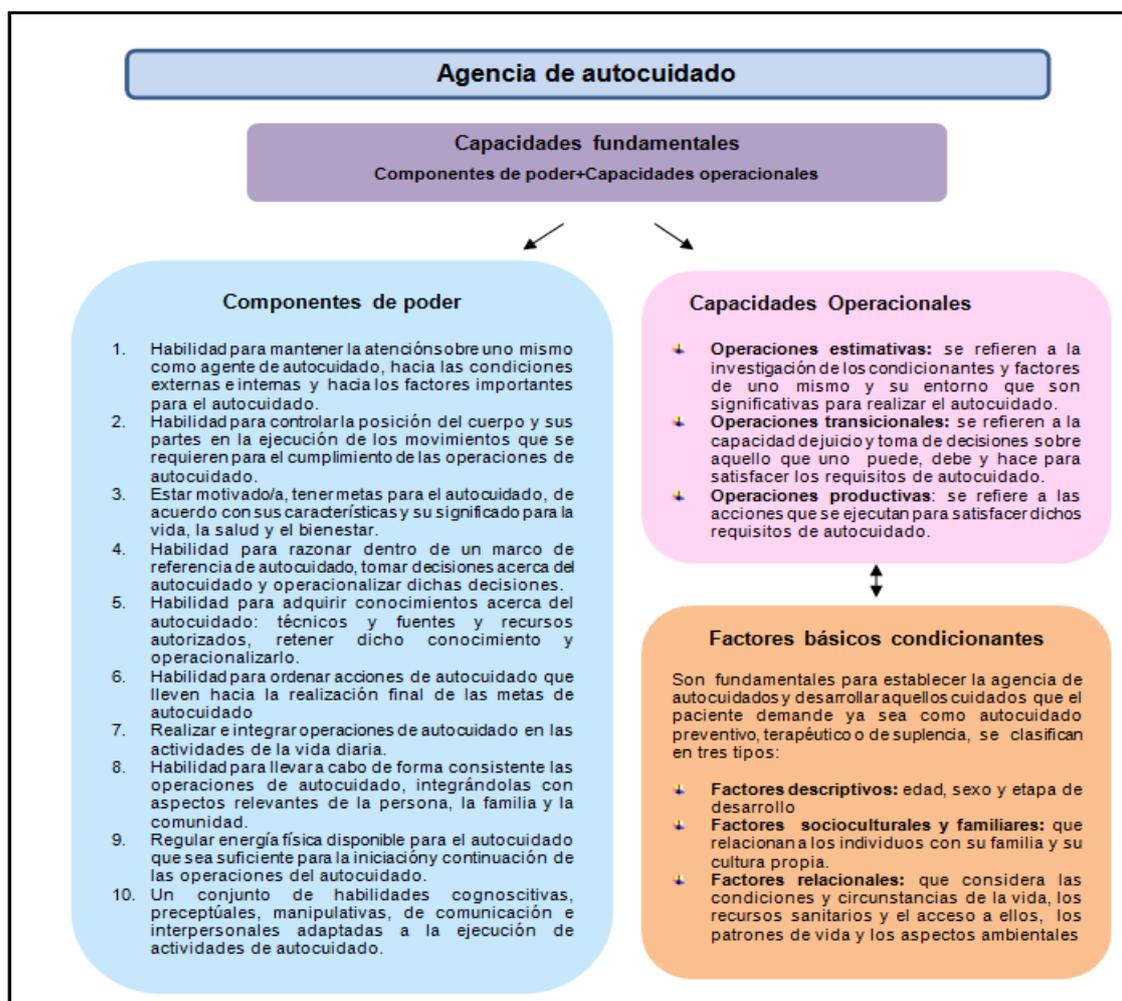
- Factores descriptivos: edad, sexo y etapa de desarrollo
- Factores socioculturales y familiares: que relacionan a los sujetos con su familia y su cultura propia.
- Factores relacionales: que consideran las condiciones y circunstancias de la vida, los recursos sanitarios y el acceso a ellos, los patrones de vida y los aspectos ambientales

Los factores básicos condicionantes son fundamentales para establecer la agencia de autocuidados, ya que en función de la etapa de la vida, la edad, el sexo, la cultura, propia, los recursos personales, el ambiente, los patrones de vida y el acceso a los recursos sanitarios, la capacidad para el autocuidado será diferente.

La Agencia de Autocuidados se estructura con la combinación de las capacidades operacionales: estimativas, transicionales y productivas; y de los diez componentes de poder que capacitan para la realización de las operaciones de autocuidado; esta combinación son las capacidades fundamentales (Gast et al., 1989; Orem 2001; Fernández y Manrique-Abril, 2011).

En la Figura 2 se muestra de forma esquemática la estructura de la agencia de autocuidados.

Figura 2: Composición de la Agencia de Autocuidado, según la Teoría de Orem.



Fuente: Elaboración propia.

### 1.1.3. Evaluación del Autocuidado

#### 1.1.3.1. Escalas generales de autocuidado

Tal y como señalan Roldán-Merino (2011), Miguel-Ruiz (2014) y Albacar-Riobóo (2014), en una amplia revisión de la bibliografía existente en relación a la evaluación del concepto Autocuidado, encontraron diversos instrumentos de evaluación que se detallan en la tabla 1, algunos son generales y algunos específicos; sin embargo, tal y como se puede observar, en relación a la evaluación de la Agencia de Autocuidado sólo existe la escala *Apreciación de la Agencia de Autocuidados (Appraisal of Self-Care Agency Scale-ASA)*, que describiremos a continuación de forma detallada, por constituir un elemento esencial de esta tesis.

| Tabla 1: Descripción de las escalas de Autocuidado basadas en la Teoría de Orem |                          |   |                    |
|---|--------------------------|---|--------------------|
| Instrumentos  | Autores                  | Dimensiones   | Tipo de escala     |
| <i>The exercise of Self-Care Agency</i> (ESCA)                                  | Kearney y Fleischer 1979 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoestima</li> <li>- Respuesta activa hacia respuestas pasivas a situaciones</li> <li>- Conocimientos</li> <li>- Motivación</li> </ul>  | Likert             |
| <i>The Denyes Self-Care Agency Instrument</i> (DSCAI)                           | Denyes 1980              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad para tomar decisiones</li> <li>- Valoración relativa de la salud</li> <li>- Conocimientos</li> <li>- Niveles de energía física</li> <li>- Sentimientos</li> <li>- Atención a la salud</li> </ul>   | Likert             |
| <i>The Denyes Self-Care Practice Instrument</i> (DSCPI)                         | Denyes 1980              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrición y salud</li> <li>- Descanso e interacción social</li> </ul>  | 0-100              |
| <i>The Perception of Self-Care Agency Questionnaire</i> (PSCA)                  | Hanson y Beckel 1985     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivación</li> <li>- Capacidades cognitivas para tomar decisiones</li> <li>- Limitaciones cognitivas</li> <li>- Capacidad de movimiento</li> <li>- Repertorio de habilidades</li> </ul>   | Likert             |
| <i>The Appraisal of Self-Care Agency Scale</i> (ASA)                            | Evers 1986               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Combina el poder de los componentes de autocuidado con la capacidad para desempeñar productivamente operaciones de autocuidado</li> </ul>  | Likert             |
| <i>Dependent Care Agent Questionnaire</i> (DCA)                                 | Moore JB Gaffney KF 1989 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Requisitos de autocuidado</li> <li>- Responsabilidad social</li> <li>- Interacción social</li> </ul>   | Likert             |
| Self –As – Carer Inventory (SCI)  | Geden y Taylor 1991      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento de sí mismo</li> <li>- El juicio y decisiones que afectan la producción del autocuidado</li> <li>- Conciencia de sí mismo</li> <li>- Las habilidades físicas y satisfacción con las actividades de autocuidado</li> </ul>   | Likert             |
| <i>The Mental Health-Related Self-Care Agency Scale</i> (MHSCA)                 | West e Isenberg 1997     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La capacidad para mantener la atención, la vigilancia del ejercicio con respecto a uno mismo, uso controlado de la energía disponible, motivación, capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de sí mismo, capacidad para adquirir conocimientos técnicos, repertorio de habilidades cognitivas y perceptivas, capacidad para ordenar distintas acciones de autocuidado.</li> </ul>  | Likert             |
| Cuestionario basado en la Teoría de Orem de Clark                               | Clark 1998               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrición, descanso, sueño, forma física, actividad, manejo del estrés, apoyo social, seguridad ambiental, calidad de vida y permanecer activo e independiente.</li> </ul>   | Preguntas abiertas |
| Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) basada en la Teoría de D. Orem        | Roldán 2011              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Requisito de autocuidado: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos.</li> <li>- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación</li> <li>- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo; soledad y la interacción social</li> <li>- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano</li> <li>- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales</li> </ul> | Likert             |

**Fuente:** Miguel-Ruiz (2014). "Valoración de la Salud Mental Positiva y de los Requisitos de Autocuidado en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Dorothea Orem. (Tesis Doctoral) Universidad de Barcelona. Barcelona.

### 1.1.3.2. Escala Agencia de Autocuidado

La Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (*Appraisal of Self-Care Agency Scale- ASA*), es el instrumento diseñado para medir la capacidad de autocuidado de los pacientes siguiendo los planteamientos de la Agencia de Autocuidado descritos anteriormente (Landeros, 2003).

La escala de “Apreciación de la Agencia de Autocuidado” (ASA) fue elaborada por Evers e Isenberg, en la Facultad de Ciencias de la Salud de Maastrich (Holanda), en el año 1986. Siguiendo la línea de trabajo de Dorothea Orem, la escala se construyó con el objetivo de medir la capacidad de la persona para realizar operaciones de autocuidado (Evers, 1989; Isenberg, 2001; Manrique, Fernández y Velandia 2009; Muñoz, Cabrero, Richart, Orts y Cabañero 2005; Rivera-Álvarez, 2006). La escala cuenta con los tres elementos de la agencia de autocuidado (capacidades fundamentales, capacidades operativas y componentes de poder). En las capacidades operativas se contemplan las operaciones estimativas, las operaciones transicionales y las operaciones productivas. Los resultados permiten clasificar a las personas en tres categorías: agencia de autocuidado no desarrollada, en desarrollo y desarrollada. Y, los autores aclaran que la agencia de autocuidado desarrollada puede ser o no operativa.

La ASA consta de 24 ítems (16 ítems positivos y 8 ítems negativos) y se estima un tiempo para contestarla de unos 30 minutos. Los ítems reflejan la estructura de la agencia de autocuidado sin embargo no contienen las dimensiones de la escala. La escala original se desarrolló en inglés con un formato de respuestas de cinco alternativas tipo likert, en la que el 1= (totalmente en desacuerdo) siendo el valor más bajo y 5= (totalmente de acuerdo) el valor más alto posible. Evers e Isenberg (1986) desarrollaron dos versiones de la ASA: ASA-A y ASA-B. La primera se confeccionó para administrarla a los pacientes y la segunda para administrarla a los profesionales.

La escala de Agencia de Autocuidado (ASA) ha sido ampliamente utilizada, traducida a varios idiomas y empleada en diferentes culturas, en países de Europa, Asia oriental y Latinoamérica. Es un instrumento que ha logrado gran aceptación por los investigadores en enfermería, a nivel internacional (Achury, Sepúlveda y Rodríguez 2009; Fernández y Manrique-Abril, 2009).

Sin embargo, la escala ASA se ha medido de forma diferente según los autores. Este tema es crucial ya que estas diferencias pueden llegar a confundir al investigador. En este sentido, Carrillo y Mesa (2013), realizaron un estudio de revisión de la escala, analizando un total 27 documentos publicados entre los años 1989 y 2013, y encontraron diferencias en la medición de la escala, tanto en las categorías de respuesta de la escala Likert (4 ó 5 categorías) como en la variabilidad de los parámetros de medición (el promedio aritmético, los rangos, la mediana y el cuartil), realizándose previo acuerdo de los autores (Carrillo y Mesa 2013). Sin embargo, en la totalidad de los estudios realizados la ASA se ha mostrado válida y fiable. En este sentido, la consistencia interna de la ASA, en los diferentes estudios analizados, oscila entre valores alpha de 0,72 a 0,92 (Carrillo y Mesa, 2013).

Desde que se creó ha sido traducida, estudiada, cambiada y mejorada. Incluso algún estudio apuesta por su disminución en cuanto a ítems (Santos-Guerra 2014; Sousa, Zauszniewski, Musil, Price y Davis 2005). Se han realizado con ella artículos de traducción, de comparación, de intervención, tesis de maestría, tesis doctorales y artículos de revisión. Se ha aplicado a pacientes con patologías como: diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, obesidad, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), a ancianos dependientes e independientes, a cuidadores, a población sana, a embarazadas, a pacientes con artritis reumatoide y con otras patologías).

Se han realizado estudios de traducción de la escala original (inglés), en países como **Noruega:** (Lorensen, Inger, Evers, Isenberg y Achterberg, 1993), **Holanda:** (Evers, Isenberg y Philipsen, 1993), **Suecia:** (Söderhamn, Evers y Hamrin 1996), **Dinamarca:** (Achterberg, Lorensen, Isenberg, Evers, Levin y Philipsen, 1990), **Hungría:** (Zrínyi y Zékányné, 2007), **Brasil:** (Sousa, Zauszniewski, Zeller y Neese, 2008), y **China:** (Fok, Alexander, Wong y McFayden, 2002). También ha sido traducida al español en **México:** (Gallegos, 1998) y **Colombia:** (De Reales, 2005), con una primera y segunda versión respectivamente, y se ha estudiado su validez en todas las poblaciones anteriormente citadas y en **Norteamérica:**(Sousa, Zauszniewski, Zeller y Neese, 2008).

En la tabla 2 se muestra de forma sintetizada una relación de los diferentes estudios realizados con la escala ASA, analizando: autores, lugar en el que se ha realizado el estudio y el idioma utilizado, la muestra analizada, la versión/versiones de la escala ASA utilizadas, el tipo de escala de medición (4 o 5 respuestas), los valores de fiabilidad y las puntuaciones localizadas. Tal y como se puede observar, la versión de la escala ASA-A (para pacientes) es la que ha sido más investigada.

| Tabla 2: Relación de estudios realizados con la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) |   |  |                      |        |                                  |            |
|--|---|--|----------------------|--------|----------------------------------|------------|
| Autores  | Lugar de estudio/<br>idioma   | Muestra/<br>perfil   | Escala               | Likert | Fiabilidad<br>$\alpha$ -Cronbach | Puntaje    |
| Achterberg, Lorensen, Isenberg, Evers, Levin Philipsen, (1991).                        | Dinamarca<br>Noruega<br>Holanda<br>Inglés(original)<br>Danés,<br>Noruego y<br>Holandés. | n=120 pacientes<br>n=233 enfermeras  | ASA A<br>ASA B       | 5      | No<br>reporta                    | No reporta |
| Lorensen , Inger, Evers, Isenberg, Achtberg, (1993)                                    | Noruega<br>Noruego  | >65 años<br>Grupo 1: dependientes n=40<br>Grupo 2: independientes n=40   | ASA A<br>ASA B       | 5      | ASA A<br>0,79<br>ASA B<br>0,88   | No reporta |
| Evers, Isenberg Philipsen, (1993)  | Holanda<br>Holandés   | n=140<br>Tercera edad<br>Grupo 1: vivían con cuidados<br>especializados<br>Grupo 2: apartamentos<br>tutelados<br>Grupo 3: independientes         | ASA A<br>24<br>ítems | 5      | 0,82                             | No reporta |
| Söderman, Evers, Hamrin, (1996)  | Suecia<br>Sueco   | Grupo de ancianos (n=52)<br>Grupo de cuidadores (n=53)   | ASA A<br>ASA B       | 5      | ASA A<br>0,77<br>ASA B<br>0,87   | No reporta |
| Decramer, Gosselink, Toosters, Verchueren, Evers, (1997)                               | Bélgica<br>Holandés   | n=57<br>Pacientes con EPOC<br>(Enfermedad Pulmonar<br>Obstructiva Crónica)<br>Grupo 2 ingresos anuales: 23<br>Grupo sin ingreso en el año:<br>34 | ASA<br>24<br>ítems   | 5      | No<br>reporta                    | No reporta |
| Gallegos, (1998)   | México<br>Español   | n= 192<br>Pacientes con Diabetes<br>Mellitus<br>n=120 hospitalizados<br>n= 72 atención primaria  | ASA<br>24<br>Ítems   | 5      | 0,77                             | No reporta |
| Fok, Alexander, Wong, McFayden, (2002)   | Hong Kong<br>Chino  | n= 128<br>Tercera edad   | ASA<br>24<br>Ítems   | 5      | 0,72                             | No reporta |
| Landeros, (2003)   | México<br>Español   | n=128<br>Pacientes con y sin obesidad  | ASA<br>24<br>Ítems   | 4      | No<br>reporta                    | No reporta |
| Peñaloza M (2004)  | Colombia<br>Español   | n=77<br>Pacientes con hipertensión<br>arterial   | ASA<br>24<br>Ítems   | 4      | No<br>reporta                    | No reporta |

Fuente: Elaboración propia.

| Tabla 2 (Continuación): Relación de estudios realizados con la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) |                             |  |                            |          |                                  |   |
|---|-----------------------------|--|----------------------------|----------|----------------------------------|---|
| Autores   | Lugar de estudio/<br>idioma | Muestra/<br>perfil   | Escala                     | Likert   | Fiabilidad<br>$\alpha$ -Cronbach | Puntaje   |
| Sousa, Zauszniewski, Musil, Price, Davis (2005)   | EEUU<br>Inglés              | n=141<br>Pacientes con Diabetes insulino dependiente   | ASA<br>24 ítems            | 1        | No reporta                       | No reporta  |
| Soriano y Sotomayor M, Arrijo G, Tlalpan R (2005)   | Colombia<br>Español         | n=100<br>Pacientes con síndrome coronario  | ASA<br>24 ítems            | 5        | No reporta                       | No reporta  |
| De Reales,(2005)  | Colombia<br>Español         | n=201<br>Validación de la escala del español de México (Gallegos) al español de Colombia (de Reales) | ASA<br>24 ítems            | De 5 a 4 | 0.74                             | No reporta  |
| Landeros, Gallegos (2005)   | México<br>Español           | n=128<br>Pacientes con y sin obesidad  | ASA<br>24 ítems            | 4        | No reporta                       | No reporta  |
| Rivera-Álvarez, (2006)  | Colombia<br>Español         | n=90<br>Pacientes con hipertensión arterial hospitalizados   | ASA<br>24 ítems            | 4        | 0.77                             | No reporta  |
| Zrinyi, Zékányiné, (2007)   | Hungría<br>Húngaro          | Grupo de pacientes (n=160)<br>Grupo de enfermeras (n=52)   | ASA A<br>ASA B<br>24 ítems | 5        | 0.88                             | No reporta  |
| Rivera-Álvarez, Díaz (2007)   | Colombia<br>Español         | n=90<br>Pacientes con hipertensión arterial hospitalizados   | ASA<br>24 ítems            | 4        | No reporta                       | 2 categorías por promedio<br>$\geq$ promedio (suficiente)<br>$\leq$ promedio (deficiente) |
| Bastidas-Sánchez, (2007)  | Colombia<br>Español         | n=115 3 grupos<br>Tratamiento convencional<br>Tratamiento intervencionista<br>Fallo coronario        | ASA<br>24 ítems            | 5        | No reporta                       | No reporta  |
| Sousa, Zayszbuewski, Zeller, Neese, (2008)  | EEUU<br>Inglés              | n= 141<br>Pacientes con tratamiento de insulino dependencia  | ASA-20<br>20 ítems         | 4        | 0.85                             | No reporta  |

Fuente: Elaboración propia.

| Tabla 2 (Continuación) : Relación de estudios realizados con la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) |                             |  |                 |        |                                  |   |
|--|-----------------------------|--|-----------------|--------|----------------------------------|---|
| Autores  | Lugar de estudio/<br>idioma | Muestra/<br>perfil   | Escala          | Likert | Fiabilidad<br>$\alpha$ -Cronbach | Puntaje   |
| Velandia, Rivera, (2009)   | Colombia<br>Español         | n=201<br>Personas adultas con algún factor de riesgo cardiovascular  | ASA<br>24 ítems | 4      | 0.74                             | No reporta  |
| Manrique-Abril, Fernández y Velandia (2009)  | Colombia<br>Español         | n=201<br>Pacientes con patología crónica   | ASA<br>24 ítems | 4      | 0.74                             | No reporta  |
| Fernández, Manrique-Abril, (2010)  | Colombia<br>Español         | n=40<br>Intervención educativa en pacientes con hipertensión en 4 grupos de 10 sujetos                           | ASA<br>24 ítems | 4      | 0.95                             | No reporta  |
| Cadenas-Lagunes y Flores-Gutiérrez, (2010)   | México<br>Español           | n=100<br>Pacientes con Diabetes Mellitus II en personas de 45 años y más   | ASA<br>24 ítems | 4      | No reporta                       | 1-24 muy baja<br>25-48 baja<br>49-72 buena<br>73-96 muy buena   |
| Arreondo-Holguín, E (2010)   | Colombia<br>Español         | n=206<br>Pacientes con Insuficiencia Cardíaca  | ASA<br>24 ítems | 5      | No reporta                       | Escala de proporción. En 3 categorías: baja media y alta  |
| Fernández, Manrique-Abril, (2011)  | Colombia<br>Español         | n=240<br>Pacientes adultos de más de 60 años   | ASA<br>24 ítems | 4      | 0.74                             | 2 categorías establecidas por el promedio<br>$\geq$ promedio (suficiente)<br>$\leq$ promedio (deficiente) |
| García M, García G, Arreguin L, Landeros E, (2011)   | México<br>Español           | n=110<br>Mujeres embarazadas<br>Grupo 1: Mujeres con preeclampsia n=55<br>Grupo 2: Mujeres embarazo normal n= 55 | ASA<br>24 ítems | 4      | 0.73                             | Transformación de la escala de 0-100  |

Fuente: Elaboración propia.

| Tabla 2 (Continuación): Relación de estudios realizados con la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) |                             |   |                    |        |                                      |  |
|---|-----------------------------|---|--------------------|--------|--------------------------------------|--|
| Autores   | Lugar de estudio/<br>idioma | Muestra/<br>perfil  | Escala             | Likert | Fiabilidad<br>$\alpha$ -<br>Cronbach | Puntaje  |
| Espitia-Cruz LC, (2011)   | Colombia<br>Español         | n=435<br>Pacientes con hipertensión arterial  | ASA<br>24 ítems    | 4      | No reporta                           | No reporta   |
| Herrera E, Berrocal N, Tordecilla C, (2011)   | Colombia<br>Español         | n=51<br>Pacientes con Diabetes  | ASA<br>24 ítems    | 4      | No reporta                           | No reporta   |
| Leiva, Acosta, Berrocal, Carrillo, Castro, Watson, (2012)   | Costa Rica<br>Español       | n=13<br>Pacientes con artritis reumatoide   | ASA<br>24 ítems    | 4      | No reporta                           | No reporta   |
| Fernández, Manrique-Abril, (2012)   | Colombia<br>Español         | n= 240<br>Pacientes con Hipertensión arterial<br>Grupo experimental: n=150<br>Grupo control: n=90 | ASA<br>24 ítems    | 4      | 0.72                                 | 2 categorías<br>24-59 baja<br>60-96 alta   |
| Herrera Lianm A et al (2012)  | Colombia<br>Español         | n=225<br>Pacientes con Diabetes Mellitus II   | ASA<br>24 ítems    | 4      | 0.81                                 | Porcentajes de 0%-100% divididos en 3 categorías Baja Media Alta                     |
| Espinoza, Jofre (2012)  | Chile<br>Español            | n=30 cuidadoras informales  | ASA<br>24 ítems    | 4      | 0.81                                 | No reporta   |
| Alarcón, Rizo Cortés; Cadena, Leal, Alonso (2013)   | México<br>Español           | n= 200 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.<br>Intervención con grupos focales                | ASA<br>24 ítems    | 5      | No reporta                           | No reporta   |
| Contreras-Orozco, Contreras-Machado, Hernández-Bohórquez, Castro-Balmaceda, Navarro-Palmett (2013)    | Colombia<br>Español         | n=27<br>Pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en atención primaria                            | ASA<br>24 ítems    | 4      | No reporta                           | 4 categorías<br>24-43 (muy baja)<br>44-62 (baja)<br>63-81 (regular)<br>82-96 (buena) |
| Damasio, Koller, (2013)   | Brasil<br>Portugués         | n= 134<br>Pacientes con enfermedad crónica  | ASA -R<br>15 ítems | 4      | No reporta                           | No reporta   |

Fuente: Elaboración propia.

| Tabla 2: Relación de estudios realizados con la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) |                             |   |                       |        |                                      |   |
|--|-----------------------------|---|-----------------------|--------|--------------------------------------|---|
| Autores  | Lugar de estudio/<br>idioma | Muestra/<br>perfil  | Escala                | Likert | Fiabilidad<br>$\alpha$ -<br>Cronbach | Puntaje   |
| Rodríguez-Gázquez, Arreondo – Holguín, Salamanca-Acevedo, (2013)                       | Colombia<br>Español         | n=266<br>Pacientes con de Insuficiencia Cardíaca  | ASA<br>24<br>ítems    | 5      | No<br>reporta                        | No reporta  |
| Benavides Parra,(2013)   | Colombia<br>Español         | n=30 (Prueba piloto)<br>n= 83<br>Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de síndrome coronario agudo, hospitalizados | ASA<br>24<br>ítems    | 5      | No<br>reporta                        | 4<br>categorías<br>24-43 (muy<br>baja)<br>44-62<br>(baja)<br>63-81<br>(regular)<br>82-96<br>(buena) |
| Carrillo, Díaz, (2013)   | Colombia<br>Español         | n=87<br>Pacientes que realizan Diálisis Peritoneal  | ASA<br>24<br>ítems    | 4      | No<br>reporta                        | Promedio  |
| Zuluaga-Alzate, LJ (2013)  | Colombia<br>Español         | n=125 pacientes portadores de dispositivos cardíacos implantables   | ASA<br>24<br>ítems    | 4      | 0.78                                 | Muy Baja<br>24-43<br>Baja 44-62<br>Regular<br>63-81<br>Buena 82-96                                  |
| Morales Aguilar, R. (2013)   | Colombia<br>Español         | n=133<br>Pacientes adolescentes de 17-20 años   | ASA<br>24<br>ítems    | 4      | No<br>reporta                        | Alta<br>capacidad,<br>Capacidad<br>media Baja<br>capacidad.   |
| Santos-Guerra, T (2014)  | Brasil<br>Portugués         | n=150<br>Pacientes con Diabetes Mellitus<br>Traducción, adaptación y validación de la escala en Brasil                    | ASA –R<br>15<br>ítems | 5      | 0.84                                 | No reporta  |
| Vega-Angarita, (2014)  | Colombia<br>Español         | n=65<br>Pacientes con hipertensión arterial   | ASA<br>24<br>ítems    | 5      | No<br>reporta                        | Baja 24-89<br>Media 90-101<br>Alta 102-120  |
| Leiva, Cubillo, (2014)   | Costa Rica<br>Español       | n=211<br>Sujetos sanos y sujetos con patología crónica  | ASA<br>24<br>ítems    | 4      | 0.84                                 | No reporta  |
| Correa-Tello K, (2014)   | Colombia<br>Español         | n=67<br>Intervención educativa en pacientes portadores de stent coronario   | ASA<br>24<br>ítems    | 4      | No<br>reporta                        | Baja 24-48<br>Media<br>49-73<br>Alta 74-96  |

Fuente: Elaboración propia.

Uno de los aspectos relevantes que se extraen de los estudios presentados es que, si bien la escala original se construyó con carácter unidimensional, diversos autores están realizando estudios de las dimensiones de la escala ASA, calculando el análisis factorial de la misma, a pesar de que no existen resultados concluyentes ni robustos. Uno de los estudios destacados de análisis factorial se realizó en Colombia, los autores Manrique-Abril, Fernández y Velandia (2009) plantearon nueve ejes factoriales (ver tabla 3); en la propuesta que formulan se encuentra a faltar la denominación conceptual de los factores ya que sólo los enumeran.

| <b>Tabla 3: Factores de la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)</b> |   |
|---|---|
| <b>Factores</b>   | <b>Ítems</b>  |
| <b>Factor 1</b>   | 19. soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud<br>21. puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada<br>22. puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo mismo/a<br>23. pocas veces dispongo de tiempo para mi  |
| <b>Factor 2</b>   | 2. rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas<br>5. si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud<br>9. puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto<br>10 si es necesario puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy |
| <b>Factor 3</b>   | 4. puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor<br>18. soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros<br>24. aun con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta  |
| <b>Factor 4</b>   | 15. pocas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio<br>16. en otros momentos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud  |
| <b>Factor 5</b>   | 3. puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme<br>17. si tengo que tomar un nuevo medicamento puedo obtener información sobre los efectos indeseables   |
| <b>Factor 6</b>   | 1. según cambien las circunstancias puedo hacer ajustes para mantenerme con salud<br>14. cuando obtengo información sobre mi salud raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo  |
| <b>Factor 7</b>   | 7. puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud<br>8. con tal de mantenerme limpio puedo cambiar la frecuencia con que me baño  |
| <b>Factor 8</b>   | 6. con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo<br>11. a veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago<br>20 con la actividad diaria rara vez tengo tiempo para cuidarme   |
| <b>Factor 9</b>   | 12. tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir si necesito ayuda<br>13 pocas veces puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado  |

**Fuente:** Manrique-Abril F, Fernández A y Velandia, A (2009). "Análisis factorial de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia". *Aquichán*, 9 (3), 222-235. Colombia.

Los mismos autores exploraron otra opción con 2 factores, sin resultados concluyentes. Otro estudio abordando el análisis factorial es el que se realizó en Norte-América, con una muestra de pacientes diabéticos adultos (Sousa, Zauszniewski, Zeller y Neese, 2008). Plantearon una distribución de la escala con 7 factores y exploraron la reducción de algunos ítems de la escala proponiendo dos versiones: ASA-24 y ASA-20, con un resultado  $\alpha$  de Cronbach de 0,85 para ambas escalas; concluyendo que la eliminación de algunos ítems de la versión original (ASA-24) no modificaba la fiabilidad de la escala. En Brasil, Damasio y Koller (2013), exploraron una versión reducida de la escala ASA (ASA-R) con 15 ítems y una estructura factorial de 3 factores:

- Factor 1: Vista la capacidad de auto-cuidado (ítems 1, 2, 3, 5, 6 y 10).
- Factor 2: Desarrollo de la capacidad de autocuidado (ítems 7, 8, 9, 12 y 13).
- Factor 3: Carecen de capacidad para autocuidado (ítems 4, 11, 14 y 15).

En Colombia se realizó un nuevo estudio con pacientes diabéticos (n=27) en el que plantearon una estructura factorial de la ASA con cinco dimensiones (Contreras-Orozco, Contreras-Machado, Hernández- Bohórquez, Castro- Balmaceda y Navarro-Palmett, 2013). (Ver tabla 4)

Tabla 4: Dimensiones de la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)

| Dimensión                     | Ítems   |
|-------------------------------|---|
| 1. <b>Interacción social</b>  | 12. tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir si necesito ayuda<br>22. puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo mismo/a   |
| 2. <b>Bienestar personal</b>  | 2. rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas<br>4. puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor<br>5. si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud<br>7. puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud<br>8. con tal de mantenerme limpio puedo cambiar la frecuencia con que me baño<br>14. cuando obtengo información sobre mi salud raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo<br>15. pocas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio<br>16. en otros momentos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud<br>17. si tengo que tomar un nuevo medicamento puedo obtener información sobre los efectos indeseables<br>19. soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud<br>21. puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada<br>23. pocas veces dispongo de tiempo para mi |
| 3. <b>Actividad /reposo</b>   | 3. puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme<br>6. con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo<br>11. a veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago<br>13. pocas veces puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado<br>20. con la actividad diaria rara vez tengo tiempo para cuidarme  |
| 4. <b>Alimentación</b>        | 9. puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto   |
| 5. <b>Desarrollo personal</b> | 1. según cambien las circunstancias puedo hacer ajustes para mantenerme con salud<br>10. si es necesario puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy<br>18. soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros<br>24. aun con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta   |

---

**Fuente:** Contreras-Orozco A, Contreras-Machado A, Hernández-Bohórquez C, Castro Balmaceda MT, Navarro-Palmet L, (2013). "Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia".

---

#### 1.1.4. Autocuidado como recurso de sostenibilidad

El autocuidado se ha de potenciar desde una vertiente político-económica porque la involucración del ciudadano en su salud tiene que ayudar a la calidad de vida de las personas y a la sostenibilidad del sistema. En este sentido, la realidad actual puede contribuir al autocuidado. Gran parte de la población tiene acceso a la comunicación y a la información a través de internet, de forma inmediata desde cualquier parte del planeta, sobre cualquier tema de salud y puede participar de forma activa en foros y debates de temas de salud. Por ello, la oportunidad de crear un modelo centrado en el

autocuidado se establece como prioridad, brindando una oportunidad a los ciudadanos de participar y decidir de forma activa sobre su salud. En este sentido, el autocuidado se debe abordar desde la perspectiva de los hábitos de vida saludable, en todos los niveles de acercamiento a los ciudadanos, principalmente en los servicios públicos de sanidad y educación. Los hábitos de vida saludable se adquieren en la familia y en la comunidad pero han de existir espacios en los centros de salud y en los colegios para llevar a cabo programas de educación en autocuidado. En este sentido, la educación para el autocuidado se ha de entender, tratar y establecer como pilar fundamental en el sistema sanitario (Kickbush, 1996). El enfoque principal para enmarcar la educación para el autocuidado de la población se ubica en el contexto de la promoción de la salud, si se puede a través de programas educativos que faciliten el aprendizaje y fomenten el empoderamiento de la población en su propio autocuidado ya que, tal y como señala Lluch (2002), es importante tener en cuenta que la salud no hay que depositarla en manos de los demás sino que se ha de asumir desde uno mismo (Lluch, 2002; Lluch y Novell, 1997).

El término empoderamiento, según el Diccionario Panhispánico de Dudas (2005), se define como “conceder poder a un colectivo desfavorecido socio-económicamente para que mediante su autogestión mejore sus condiciones de vida”. También añade el verbo empoderar como variante desusada de apoderar. Originariamente este concepto se utilizó en un colectivo de mujeres para que tomaran el poder de la gestión de los recursos materiales y simbólicos (Hainard y Verschuur 2006).

La evolución del término va ligada al concepto de “desarrollo” visto como crecimiento e incremento de las capacidades de las personas y con otras dimensiones como la participación comunitaria y la toma de decisiones colectivas. Para los autores Keller y Mbewe (1991), el desarrollo es un proceso de empoderamiento, ya que definen el

desarrollo como el proceso mediante el que los sujetos consiguen ser capaces de organizarse para aumentar su propia autonomía, para hacer valer sus derechos en la toma de decisiones de forma independiente y para ejercer control sobre los recursos disponibles. Desde una perspectiva psicoanalista también se percibe una definición de empoderamiento cuando Karen Horney (1885-1952) habla de la capacidad del ser humano para realizarse como individuo, de la fuerza de voluntad y la aptitud para relacionarse con los demás (Bernard, 1994) y de la habilidad de obtener el máximo partido de los recursos personales (Torralba, 1998).

Sin embargo para que se pueda producir el empoderamiento de la población los profesionales de la salud han de ejercer un papel relevante en el proceso ya que, tal y como hemos señalado anteriormente, la información que la población puede manejar es tanta y tan abundante que se puede generar la paradoja de que en vez de informar desinformen o confundan y, en el peor de los casos, engañen o estafen en un intento de negociar con la salud de la población, por ejemplo mediante páginas web que ofrecen dietas milagrosas o medicamentos de todo tipo a un coste sensiblemente menor del que se vende en el mercado oficial.

En este sentido, para el empoderamiento de la población en el autocuidado se ha de contemplar la importancia de la certeza de la calidad de la información, ya que de modo contrario puede inducir a convencimientos erróneos, a actitudes que no son las adecuadas y, en definitiva, a prácticas de autocuidado perjudiciales para la salud. En este sentido, tal y como señala Basagoiti (2014) es importante considerar la rigurosidad científica de los contenidos, que deberán estar formulados en base al conocimiento y a las evidencias científicas disponibles.

La necesidad de centrar la responsabilidad de los cuidados en la persona está siendo trascendente hoy en día y la facilidad que nos dan las nuevas tecnologías para ello es indiscutible (Gallego-Pérez y González-Mestre, 2014). Por otro lado, el autocuidado ha adquirido tal nivel de relevancia que desde el año 2014, se ha fijado el día 24 de Julio como el día Mundial del Autocuidado. El Autocuidado está en auge, convirtiéndose en protagonista del sistema sanitario. De este hecho se han dado cuenta las industrias farmacéuticas que están trabajando en la fabricación y venta de productos para el autocuidado de la salud, en líneas de productos de medicina complementaria con un claro objetivo manifestado de mejorar la calidad de vida del ciudadano. Económicamente, en el año 2012, se movilizaron 4.700 millones de euros en el sector, según fuente de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP). Esta asociación se fundó en el año 1978 bajo el nombre de Asociación Nacional de Especialidades Farmacéuticas Publicitarias y en el año 1998, y con motivo de su veinte aniversario, se cambió el nombre a la denominación actual, conservando las siglas anteriores y ampliando su ámbito de actuación a medicamentos y productos de autocuidado.

La adopción del Autocuidado como forma de vida repercute directamente en la mejora económica del sistema sanitario. Según el estudio económico realizado por la Universidad Pompeu Fabra en el año 2009 (Ferragut y Cirera, 2010), potenciando el autocuidado el sistema sanitario liberaría 1.258 millones de euros al año; las comunidades autónomas ahorrarían un 2,1% de los presupuestos de su territorio en materia de salud; las consultas de atención primaria se reducirían entorno a las 23.000 visitas al año, dando mayor capacidad en la gestión del tiempo de consulta al profesional para situaciones que requieren mayor inversión en tiempo o para nuevos espacios creados para los ciudadanos y los profesionales, como por ejemplo: talleres

educativos, foros de conocimiento y experiencias, mayor presencia de profesionales en la atención domiciliaria y otros temas que surjan de las voluntades profesionales y ciudadanas que se consideren oportunos para la comunidad.

## **1.2. Salud Mental Positiva: Concepto y evaluación**

El capital mental de las poblaciones es una de las bases de su prosperidad. Desde este enfoque, cuidar la salud mental de los ciudadanos ha de ser una prioridad sanitaria. Sin embargo, tradicionalmente se ha tratado la salud mental desde una perspectiva centrada en la enfermedad y en sus síntomas, cuando ya está el problema instaurado. En este sentido, y aunque se están haciendo avances, tal y como veremos a continuación, la prevención de posibles trastornos mentales y la promoción de la salud mental es una prioridad para los gobiernos y las instituciones, que han desarrollado documentos y guías para las intervenciones orientadas a implementar las líneas estratégicas propuestas en esa dirección (Pla de Salut de Catalunya 2011-2015); World Health Organization, 2004, 2005, 2008, 2010), The European Mental Health Action Plan, 2013, Plan de Acción sobre salud Mental (2013-2020) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo son múltiples los autores que apoyan esta necesidad (Antonovsky, 1987; Antonovsky, 1993; Herman, Saxena y Moodie, 2005; Kovess-Masfety, Murray y Gurejé 2005; Lluch-Canut, 2015; Rejas-Blanco y Martín-Muñoz 2010; Rivera de los Santos, Ramos, Moreno y Hernán 2011; Saxena, Jané-Llopis y Hosmn, 2006) y los que ven la salud mental desde una perspectiva positiva, relacionada con el bienestar y la calidad de vida (Antonovsky, 1996; Duncan, 1966) o con el optimismo y el pesimismo (Scheier y Carver, 1985).

La perspectiva positiva de la salud mental se enmarca de lleno en el ámbito de la promoción de la salud mental. Y, si bien actualmente existe un amplio desarrollo de la

vertiente positiva de la salud mental, sus inicios se encuentran ya en las primeras décadas del siglo XX, donde se empieza a formular la idea de que la salud mental es algo más que ausencia de enfermedad. En ese contexto surgió un constructo de gran relevancia, tanto histórica como contemporáneamente, que es el constructo Salud Mental Positiva (SM+), descrito inicialmente por Marie Jahoda (1958) y que desarrollaremos de forma más detallada en apartados posteriores.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. (WHO 1948). La salud mental contribuye positivamente al bienestar individual y colectivo, a la calidad de vida de los ciudadanos y a la productividad social.

Sin embargo, no fue hasta el año 2001 en que la OMS definió de forma específica la salud mental como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*. (OMS, 2001)

En ambas definiciones, tanto la salud como la salud mental, se contemplan desde el concepto de bienestar, ampliamente desarrollado por diversos autores entre los que destaca el trabajo de Ryff (Ryff y Keyes, 1995). Pero para interpretarlas es interesante explorar el concepto de bienestar y sus causas desde la perspectiva filosófica, a través de la cual se puede explicar el concepto de bienestar desde dos orientaciones distintas: el hedonismo y la eudaimonía. Por un lado, el hedonismo entiende el placer como la finalidad o el objetivo de la vida, siendo el bienestar la consecuencia de la satisfacción de los deseos. Por otro lado, la eudaimonía, palabra griega cuyo significado es

felicidad, es el fin que persigue el hombre, y se alcanza mediante la práctica de la virtud, que es el término medio entre el exceso y el defecto. Las virtudes humanas son aspectos positivos del hombre, han de ser una constante en la vida y mediante la prudencia y el hábito se consiguen; esta orientación se establece como un esfuerzo personal en ejercer un equilibrio (virtud) en la vida dirigida a conseguir el bienestar (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009). Desde esta perspectiva, se ha enfocado la vertiente positiva de la salud mental a partir de un enfoque evolucionista que permite hablar de las características de personalidad que han de tener las personas mentalmente sanas (Jhonson, 2000; Ugalde y Lluch 2001).

Sin embargo, el concepto de bienestar es insuficiente para reflejar la idea de que la salud mental es algo más que ausencia de enfermedad. Y, en este sentido, la Salud Mental Positiva (SM+) es el concepto que sirve para denominar ese algo más que ausencia de enfermedad; un espacio dedicado especialmente a la promoción de la salud mental porque se aborda desde la ausencia de trastorno, con una perspectiva de refuerzo y desarrollo del funcionamiento óptimo del ser humano. (Lluch, 2008).

### 1.2.1. Planteamientos conceptuales de Marie Jahoda

La primera referencia que se tiene del término Salud Mental Positiva se encuentra en Marie Jahoda, cuando en 1958 publica su documento *Current concepts of Positive Mental Health*, (Jahoda, 1958).

Las bases de su trabajo en relación a la vertiente positiva de la salud mental se remontan a planteamientos que proceden de la antigüedad. Destaca Aristóteles y su estudio sobre la Eudaimonía (felicidad) y la vida virtuosa, (Calvo-Martínez, 2005; Reale, 2003), Posteriormente, otra aportación importante es la que procede de la teoría humanista, fundamentada en la fenomenología y en el existencialismo, postulando la concepción de la persona en su globalidad, la bondad del ser humano y su creatividad, y la importancia del equilibrio psicológico como elemento fundamental para una buena salud mental. En esta línea los autores Rogers y Maslow son dos psicólogos que influyeron de forma relevante en el trabajo de Jahoda, (Cano, Rodríguez, García-Martínez y Antuña, 2005; Hervás, 2009; Peterson, 2006). Destacan algunos párrafos de la obra de Maslow, “Motivación y Personalidad” que publico en el año 1954 (citado en Hoffman, 2009 pág. 239) donde se vislumbra de forma muy clara las reflexiones que apoyaron los planteamientos de Jahoda:

*“La Ciencia de la Psicología ha prosperado mucho más del lado negativo que del lado positivo y nos ha revelado muchas más cosas sobre los problemas, enfermedades y pecados del ser humano que sobre sus potencialidades, virtudes, aspiraciones y alturas psicológicas. Es como si la psicología se hubiese limitado voluntariamente a la mitad, más oscura y mediocre por cierto, de su legítima jurisdicción.*

*Pero yo creo que la psicología todavía no ha alcanzado sus cotas más elevadas y quisiera entender cómo hemos caído en el error pesimista y lo que tenemos que hacer para corregirlo.*

*No solo debemos descubrir lo que es la psicología, sino también lo que debe o puede llegar a ser si se libera de los efectos estupidizantes, de preocupaciones limitadas, pesimistas y mezquinas sobre la naturaleza humana”*

Jahoda realizó estudios en pedagogía, filosofía y psicología y obtuvo el doctorado en esta disciplina en la Universidad de Viena. Realizó un estudio muy interesante en la comunidad de Marienthal (1932), pequeña localidad austríaca golpeada por un altísimo nivel de desempleo, que en el año 1929 vivió el cierre de la única fábrica del pueblo que empleaba a la práctica totalidad de sus habitantes. El estudio se centra en los efectos que el paro produce en la población, en la vida diaria de sus habitantes y en la gestión de su tiempo desde que están desocupados; conforme este tiempo va pasando y el paro se hace crónico, va destruyendo una sociedad, sus esperanzas de futuro y sus intentos por reconstruir sus vidas. (Lazarsfeld, Jahoda y Zeisel, 1932).

Las conclusiones de este estudio fueron más allá de las consecuencias económicas que se pueden suponer con esta situación, se estudió el impacto del desempleo en el tejido social, en la psicología personal y familiar de los habitantes, en su adaptación y en la forma de afrontar el problema definiendo rasgos de cada individuo y clasificándolos: los que mantenían alta la moral, los resignados, los desesperados y los apáticos. El estudio es un referente clásico en los estudios de psicología social, siendo un referente también del comportamiento personal y social del ser humano ante las adversidades. En este sentido, también es una obra de referencia desde la perspectiva positiva de la salud mental, (Jahoda, 1987).

En el año 1958, Jahoda fue la encargada de preparar un estudio sobre el concepto de salud mental positiva. Este estudio fue encargado por la *Joint Commission on Mental Illness and Health* (Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y la Salud Mental) y tenía que servir como un elemento más que ayudara a los miembros de la Comisión a tener una valoración global de la salud mental del país. Jahoda realizó un excelente trabajo; estudió las ideas existentes sobre salud mental y tras descartar las que eran incompatibles con un enfoque positivo, las sintetizó en seis enfoques o criterios y en

dieciséis subfactores. (Ver Tabla 5). Consideró la Salud Mental Positiva como un comportamiento individual, no colectivo y, estableció que el entorno social y cultural puede facilitar o dificultar la consecución de la salud por medio de las normas para evaluar un comportamiento saludable que lejos de ser fijas y objetivas varían con el lugar, el tiempo, la cultura y las expectativas de cada grupo social.

| Tabla 5: Factores generales y subfactores formulados por M. Jahoda |  |
|--|--|
| Factores generales   | Subfactores  |
| <b>F1: Actitudes hacia ti mismo</b>                                | F1.1: Accesibilidad del yo a la conciencia<br>F1.2: Concordancia yo real-yo ideal<br>F1.3: Autoestima<br>F1.4: Sentido de identidad  |
| <b>F2: Crecimiento y autoactualización</b>                         | F2.1: Motivación por la vida<br>F2.2: Implicación en la vida   |
| <b>F3: Integración</b>   | F3.1: Resistencia al estrés  |
| <b>F4: Autonomía</b>   | F4.1: Conducta independiente   |
| <b>F5: Percepción de la realidad</b>                               | F5.1: Percepción objetiva<br>F5.2: Empatía o sensibilidad social   |
| <b>F6: Dominio del entorno</b>                                     | F6.1: Satisfacción sexual<br>F6.2: Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre<br>F6.3: Adecuación en las relaciones interpersonales<br>F6.4: Habilidad para satisfacer las demandas del entorno<br>F6.5: Adaptación y ajuste<br>F6.6: Resolución de problemas |

**Fuente:** Lluch MT (1999). "Construcción de una Escala para valorar la Salud Mental Positiva" (Tesis Doctoral)

Jahoda conceptualizó la salud mental positiva destacando su abordaje desde la promoción y su relevancia fundamental es la direccionalidad de avanzar hacia una intervención centrada en potenciar el desarrollo personal positivo (Lluch, 1999). Sin embargo, su aportación fue teórica y aunque su trabajo está ampliamente referenciado, la autora no hizo avances posteriores en el tema.

### 1.2.2. Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de M<sup>a</sup> Teresa Lluch

En nuestro entorno la Dra. M<sup>a</sup> Teresa Lluch Canut retomó el trabajo iniciado por Marie Jahoda en un intento por dar operatividad los planteamientos conceptuales y evaluar la

salud mental positiva. Con unos profundos conocimientos sobre el tema y muy comprometida con la investigación, con la enfermería, y con los avances de la misma, es autora de un cuestionario pionero para evaluar la salud mental positiva: Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+), (Lluch 1999) y del Decálogo de la Salud Mental Positiva (Lluch, 2011). Planteó el estudio de la Salud Mental Positiva (SM+) desde dos enfoques conceptuales diferenciados: la salud mental positiva como concepto y la salud mental positiva como constructo. Y su aportación relevante fue en el estudio del constructo.

**En la perspectiva de la salud mental positiva como concepto** se define la SM+ a partir de términos afines como el bienestar, la calidad de vida, la resiliencia, el sentido de coherencia, el optimismo y/o la felicidad.

**En la perspectiva de la salud mental positiva como constructo** tiene una definición propia y permite establecer una delimitación, de forma que no es lo mismo estudiar la satisfacción personal como factor operativo, que contribuye a la definición del constructo de Salud Mental Positiva que estudiarlo como dimensión propia de la vertiente positiva de la salud mental.

Sin embargo, cualquier intento de definición que se haga desde esta perspectiva se enfrenta a dos dilemas: a) ¿Cuántos factores o criterios son necesarios para definir la SM+? En cierta manera, sucede lo mismo cuando se habla de la salud física: ¿cuántos indicadores se necesitan para decir que se tiene una buena salud física?; y b) ¿Qué nivel de definición se adopta: molar / molecular, objetivo / subjetivo? Si seguimos en el ejemplo de la salud física, podemos optar por dimensiones más globales y subjetivas (por ejemplo, “como bien”, “duermo bien”, “hago buenas digestiones”) o por indicadores moleculares y objetivos (por ejemplo, a partir de análisis de sangre específicos; hemograma, ferropenia etc.). En general, a nivel físico se utilizan términos más

concretos. En cambio el nivel de salud mental continúa teniendo abundantes conceptos abstractos. Y además existe una fuerte confusión en el uso de la terminología positiva. Este hecho lo ponen de manifiesto Cowen y Kilmer (2002) en un estudio en el que analizaron diversos trabajos y encontraron un total de 60 términos o variables para referirse a la vertiente positiva de la salud mental (bienestar subjetivo, tolerancia, crecimiento personal, autodeterminación, entre otros (Lluch, 2008).

En este sentido, Lluch define el constructo Salud Mental Positiva (SM+) a partir de seis factores que configuran el Modelo Multifactorial de SM+. Los seis factores así como una descripción abreviada de los mismos se muestran en la tabla 6. Tal y como señalaremos más adelante, a partir de este modelo la autora construyó un instrumento de medición que permite evaluar el constructo SM+ tanto de forma global como por factores específicos.

**Tabla 6: Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999)**

| Factores   | Definición  |
|--|---|
| <b>F1: Satisfacción Personal</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconcepto/autoestima</li> <li>• Satisfacción con la vida personal</li> <li>• Perspectiva optimista de futuro</li> </ul>   |
| <b>F2: Actitud Prosocial</b>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Predisposición activa hacia lo social/hacia la sociedad</li> <li>• Actitud social "altruista"/Actitud de ayuda-apoyo hacia los otros</li> <li>• Aceptación de los demás y de los hechos sociales diferentes</li> </ul>   |
| <b>F3: Autocontrol</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para afrontar el estrés de situaciones conflictivas</li> <li>• Equilibrio emocional/control emocional</li> <li>• Tolerancia a la frustración, a la ansiedad y al estrés</li> </ul>   |
| <b>F4: Autonomía</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para tener criterios propios</li> <li>• Independencia</li> <li>• Autorregulación de la propia conducta</li> <li>• Seguridad personal/confianza en sí mismo</li> </ul>  |
| <b>F5: Resolución de problemas y Autoactualización</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de análisis</li> <li>• Habilidad para la toma de decisiones</li> <li>• Flexibilidad/capacidad para adaptarse a los cambios</li> <li>• Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo</li> </ul>   |
| <b>F6: Habilidades de relación interpersonal</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidad para establecer relaciones interpersonales</li> <li>• Empatía/capacidad para entender los sentimientos de los demás.</li> <li>• Habilidad para dar apoyo emocional</li> <li>• Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales íntimas</li> </ul> |

**Fuente:** "Construcción de una escala para valorar la salud mental positiva". Tesis doctoral.( Lluch MT, 1999)

Para la autora, la aplicación de la salud mental positiva tiene unos límites, no vale todo. En este sentido, los planteamientos de Lluch (2002) refuerzan la idea compartida de que hay que vivir y sentir los momentos actuando según lo que proceda en cada uno de ellos, permitiendo la expresión de sentimientos, canalizándolos y gestionándolos de forma coherente. Este punto es fundamental, por ejemplo en una situación de pérdida, donde hay que sentirla en el grado que nos corresponda; llorar y acompañar son aspectos positivos de la vida porque es lo que corresponde a esa situación, en ese momento. Eso es importante porque no hay que confundir la actitud positiva con intentar estar perennemente feliz, ya que de lo contrario se convierte en una tiranía, término que se utiliza para definir lo que la autora Bárbara Held denomina “Tiranía de la actitud positiva en EEUU y no solo allí” (Held, 2002). No se puede pretender conseguir la felicidad a toda costa, esto es un peligro ya que supone pasar de una actitud abierta, positiva que facilite la gestión de los recursos internos y el aprovechamiento de los mismos para afrontar la vida a una actitud banal de limitar la expresividad emocional del ser humano a un reduccionismo no sano. Así, emociones “negativas” como puede ser la ira o el enfado, son positivas porque modulan sentimientos y pensamientos generados en situaciones específicas de la vida, siendo adaptativas y motivadoras; y, por otro lado, una emoción positiva como el optimismo puede ser negativa si no está bien gestionada e incluso sentirse siempre optimista o sentirse demasiado bien puede no ser bueno y/o negativo en algunas ocasiones (Pérez-Álvarez, 2012). En este sentido las propuestas de Lluch hacen un llamamiento a la normalidad, a la utilización de nuestras emociones regulándolas y a sentir la vida; y, en este mismo sentido, su decálogo de salud mental positiva (Lluch, 2011) habla por sí solo. (Ver Tabla 7).

| Tabla 7: Decálogo de Salud Mental Positiva (Lluch, 2011) |
|--|
|--|

El decálogo que se presenta a continuación, a modo de recomendaciones, forma parte de lo que podríamos denominar la psicología de la vida cotidiana. Es el producto de un trabajo científico expresado aquí en términos concretos y aplicables.

Cada recomendación tiene un valor por sí misma y puede ser aplicada de forma individual o en conjunto con el resto de recomendaciones. Si se consumen todas, no hay ningún peligro! Al contrario: cuantas más recomendaciones apliquemos a nuestra vida más reforzaremos nuestra Salud Mental Positiva.

- **Recomendación nº1:** Valorar positivamente las cosas buenas que tenemos en nuestra vida.
- **Recomendación nº2:** Poner cariño a las actividades de la vida cotidiana. La felicidad está entre nosotros escondida en el día a día. No hay que afrontar cada actividad cotidiana (coger el metro, comprar, trabajar,...) como un castigo o con indiferencia. Hay que buscar los aspectos positivos de esas actividades y ponerles un estado de ánimo favorable.
- **Recomendación nº3:** No ser muy severos con nosotros mismos ni con los demás. La tolerancia, la comprensión y la flexibilidad son buenos tónicos para la salud mental.
- **Recomendación nº4:** No dejar que las emociones negativas bloqueen nuestra vida: hay que enfadarse pero no desbordarse.
- **Recomendación nº5:** Tomar conciencia de los buenos momentos que pasan en nuestra vida cuando están pasando. Si en nuestra vida hay buenos momentos para recordar estos tienen que haber sido buenos momentos cuando los hemos vivido. Por tanto hay que disfrutar de lo bueno del presente, además de recordar lo bueno del pasado y esperar cosas buenas del futuro.
- **Recomendación nº 6:** No tener miedo de llorar y sentir. Hay que interpretar la normalidad de muchos sentimientos: si hemos tenido un desengaño es normal sentir desencanto, si hemos perdido un ser querido es normal –es saludable mentalmente sentir tristeza,... Ahora bien, si los estados emocionales son muy intensos, persistentes o incapacitantes hay que pedir ayuda profesional.
- **Recomendación nº 7:** Buscar espacios y actividades para relajarnos mentalmente. Cada uno tiene sus propios gustos, recursos y estrategias (pasear, leer, practicar jardinería, no hacer nada, hablar con los amigos,...).
- **Recomendación nº 8:** Intentar ir resolviendo los problemas que nos vayan surgiendo. Si los problemas se acumulan, la salud mental tiembla!!! No todos los problemas tienen buenas soluciones pero hay que intentar siempre hacer algo para aliviarlos. Es la predisposición activa hacia la búsqueda de la solución.
- **Recomendación nº 9:** Cuidar nuestras relaciones interpersonales. Hablemos con nuestros seres queridos, visitemos a nuestros amigos, compartamos alguna tertulia con nuestros compañeros, vecinos, etc.
- **Recomendación nº 10: NO HAY QUE OLVIDARSE DE PINTAR LA VIDA CON HUMOR PARA QUE ESTA TENGA MAS COLOR.**

---

**Fuente:** Lluch MT (2011). Decálogo de Salud Mental Positiva

### 1.2.3. Evaluación de la Salud Mental Positiva

#### 1.2.3.1. Escalas generales de aspectos positivos de salud

Tomando como referencia la perspectiva de considerar la salud mental positiva como un concepto que se define a partir de otros términos afines, existen múltiples instrumentos de evaluación que tienen enfoques positivos. En un análisis exhaustivo realizado por Lluch (1999) para intentar localizar instrumentos de evaluación de la perspectiva positiva de la salud mental, encontró un total de 24 escalas que exploraban conceptos relacionados o afines a la vertiente positiva de la salud mental y que se muestran en la tabla 8.

| Tabla 8: Cuestionarios que manejan conceptos positivos de salud   |   |                               |  |
|---|---|-------------------------------|--|
| Escala  | Autor   | Año                           | Objetivo   |
| 1. Encuesta de opinión de salud ( <i>the health opinion survey, hos</i> )   | Macmillan, A.M.                                     | 1957                          | Discriminar entre personas con problemas mentales y personas sanas   |
| 2. Encuesta de salud sf-36 ( <i>health survey sf-36</i> )   | Ware, J. Sherbourne, C D.                           | 1992                          | Valorar el estado de salud general   |
| 3. Cuestionario de salud general ( <i>general health questionnaire –GHQ</i> )   | Goldberg, D.  | 1972                          | Detectar trastornos psíquicos (con exclusión de los trastornos psicóticos),  |
| 4. Perfil de estilos de vida promotores de salud ( <i>Health promoting lifestyle profile</i> )                                | Walker, S.N. Kerr, M.J. Pender, N.J. Sechrist, K.R. | 1990 (1987, versión original) | Evaluar los componentes del estilo de vida que potencian la salud.   |
| 5. Cuestionario de calidad de vida (CCV-2r)   | Ruiz, M <sup>a</sup> A. Baca, E.                    | 1993                          | Valorar la calidad de vida percibida de la población general.  |
| 6. Instrumento de valoración de la calidad de vida ( <i>world health organization quality of life assessment instrument</i> ) | De Vries, J. Van Heck, G.L.                         | 1997                          | Evaluar la calidad de vida subjetiva en poblaciones sanas y en grupos de población con enfermedades crónicas: físicas y/o mentales.                                |
| 7. Inventario de calidad de vida (ICV-2r)   | García-Riaño  | 1998                          | Valorar la calidad de vida   |
| 8. <i>The twenty-two screening score of psychiatric symptoms</i>  | Langer, T.S.  | 1962                          | Evaluar el bienestar psicológico, identifica síntomas o problemáticas mentales   |
| 9. Escala de calidad del bienestar (quality of well-being scale, QWBS)  |   | 1976                          | Evaluar la calidad de vida o bienestar Cuantifica la efectividad de un tratamiento en términos de Años de Vida Ajustados por su Calidad                            |
| 10. Escala de bienestar general ( <i>general well-being schedule-gwbs</i> )   | Dupuy, H.J.   | 1978                          | Evaluación multidimensional de sentimientos subjetivos de bienestar y estrés.  |
| 11. Inventario de salud mental ( <i>the mental health inventory, MHI</i> )  | Ware, J.E.  | 1979                          | Evaluar el bienestar y el estrés psicológico, en la población general, desde una perspectiva multidimensional y teniendo en cuenta aspectos positivos y negativos. |

| Tabla 8 (Continuación). Cuestionarios que manejan conceptos positivos de salud   |   |                        |  |
|--|---|------------------------|--|
| Escala   | Autor   | Año                    | Objetivo   |
| 12. Índice de satisfacción de vida ( <i>the life satisfaction index, LSI</i> )   | Neugarten, B.L.<br>Havighrust, R.J. Tobin, S.S.       | 1961                   | Evaluar los sentimientos de bienestar general.   |
| 13. Escala de equilibrio afectivo ( <i>the affect balance scale</i> )  | Bradburn, N.M.  | 1965                   | Evaluar el bienestar psicológico a través de los sentimientos subjetivos (positivos y negativos)                                 |
| 14. Escala de estado de ánimo del centro geriátrico de filadelfia ( <i>philadelphia geriatric center morale scale, PGCMS</i> ) | Lawton, M.P.  | 1972; revisada en 1975 | Medir dimensiones del ajuste emocional en personas de 70 a 90 años, tanto institucionalizadas como residentes en la comunidad    |
| 15. Cuatro ítems únicos indicadores de bienestar ( <i>four single item indicators of well-being</i> )                          | Andrews, F.M.<br>Crandall, R.                         | 1976                   | Valorar la satisfacción con la vida en general o con áreas específicas   |
| 16. Cuestionario de autocontrol ( <i>self control schedule, SCS</i> )  | Rosenbaum   | 1980                   | Evalúa conductas de autocontrol.   |
| 17. Escala de satisfacción con la vida ( <i>satisfaction with life scale, SWLS</i> )   | Diener, E.D.<br>Emmons, R.A. Larsen, R.J. Griffin, G. | 1985                   | Evaluar la satisfacción general con la vida  |
| 18. Escalas de afecto positivo y negativo ( <i>positive and negative affect schedule, panas</i> )                              | Watson, D.<br>Clark, L.A.<br>Tellegen, A.             | 1988                   | Evaluar el bienestar emocional   |
| 19. Índice de reactividad interpersonal ( <i>interpersonal reactivity index, IRI</i> )   | Davis, M.H.   | 1980<br>1983           | Evaluar las respuestas empáticas (empatía como constructo de dos componentes (cognitivo y afectivo).                             |
| 20. Índice breve de auto-actualización ( <i>short index of selfactualization, SISA</i> )                                       | Jones, A.<br>Crandall, R.                             | 1986                   | Evaluar el desarrollo personal o auto-actualización  |
| 21. Inventario de orientación personal ( <i>personal orientation inventory, POI</i> )  | Shostrom,   | 1964                   | Evalúa la autoactualización, desde una perspectiva multidimensional, está basado en la teoría de la autoactualización de Maslow. |
| 22. Escala de autoeficacia general ( <i>general self-efficacy scale, gses</i> )  | Schwarzer, R  | 1993                   | Evaluar la confianza que la persona tiene en su propia competencia para manejar situaciones complejas o estresantes.             |
| 23. Escala de autoconcepto de tennessee ( <i>tennessee self concept scale, TSCS</i> )  | Fitts, W.H.   | 1965                   | Evaluar el autoconcepto  |
| 24. Escala de autoestima ( <i>self-esteem scale, SES</i> )   | Rosenberg,  | 1965                   | Evaluar la autoestima, entendida desde una perspectiva unidimensional, como indicador de la autovaloración personal.             |

**Fuente:** Lluch MT (1999). "Construcción de una Escala para valorar la Salud Mental Positiva". (Tesis Doctoral).Universidad de Barcelona

Sin embargo tal y como señalan Lehtinen, Sholman & Kovess-Masfety (2005) la felicidad o la satisfacción con la vida han de ser considerados como componentes esenciales del constructo Salud Mental Positiva pero no son lo mismo. Y, por tanto, los diferentes instrumentos que existen para evaluar la vertiente positiva de la salud mental miden aspectos parciales de la misma, ya sea porque sólo contemplan algunas dimensiones (por ejemplo, satisfacción con la vida o autoconcepto) o porque utilizan conceptos globales con dimensiones de salud y de enfermedad (como por ejemplo la calidad de vida o la salud general).

La ausencia de instrumentos específicos para evaluar el constructo Salud Mental Positiva (SM+) fue evidenciada en el marco del proyecto EUROHIS, a partir del cual, y ante la ausencia de un instrumento específico se sugirió utilizar la subescala de energía y vitalidad del SF-36 de Ware y Kosinski (2001) para evaluar la salud mental positiva. (EUROHIS, 2003).

Los estudios recientes sobre salud mental positiva en la población europea han utilizado esta subescala (*Special Eurobarometer, 2006, 2010*).

Sucede algo similar con el estudio MIDUS (*Midlife in the United States*) desarrollado en Estados Unidos con el objetivo de evaluar el nivel de salud de la población de mediana edad, no solo desde la perspectiva de la salud o ausencia de la enfermedad sino con datos relativos a calidad de vida y bienestar psicológico utilizando diversas escalas de evaluación.

Una línea de trabajo interesante en el abordaje del constructo SM+ es la que están desarrollando en Canadá. Para evaluar la salud mental positiva de la población han operativizado la SM+ en 5 componentes y han elaborado una entrevista estructurada para evaluarlos: 1) Habilidad para disfrutar de la vida; 2) Hacer frente a los desafíos de

la vida; 3) Bienestar emocional, 4) Bienestar espiritual ; y 5) Conexión social y respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad *personal* (*Canadian Institute for Health Information: Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health. Ottawa; 2009, 2011*).

Otro estudio reciente sobre la evaluación de la SM+ está siendo realizado en una población asiática considerando la relevancia de las prácticas religiosas y espirituales en la salud mental (Vaingankar et al., 2011, 2014).

#### 1.2.3.2. Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)

M<sup>a</sup> Teresa Lluch, pionera en la creación de una escala para medir la salud mental positiva, es la autora del Cuestionario de Salud Mental Positiva. Este cuestionario es el instrumento que evalúa el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva planteado por la propia autora y que se ha descrito anteriormente.

El CSM+ está compuesto por 39 ítems, distribuidos de forma desigual entre los 6 factores que definen el constructo SM+ y que configuran el Modelo Multifactorial de SM+ descrito anteriormente. F1-Satisfacción Personal; F2-Actitud prosocial; F3-Autocontrol; F4-Autonomía; F5-Resolución de Problemas y auto-actualización, y F6-Habilidades de Relación Interpersonal. La distribución de los ítems según los factores se muestra en la tabla 9. Los ítems están formulados como afirmaciones (positivas y negativas) y la respuesta a cada ítem se valora en una escala de 1 a 4 puntos de acuerdo con el grado de frecuencia: siempre o casi siempre (4), con bastante frecuencia (3), algunas veces (2), nunca o casi nunca (1). Las puntuaciones permiten obtener un valor de Salud Mental Positiva como medida única (con todos los ítems del cuestionario) y también valores específicos para cada factor. Los valores máximos y

mínimos tanto del cuestionario global como de los factores se muestra en la tabla 9, con un rango global que va de 39 a 156. A mayor puntuación mayor nivel de SM+.

El cuestionario fue inicialmente validado en una población de estudiantes de enfermería con una muestra n=387. Los valores psicométricos fueron favorables: a nivel de fiabilidad se obtuvieron valores alpha de Cronbach entre 0.89 y 0.90 y una correlación test-retest de 0.85; el análisis factorial de Componentes principales extrajo 6 Factores que explicaron el 46% de la varianza total y la carga factorial de todos los ítems fue superior a 0.40.

**Tabla 9: Distribución por factores de los ítems del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) y valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global**

| <b>Factores</b>                                 | <b>Ítems</b>                                | <b>Valores máximos y mínimos</b> |
|---|---|----------------------------------|
| F1: Satisfacción personal                       | 4*, 6, 7, 12, 14, 31, 38, 39                | 8 - 32                           |
| F2: Actitud prosocial                           | 1, 3, 23*, 25*, 37*                         | 5 - 20                           |
| F3: Autocontrol                                 | 2, 5*, 21*, 22*, 26*                        | 5 - 20                           |
| F4: Autonomía                                   | 10, 13, 19, 33, 34                          | 5 - 20                           |
| F5: Resolución de problemas y autoactualización | 15*, 16*, 17*, 27*, 28*, 29*, 32*, 35*, 36* | 9 - 36                           |
| F6: Habilidades de relación interpersonal       | 8, 9, 11*, 18*, 20*, 24, 30                 | 7 - 28                           |
| Total puntuación del cuestionario de SM+        |   | 39 - 156                         |

Nota: \* indica ítem negativo

El Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) está siendo ampliamente utilizado, genera un elevado interés por su solidez, se trabaja en diferentes tesis doctorales y en

estudios a nivel nacional e internacional; se ha aplicado en diferentes muestras cómo se puede ver en la tabla 10 en la que se presenta una relación de los mismos.

| Tabla 10: Relación de estudios realizados con el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) |                             |  |                                |        |                                  |            |
|---|-----------------------------|--|--------------------------------|--------|----------------------------------|------------|
| Autores   | Lugar de estudio/<br>idioma | Muestra/<br>perfil   | Escala                         | Likert | Fiabilidad<br>$\alpha$ -Cronbach | Puntaje    |
| Lluch-Canut MT (1999)   | España<br>Español           | n=387 estudiantes de enfermería de la Universidad de Barcelona       | Escala original<br>39 ítems    | 4      | 0.90                             | No reporta |
| Bravo de la Ossa, AI (2006)   | Colombia<br>Español         | n=80 menores trabajadores (7-17 años)                                | Escala original<br>39 ítems    | 4      | No reporta                       | No reporta |
| Ospino-Núñez CM (2009)  | Colombia<br>Español         | n=120 menores trabajadores del mercado de Santa Marta                | Escala original<br>39 ítems    | 4      | No reporta                       | No reporta |
| Amar J, Palacio J, Llinás H, Puerta L, Sierra E, Pérez AM, Velásquez B (2008)                 | Colombia<br>Español         | n=191 menores trabajadores   | Escala original<br>39 ítems    | 4      | 0.66                             | No reporta |
| Sosa-Correa M (2008)  | España<br>Español           | n=244 estudiantes universitarios con una media de edad de 19,61 años | Escala original<br>39 ítems    | 4      | No reporta                       | No reporta |
| Navarro-Baene GL (2008)   | Colombia<br>Español         | n=223 Estudiantes de medicina  | Escala original<br>39 ítems    | 4      | No reporta                       | No reporta |
| Londoño-Pérez (2009)  | Colombia<br>Español         | n=77 estudiantes (17-26 años)  | Escala original<br>39 ítems    | 4      | No reporta                       | No reporta |
| Jaik-Dipp A, Villanueva-Gutiérrez R, Tena-Flores JA (2011)                                    | México<br>Español           | n=36 docentes de posgrado  | 23 ítems de la escala original | 4      | 0.80                             | No reporta |

Fuente: Elaboración propia.

| <b>Tabla 10 (Continuación): Relación de estudios realizados con el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)</b> |                                     |   |                             |               |  |                |
|---|-------------------------------------|---|-----------------------------|---------------|--|----------------|
| <b>Autores</b>  | <b>Lugar de estudio/<br/>idioma</b> | <b>Muestra/<br/>perfil</b>  | <b>Escala</b>               | <b>Likert</b> | <b>Fiabilidad<br/><math>\alpha</math>-Cronbach</b> | <b>Puntaje</b> |
| Valencia LJ,<br>Zuleta-Ramírez MA<br>(2011)   | Colombia<br>Español                 | n=141 estudiantes de un colegio público de octavo y noveno curso (12-18 años) | Escala original<br>39 ítems | 4             | No reporta   | No reporta     |
| Navarro-Guevara JA,<br>Ospino-Espinosa VA<br>(2011)   | Colombia<br>Español                 | n=141 estudiantes de un colegio público de octavo y noveno curso (12-18 años) | Escala original<br>39 ítems | 4             | No reporta   | No reporta     |
| Barradas-Alarcón ME,<br>Sánchez-Barradas JM,<br>Guzmán-Ibañez ML,<br>Balderrama-Trapaga JA<br>(2011)                | Venezuela<br>Español                | n=158 estudiantes   | Escala original<br>39 ítems | 4             | No reporta   | No reporta     |
| Martínez-Martínez PL,<br>Vázquez-Ríos ER,<br>Hernández-Reyes M,<br>Vázquez-Soto MA<br>(2011).                       | México<br>Español                   | n=967 estudiantes universitarios  | Escala original<br>39 ítems | 4             | 0.89   | No reporta     |
| Anicama J,<br>Caballero G,<br>Cirilo I,<br>Aguirre M,<br>Briceño R,<br>Tomás A<br>(2012)                            | Perú<br>Español                     | n=250 estudiantes universitarios  | Escala adaptada             | 4             | 0.85   | No reporta     |
| Medina-Pérez O,<br>Iria-Serrano MF,<br>Martínez-Ardila G,<br>Cardona-Duque<br>(2012)                                | Colombia<br>Español                 | n=78 estudiantes 16-23 años   | Escala original<br>39 ítems | 4             | No reporta   | No reporta     |

Fuente: Elaboración propia.

| <b>Tabla 10 (Continuación): Relación de estudios realizados con el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)</b> |                                     |   |   |               |  |                |
|---|-------------------------------------|---|---|---------------|--|----------------|
| <b>Autores</b>  | <b>Lugar de estudio/<br/>idioma</b> | <b>Muestra/<br/>perfil</b>  | <b>Escala</b>                                 | <b>Likert</b> | <b>Fiabilidad<br/><math>\alpha</math>-Cronbach</b> | <b>Puntaje</b> |
| Mercado D, Madariaga C, Martínez-González M (2012)  | Colombia<br>Español                 | n=160 adolescentes (11-17 años)<br>Trabajadores y no trabajadores | Adaptada por Pérez et al (2007)               | 4             | No reporta   | No reporta     |
| González-Zuñiga LE (2012)   | Venezuela<br>Español                | n= 272 estudiantes universitarios                                 | Escala original<br>39 ítems                   | 4             | No reporta   | No reporta     |
| Guerrero-Caicedo (2012)   | Colombia<br>Español                 | Estudiantes de sexto grado  | Escala original<br>39 ítems                   | 4             | No reporta   | No reporta     |
| Orellana O et al (2012)   | Perú<br>Español                     | n=274 profesores de educación básica                              | Escala original<br>39 ítems                   | 4             | No reporta   | No reporta     |
| LLuch-Canut MT, Puig-Llobet M, Sánchez-Ortega MA, Roldán-Merino J, Ferré-Grau C (2013)                              | España<br>Español                   | n=259 adultos con patología crónica                               | Escala original<br>39 ítems                   | 4             | 0.91   | No reporta     |
| Sequeira C, Calvalho JC, Sampaio F, Sá L, Lluch MT, Roldán J(2014)  | Portugal<br>Portugués               | n= 120 estudio piloto<br>n= 942 estudiantes                       | Escala original<br>39 ítems                   | 4             | 0.92   | No reporta     |
| Castillo-Laguna MAB, Velázquez R (2014)   | México<br>Español                   | n=115 estudiantes de psicología                                   | 40 ítems (Añaden 1 ítem a la escala original) | 4             | 0.85   | No reporta     |

Fuente: Elaboración propia.

| <b>Tabla 10 (Continuación): Relación de estudios realizados con el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)</b> |                                     |   |                             |               |  |                |
|---|-------------------------------------|---|-----------------------------|---------------|--|----------------|
| <b>Autores</b>  | <b>Lugar de estudio/<br/>idioma</b> | <b>Muestra/<br/>perfil</b>  | <b>Escala</b>               | <b>Likert</b> | <b>Fiabilidad<br/><math>\alpha</math>-Cronbach</b> | <b>Puntaje</b> |
| Miguel Ruiz MD (2014)   | España<br>Español                   | n=264 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia | Escala original<br>39 ítems | 4             | No reporta   | No reporta     |
| Albacar Riobóo N (2014)   | España<br>Español                   | n= 77 cuidadoras de personas diagnosticadas de esquizofrenia        | Escala original<br>39 ítems | 4             | 0.89   | No reporta     |
| González–Sepúlveda PC, Gómez-Arias JM, Caicedo – Buitrago LM, Piernagorda -Gutiérrez D, Mediana-Pérez OA (2014)     | Colombia<br>Español                 | n=309 estudiantes de educación media                                | Escala original<br>39 ítems | 4             | 0.84   | No reporta     |

Fuente: Elaboración propia.

### 1.3. Relación entre la Agencia de Autocuidado y la Salud Mental Positiva

#### 1.3.1. Planteamientos de Orem y Vardiman

Orem y Vardiman trabajaron conjuntamente compartiendo ideas y reflexiones. En sus estudios de colaboración observaron que los profesionales tenían dificultad en reconocer los comportamientos de salud mental positiva de los pacientes y también detectaron la falta de medidas de criterio de la salud mental positiva de fácil aplicación. (Orem y Vardiman, 1995). De esta confluencia de pensamiento y razonamiento se plantearon la formulación de dos preguntas clave:

1. ¿Qué comportamientos humanos constituyen medidas de criterio de la salud mental positiva de los adultos?
2. ¿Las personas adultas en la asistencia sanitaria, incluidas las situaciones de enfermería, revelan indicios de salud mental positiva?

En este sentido Orem y Vardiman partieron de los planteamientos de Orem, (1993) sobre el Autocuidado y su Teoría de Enfermería en el Déficit de Autocuidado y establecieron una serie de conductas de autocuidado que configuran criterios de salud mental positiva, en un intento de dar respuesta a las preguntas propuestas.

Para las autoras la Salud Mental Positiva es el funcionamiento de las personas ante las situaciones de la vida y se muestra a los demás como comportamiento específico; este comportamiento puede verse afectado por perturbaciones somáticas o psíquicas o por experiencias de la vida.

Esta interpretación de la Salud Mental Positiva como la operación y la expresión de la cualidad humana, las llevo a un estudio profundo de las cualidades y formas de comportamiento humano. Fruto de este estudio identificaron y extrajeron de la literatura

38 comportamientos de autocuidado, que pueden constituir medidas de salud mental positiva, y que luego agruparon en cinco categorías. Los comportamientos dentro de cada categoría se expresan en términos de la conducta de una persona en situaciones vitales, indicando así cinco modos de funcionamiento humano dentro de los grupos sociales. Dichas categorías son:

1. **Funcionamiento dentro de un marco de realidad verídico (que coincide con la realidad).** Agrupa comportamientos que reflejan la conciencia racional de las personas y el deseo de entender, correlacionar y saber lo que está pasando en su vida y cuál es su posición en cada situación
2. **Funcionamiento para dar lugar y mantener el orden en la vida diaria.** Agrupa comportamientos relacionados con el hacer y realizar actividades de la vida diaria de un modo plenamente consciente: empírico, inteligente, racional.
3. **Funcionamiento con integridad y autoconsciencia.** Agrupa conductas de criterio que relacionan a la persona con su pasado histórico y con el presente.
4. **Funcionamiento como personas que viven en una comunidad.** Agrupa comportamientos que expresan la integridad personal en las relaciones sociales y enfatizan las relaciones interpersonales.
5. **Funcionamiento con una comprensión creciente de la propia humanidad.** Agrupa comportamientos que reflejan una integración cada vez mayor del desarrollo humano, diferenciadores de una persona en su situación de vida con respecto al mundo global. Implícito en los comportamientos de esta categoría, está el progreso en la formación del propio carácter y la libertad en la búsqueda y elección de qué hacer con la propia vida.

La formulación de los cinco grupos de comportamiento no se realizó de forma jerárquica sino que indican puntos en común entre los 38 comportamientos. Sin embargo, estos comportamientos especifican los objetos pero no las situaciones de la vida en que se dan. Por ello, es necesario que la persona en su capacidad de autocuidado, reconozca los comportamientos saludables requeridos o su ausencia en las diferentes situaciones de la vida (requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de alteración de la salud). Asimismo el profesional de enfermería ha de ser capaz de reconocer los comportamientos salud de las personas a quienes cuidan; y reconocer también la ausencia de dichos comportamientos, ya que esto le aporta al profesional de enfermería una base para elaborar sus propios juicios y decisiones sobre qué hacer y cómo abordar los requisitos de autocuidado que requiere cada persona a la que brinda cuidados. En la Tabla 11 se pueden apreciar los cinco grupos de conductas sugeridas por las autoras como criterios de salud mental positiva.

Tabla 11: Conductas de criterio de Salud Mental Positiva por categoría de funcionamiento

| Categorías  | Conducta de criterio   |
|---|--|
| <b>1. Funcionamiento dentro de un marco de referencia verídico</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigo nuevas condiciones y circunstancias y acontecimientos poco comunes que ocurren dentro de mi propia persona o mi entorno.</li> <li>• Busco verificar la validez de mis percepciones y perspectivas de los acontecimientos y condiciones internas y externas a mí.</li> <li>• Reconozco los conceptos erróneos y las representaciones erróneas de aspectos de mis estructuras corporales y funcionamiento o funcionamiento mental y gestiono los efectos de dichos conceptos y representaciones erróneas sobre mi propio ser o los demás.</li> <li>• Investigo y reflexiono sobre la información que tengo sobre las situaciones de la vida para identificar qué está y qué no está abierto al cambio a través de un esfuerzo práctico apropiado por mi parte o la de los demás.</li> <li>• Evalúo la adecuación de mi conocimiento y la validez y fiabilidad de mis habilidades para el desempeño de las tareas en situaciones de la vida personal y familiar, o situaciones de trabajo o juego.</li> </ul>  |
| <b>2. Funcionamiento para proporcionar y mantener el orden en la vida diaria.</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordeno y priorizo las actividades recurrentes y nuevas de la vida diaria hacia la consecución de las responsabilidades de mi papel para que produzcan una sensación de logro y satisfacción.</li> <li>• Ejercer la creatividad o busco ayuda en el desarrollo y uso de un plan o planes para ordenar y priorizar las acciones cuando asumo nuevas responsabilidades de mi papel o en situaciones no familiares.</li> <li>• Ayudo a los miembros de mi familia a desarrollar y usar planes para ordenar y priorizar las acciones que logran resultados cuando su capacidad y procesos de toma de decisiones se ven interferidos por condiciones y factores internos o externos.</li> <li>• Busco desarrollar, mantener y ajustar hábitos y rutinas que garantizan que las tareas de la vida diaria se realizan de acuerdo con las responsabilidades de mi papel, con el conocimiento y capacidades requeridos y con el uso eficiente y económico de recursos.</li> <li>• Mantengo o introduzco formas de responder y actuar en consonancia con las características y exigencias de las situaciones de la vida cotidiana y su significado para mi propia vida, salud y bienestar y para los demás.</li> </ul> |
| <b>3. Funcionamiento con integridad y autoconsciencia</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantengo la consciencia de mi propia historia mediante el recuerdo y la reflexión.</li> <li>• Mantengo el pasado histórico separado del presente existencial.</li> <li>• Mantengo una separación y unas relaciones apropiadas con otras personas, objetos y eventos externos. No me implico en acontecimientos y cosas más allá de su propósito objetivo o la realidad de esos acontecimientos y cosas.</li> <li>• Me desarrollo y me mantengo como una persona no inmersa en o dependiente de las identidades de los demás.</li> <li>• Mantengo periodos de silencio para el propósito de la reflexión sobre mí mismo para favorecer la autoconsciencia y autoconocimiento.</li> <li>• Presto atención a y hago inferencias sobre mis propios procesos mentales.</li> <li>• Mantengo una observación de mis propios comportamientos y comportamientos de las personas con quien interactúo en situaciones de la vida diaria y asigno significado a estos comportamientos.</li> <li>• Uso el humor y la risa para abrir el camino para lograr un entendimiento profundo sobre las realidades de mi propio ser y los demás.</li> </ul>   |

**Fuente:** Orem y Vardiman (1994). *"Orem's Nursing theory and Positive Mental Health: Practical Considerations. Nursing Science Quarterly"*

| <b>Tabla 11 (Continuación). Conductas de criterio de Salud Mental Positiva por categoría de funcionamiento</b> |  |
|--|--|
| <b>Categorías</b>  | <b>Conducta de criterio</b>  |
| <b>4. Funcionamiento como persona que vive en una comunidad</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conozco mi posición o posiciones en la comunidad o comunidades de las que formo parte y las responsabilidades que conllevan estas posiciones.</li> <li>• Me mantengo como una persona con conjuntos de papeles y responsabilidades en la comunidad o comunidades de las que soy miembro.</li> <li>• Uso mi posición o posiciones en la comunidad de forma que contribuyan a la vida de la comunidad y como medio para satisfacer las necesidades de mi propio ser y de los demás.</li> <li>• Doy lugar a y mantengo relaciones sostenidas y mutuamente satisfactorias en contactos recurrentes con los demás en situaciones cotidianas, incluidas situaciones del hogar, del trabajo y del juego.</li> <li>• Mantengo la atención a las personas y asuntos de interés en el desarrollo de la concentración para llegar a poder amar.</li> <li>• Acometo y acepto las responsabilidades del papel de estar en relaciones afectivas con otros en la niñez y la edad adulta.</li> <li>• Evito el uso de los demás como puros instrumentos para el logro de los objetivos personales.</li> <li>• Evito el uso puramente instrumental de mí mismo por parte de otros para la consecución de sus logros.</li> <li>• Acepto y expreso mi reconocimiento de la contribución de los demás en mi vida, salud y bienestar.</li> <li>• Me comunico con los demás mediante acciones interpersonales expresivas que incluyen el relato de necesidades y sentimientos y estados de sentir.</li> </ul>  |
| <b>5. Funcionamiento con una comprensión creciente de la propia humanidad</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfruto de los éxitos.</li> <li>• Busco la comprensión de mis experiencias de felicidad como realizaciones expresivas de mi amor, mi interés por las personas y las cosas, y como regalos que me pueden ayudar a mantener un rumbo estable en la vida con esperanza y fe.</li> <li>• Soporto el sufrimiento en aquellas situaciones de la vida que no se pueden eludir, ni evitar, o que no se pueden cambiar, pero siempre en congruencia con los rasgos de la realidad de estas situaciones y su significado en relación con mi vida, salud y bienestar o su significado para los demás.</li> <li>• Busco la comprensión de mis experiencias de sufrimiento (o las de otros) como retos y pruebas de mi fortaleza, que me ofrecen oportunidades para hacer frente y aceptar mi vida, muerte y destino final.</li> <li>• Busco la comprensión de la enfermedad y otras pérdidas en el contexto de mi humanidad.</li> <li>• Reflexiono sobre mi vida y los valores y significados que surgen.</li> <li>• Reconozco situaciones en las que hay necesidad de desarrollo del control emocional u otros cambios de comportamiento para el logro de tareas, así como para el bienestar propio y el de los demás.</li> <li>• Investigo y reflexiono sobre los valores que asigno a acciones, acontecimientos, condiciones y circunstancias específicos.</li> <li>• Identifico y asigno significado a situaciones de la vida diaria en las que tomo medidas para participar o que evito.</li> <li>• Reviso y evalúo lo adecuado en el sentido humano de mi sistema de prioridades o jerarquía de valores (espirituales, morales, económicos, estéticos, materiales, sociales) que tiñen mis juicios y constituyen fuerzas motivadoras en la toma de decisiones y en la acción.</li> </ul> |

**Fuente:** Orem y Vardiman (1994). *Orem's Nursing theory and Positive Mental Health: Practical Considerations*.

Orem y Vardiman (1994) se centran en el énfasis sobre la salud mental positiva. En este sentido señalan que, además de atender los déficits de autocuidado es necesario ayudar a los pacientes, conociendo y participando en su proceso de salud, además de ayudarles a centrarse en los programas de la vida diaria que fomentan la salud mental positiva. Dichos programas deberán incorporar actividades para conocer y satisfacer los componentes de las necesidades de autocuidado, para regular el desarrollo de su agencia de autocuidado y sus capacidades de autogestión.

### **1.3.2. Investigación de Dolores Miguel-Ruiz y Núria Albacar-Riobóo**

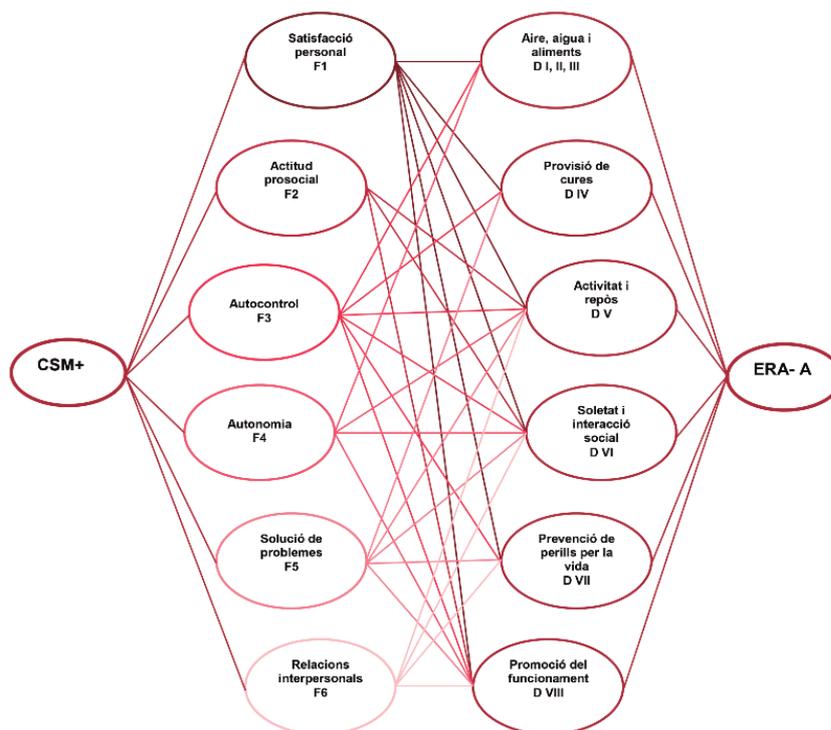
La relación entre la Salud Mental Positiva y el Autocuidado es una línea de investigación que ha generado gran interés y en la que están trabajando diversos autores en nuestro contexto. En este sentido las doctoras Miguel–Ruiz (2014) y Albacar-Riobóo (2014), han realizado unos trabajos de investigación muy interesantes en sus tesis doctorales: Ambos trabajos de investigación están centrados en los constructos Requisitos de Autocuidado de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de Orem y Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch.

A nivel del constructo SM+ ambas autoras aplicaron el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) de Lluch (1999); a nivel del constructo Requisitos de Autocuidado ambas autoras trabajaron con la escala ERA (Escala de Requisitos de Autocuidado) construida por Roldán-Merino (2011) para evaluar los requisitos de autocuidado en pacientes esquizofrénicos atendidos en la comunidad, identificada con el acrónimo ERA-c (Roldán-Merino, 2011). Miguel-Ruiz continuó el estudio inicial de la escala ERA y la validó para pacientes esquizofrénicos ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica, donde los requisitos de autocuidado difieren en algunos aspectos en relación a los requisitos de autocuidado cuando se está en la comunidad. Por ello,

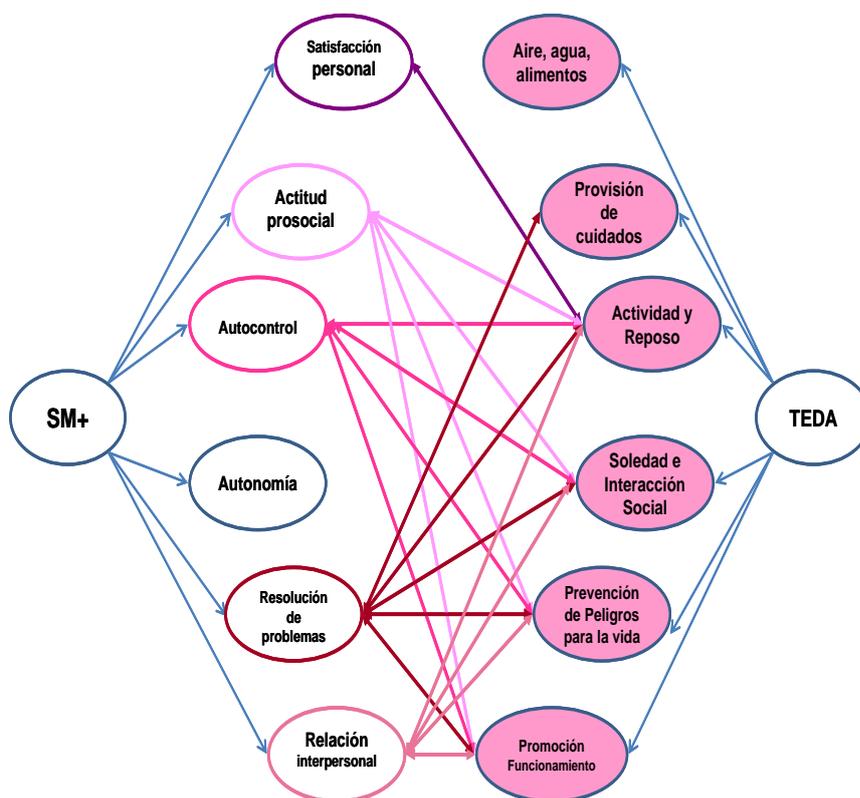
Miguel realizó una versión adaptada de la ERA y la denominó con el acrónimo de ERA-h (Miguel, 2014). Por otro lado, Albarcar-Riobóo validó la escala ERA en una muestra de cuidadoras de personas con esquizofrenia. En este caso, la ERA fue adaptada a una versión autoaplicada y se identificó con el acrónimo de ERA-a (las anteriores versiones ERA-c y ERA-h eran heteroaplicadas).

En ambos estudios se obtuvieron resultados similares en la dirección que a mayor salud mental positiva menor déficit de autocuidado y viceversa. Por tanto, se desprende que “más me cuido mejor estoy mentalmente” y “mejor estoy mentalmente más me cuido”. Sin embargo, tanto Miguel-Ruiz como Albarcar-Riobóo dieron un paso más en su investigación conjugando los planteamientos de Orem y Roldán-Merino junto con los de Lluch, estudiando el autocuidado y la salud mental positiva y explorando su relación. Ambas autoras analizaron de forma detallada las correlaciones entre los 6 factores de SM+ de Lluch y las 6 dimensiones/8 Requisitos de Autocuidado de Orem y los resultados les permitieron formular un “Modelo Bidireccional de relaciones entre los Requisitos de Autocuidado y la Salud Mental Positiva” donde se muestran las correlaciones entre los aspectos específicos de ambos constructos. Como se puede observar en las figuras 3 y 4 existen algunas pequeñas diferencias pero en su conjunto las correlaciones entre los factores de salud mental positiva y los requisitos de autocuidado son múltiples, especialmente en los requisitos de carácter psicosocial. Estos trabajos abren una línea de investigación muy interesante para continuar profundizando en esa relación.

**Figura 3:** Modelo Bidireccional de los requisitos de Relaciones significativas entre los requisitos de Autocuidado y la Salud Mental Positiva (Albacar-Riobóo, 2014)



**Figura 4:** Modelo Bidireccional de los requisitos de Relaciones significativas entre los requisitos de Autocuidado y la Salud Mental Positiva (Miguel-Ruiz, 2014)



#### 1.4. Enfermería y atención a la cronicidad

La palabra crónico proviene del griego “χρονος”, Cronos, dios del tiempo, y a nuestros días llega del latín “chronicus” que significa relativo al tiempo. Refiriéndonos al termino crónico ligado a la enfermedad, encontramos que según la definición de Medline Plus, crónico se refiere a “algo que continua durante un período de tiempo prolongado. Una enfermedad crónica normalmente dura mucho tiempo y no desaparece de forma rápida o fácil” (MedlinePlus, 2014). Asimismo, según el diccionario de la Real Academia Española en su 22<sup>a</sup> Edición, la palabra “crónico/a” se refiere en su primera y segunda acepción a una enfermedad larga o a una dolencia habitual respectivamente. En este mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define las enfermedades crónicas como enfermedades de larga duración y, por lo general, de progresión lenta. Otra definición complementaria es la que aportan Martínez-Atienza y García-Gamiz (2012) al señalar que la enfermedad crónica es aquella que se mantiene durante un tiempo prolongado, que en principio no tiene cura y que requiere un tratamiento y asistencia médica continuada.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en España, el patrón epidemiológico dominante está representado por las enfermedades crónicas, debido al aumento de la esperanza de vida y a las mejoras realizadas en la salud pública y en la red sanitaria en general.

Las enfermedades crónicas soportan un índice de prevalencia elevado. Destacamos a continuación algunos datos de las enfermedades crónicas más prevalentes:

- La Hipertensión Arterial (HTA) se sitúa alrededor de un 30-35% de la población en general, según la Sociedad Española de Hipertensión; la tendencia es de un aumento en las edades más avanzadas y los riesgos de complicación son también elevados si

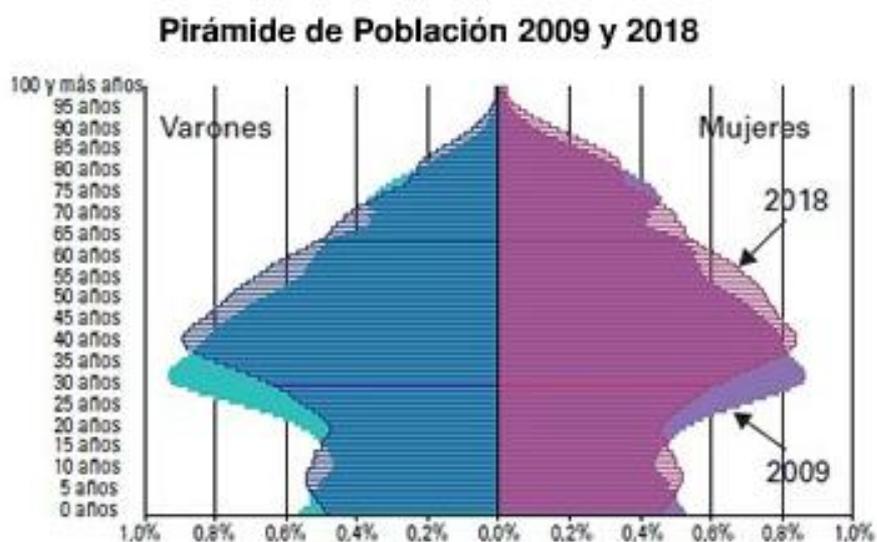
existe pluripatología; otro factor importante son los riesgos asociados a la adopción del estilo de vida (Mancia et al., 2013).

- La Diabetes Mellitus tipo 2 tiene una prevalencia en España del 13,8% de la población, según el estudio di@bet.es realizado en el 2011 como iniciativa de CIBEDERM, Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, de la Sociedad Española de Diabetes ( SED) y la Federación Española de Diabetes (FED), ya disuelta.
- La hipercolesterolemia representa un 50% de la población española según el estudio ENRICA (Guallar-Castillón, Gil-Montero, León-Muñoz, Graciani., Bayán-Bravo, Taboada, Banegas y Rodríguez-Artalejo (2012).
- La obesidad es uno de los problemas de salud crónicos más alarmantes en los países de nuestro medio. Así se pone de manifiesto en el estudio Aladino realizado el año 2013, las cifras obtenidas sitúan la prevalencia de la obesidad y sobrepeso en los niños y niñas españoles de 7 y 8 años de edad, en un 43% (24,6 sobrepeso y 18,4 obesidad), estos datos revelan la gravedad del problema, los riesgos futuros y la pérdida de calidad de vida cuando sean adultos, además se intuye el enorme gasto sanitario que deberán soportar las administraciones si continua esta tendencia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014). En este mismo sentido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad es la enfermedad crónica que más se ha doblado desde el año 1980; en el año 2014 las cifras a nivel mundial han dado unos resultados de 39% de sobrepeso en adultos mayores de 18 años y 13% obesos, y en el año 2013 más de 42 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso.

- Las enfermedades respiratorias crónicas suponen el 6,3% de los años vividos con enfermedad siendo el principal contribuyente la Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC) con 29,4 millones de años vividos con enfermedad. Asimismo, la prevalencia de la EPOC en el mundo la sitúa en el tercer puesto de las 10 principales causas de muerte, con unos datos de 328 millones de personas con la enfermedad: (168 millones de hombres y 160 millones de mujeres (Miravittles et al., 2014).

Si nos fijamos en la Pirámide de Población 2009 y 2018 publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (Ver Figura 5), se puede observar el aumento poblacional al que se tiende; y si seguimos el bulbo obtenido vemos que se superpone uno con otro (el bulbo del año 2009 y el bulbo del año 2018); se observa una acentuación en la base del bulbo en el año 2018 y un aumento de la población de más edad en el mismo bulbo. Asimismo, un aumento en el vértice superior, tanto en el lado que contempla los hombres como el de las mujeres; esto nos indica la tendencia al aumento de habitantes en estos rangos de edades (>65 años) con el consiguiente aumento de enfermedades crónicas y de procedimientos relacionados con dichas enfermedades. Por tanto, desde las administraciones se aconseja un cambio de orientación en nuestro sistema sanitario hacia los pacientes con enfermedades crónicas (Figuerola et al., 2011).

Figura 5: Explotación estadística del Padrón, estimaciones y proyecciones



#### 1.4.1. Aspectos generales de los problemas crónicos de salud en atención primaria

El aumento de la esperanza de vida se ha incrementado considerablemente, en 1900 la esperanza de vida era de 34,8 años y en 2011 de 82,3 años, las mujeres españolas tienen al nacer una esperanza de vida de 85,21 años y los hombres de 79,3 años, unos de los más altos de Europa ( Abellán, Vilches y Pujol, 2014), por lo tanto el escenario que tenemos es una población cada vez más envejecida y con unas necesidades que la familia en la mayoría de los casos no pueden asumir sin ayudas. Al concepto de cronicidad van unidos otros problemas sociales ya que las consecuencias personales, laborales, familiares, sociales y económicas son enormes; la incorporación de la mujer al trabajo hace ya décadas, la última generación de féminas que optaban por ser amas de casas son ya de las más mayores en nuestra sociedad; el aumento de hogares unipersonales, son situaciones cada vez más comunes, por otro lado la población que padece enfermedades crónicas es una población vulnerable por la fragilidad y la

dependencia, a esto hay que añadir otros problemas como la pluripatología y la polimedicación.

Los servicios sanitarios están trabajando orientados hacia la coordinación entre servicios, para conseguir que los pacientes con patología crónica puedan encontrar las respuestas adecuadas a sus necesidades, ya que sus cuidados han de ser continuos tratando de minimizar las agudizaciones o descompensaciones. Además, el uso de los recursos sanitarios que precisan las personas con enfermedades crónicas es muy elevado y se trata de adecuar esta demanda con los recursos disponibles, intentando evitar las duplicidades y las discontinuidades en los cuidados que favorecen los ingresos hospitalarios innecesarios, las complicaciones y un gasto excesivo. En este sentido, los servicios sanitarios se están adaptando al nuevo escenario intentando dar respuestas a las expectativas de los ciudadanos. El reto de adoptar un modelo asistencial ante la cronicidad ha ocupado numerosos espacios de debate estos últimos años; ante la creciente necesidad de gestionar los recursos, y ordenar los procedimientos y actuaciones y repartirlos entre los actores sanitarios que ofrece la administración y los recursos propios de los ciudadanos, tanto individuales como de la comunidad. Para ello se proponen indicadores de evaluación que se basen en la población y no en los hospitales (Encuentro XXIV Escuela de Salud Pública de Menorca, 2013).

#### **1.4.2. El papel de la enfermería en el manejo de los problemas crónicos de salud**

Debido a los cambios del sistema sanitario en nuestro entorno, el énfasis de la atención primaria como eje central de los procesos en materia sanitaria de los ciudadanos prevé un cambio en la relación paciente-profesional (Bernalte y Miret 2005; Besora et al,

1998; Corrales et al, 2000, Contel, Gené y Peya 1999; Gervás, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos y Pastor-Sánchez, 2005; Lluch 2004; Martínez-Riera y Del Pino-Casado, 2013; Puig-Llobet, 2009).

La nueva orientación de la Atención primaria de salud propone como base fundamental el fortalecimiento de la figura del profesional de enfermería, asumiendo un papel principal dentro de la comunidad para dar respuesta al nuevo escenario, desde la asunción de funciones con plena autonomía y amplios niveles de responsabilidad (Martin-Zurro y Cano-Pérez, 2008); en este sentido el artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y el artículo 21 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, establecen respectivamente, el procedimiento para aprobar los programas formativos de las especialidades sanitarias en general y de las especialidades de Enfermería en particular; de este modo la especialidad de enfermería familiar y comunitaria sería la encargada de promover este cambio en una primera línea de contacto con el sistema sanitario de salud y a lo largo de todo el proceso de salud de la comunidad, cubriendo desde la infancia hasta la vejez y en los procesos individuales de la persona.

En este sentido el Real decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería; dispone el título de enfermero especialista y las diferentes especialidades: a) Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), b) Enfermería de Salud Mental, c) Enfermería Geriátrica, d) Enfermería del Trabajo, e) Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, f) Enfermería Familiar y Comunitaria, g) Enfermería Pediátrica. Asimismo específica sobre los apartados que los programas de formación de dichas especialidades deben contener. En este sentido es la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria; la que define y especifica los contenidos del mismo.

La denominación de Enfermería de Salud Pública se utilizó hasta la década de los años 70, momento que coincidió con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos planteamientos proponían una contribución de la enfermera a la mejoría de la salud en las comunidades, también plantearon la necesidad de realizar cambios profundos en la concepción y en la reforma de los planes de estudios, así la denominación de “Enfermería Comunitaria” se empieza a utilizar en el año 1974 evolucionando hasta la actualidad.

La OMS entiende que la enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria ha de tener unos conocimientos sólidos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros.

En España a pesar de no disponer de un programa formativo reglado de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, se ha venido realizando una atención comunitaria específica que ha coincidido con la implantación del Modelo de Atención Primaria iniciado en la década de los años 80; normativas posteriores establecieron un modelo de enfermería de Atención Primaria regulado mediante el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud, la publicación de la Ley General de Sanidad, la incorporación de los estudios de enfermería al ámbito universitario y la inclusión de materias como Salud Pública y Enfermería Comunitaria en el currículum de los planes de estudio, han sido los factores que han contribuido a sentar las bases actuales de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

Sin embargo, aunque este desarrollo se inició en los años 80, la evolución de las especialidades de enfermería ha sido muy lenta por la dificultad de la adaptación de las estructuras administrativas implicadas y por los procesos de trasposos de competencias en materia de sanidad.

El Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre obtención del título de Enfermero Especialista, el nuevo Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería ha posibilitado finalmente el desarrollo del programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria lo que permitirá dar una respuesta a las necesidades de los cambios demográficos, sociales y económicos que han generado un proceso de cambio de los problemas de salud que precisan la planificación, gestión y prestación de eficaces y eficientes cuidados enfermeros dirigidos a sujetos, familias y comunidad. Se trata de compatibilizar el papel de estos profesionales con las necesidades del sistema sanitario siendo una figura flexible. En este sentido los valores del profesional especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria se han de adecuar al cumplimiento de su misión, estos valores son los siguientes:

- a) Compromiso y orientación a las personas, familias y comunidad:** se trata a las personas en su acepción holística, en su entorno, con sus familias, en su cultura, además son los protagonistas activos de la atención recibida por la Enfermera Familiar y Comunitaria, esta atención está orientada a la mejora y el mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas de forma compartida.
- b) Compromiso con la sociedad, la equidad y la eficiente gestión de los recursos:** La Enfermera Familiar y Comunitaria es el primer contacto y puerta de entrada al sistema sanitario; esta situación en el circuito sanitario exige

una alta responsabilidad en el uso eficiente de los recursos sanitarios, punto clave del futuro de los servicios sanitarios. Asimismo las competencias de este profesional son: potenciar la participación ciudadana activa y responsable en la resolución de sus problemas de salud, favorecer a los sectores sociales más vulnerables, mantener el principio de equidad, planificar, dirigir e implementar en su actividad cotidiana programas de salud específicos dirigidos a cubrir las necesidades de los ciudadanos y en especial de los grupos de riesgo, además la Enfermera Familiar y Comunitaria coopera y participa activamente con las organizaciones y redes comunitarias, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de ayuda mutua y demás instituciones públicas o privadas que tienen por objetivo mejorar la salud del conjunto de las personas.

**c) Compromiso con la mejora continua de la calidad:** La Enfermera Familiar y Comunitaria se ha de basar en evidencias científicas actualizadas, manteniéndose al día en sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, para así poder ayudar en la toma de decisiones que afecten a la salud de los pacientes.

**d) Compromiso con la ética:** La Enfermera Familiar y Comunitaria ha de ser exigente consigo misma, y con los demás actores que intervienen en los circuitos sanitarios, tanto administraciones como organismos específicos, basa su compromiso con las personas en los principios de la bioética, especialmente en el principio de autonomía (autocuidado y responsabilidad). Garantizando los derechos de los pacientes y manteniendo la ética en el desempeño de sus funciones de docencia y de investigación.

**e) Compromiso con la seguridad de los usuarios y pacientes:** La Enfermera Familiar y Comunitaria se ha de comprometer en la cultura de seguridad de las personas a las que atiende, colaborando y participando en proyectos que impulsen y evalúen las prácticas seguras.

**f) Compromiso con el desarrollo profesional:** La Enfermera Familiar y Comunitaria ha de estar comprometida con el desarrollo general de su profesión, especialmente en su ámbito de trabajo; participando de forma activa en la investigación, desarrollo, consolidación y actualización de su propio cuerpo de conocimientos y marco de actuación.

Por tanto la enfermera ha de cumplir una serie de compromisos, asimismo se establecen las competencias de la Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, extraídas literalmente del Boletín Oficial del Estado, Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, y que son las siguientes:

a) Competencias vinculadas con la provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas, tanto en lo que se refiere a su gestión, como planificación y desarrollo, de acuerdo a las necesidades de la población y a las exigencias de los servicios de salud.

b) Competencias vinculadas con la salud pública y comunitaria, relativas al diseño de programas de educación para la salud, a vigilancia epidemiológica y medioambiental, y a situaciones de emergencia y catástrofe.

c) Competencias vinculadas con la Docencia, dirigidas tanto a las personas y familias como a estudiantes y otros profesionales.

d) Competencias vinculadas con la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, con la finalidad de aplicarlos según los principios de equidad, efectividad y eficiencia y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados a la comunidad.

e) Competencias vinculadas con la investigación, cuyas finalidades son: utilizar la mejor evidencia científica disponible, generar conocimiento y difundir el ya existente.

**Además se consideran unas competencias prioritarias orientadas a:**

a) Identificar las necesidades de salud de la población y proporcionar la correcta respuesta de cuidados de los servicios de salud a los ciudadanos en cualquier ámbito (centro de atención, domicilio, escuela, lugar de trabajo).

b) Establecer y dirigir redes centinelas de epidemiología de los cuidados.

c) Desarrollar indicadores de actividad y criterios de calidad de los cuidados en el ámbito familiar y comunitario.

d) Aumentar el seguimiento y la atención longitudinal al valorar al individuo y la familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados, en su entorno y en todas las etapas de la vida, con especial atención a aquellos que deben ser atendidos en su domicilio.

e) Responder eficazmente a las necesidades de la población con enfermedades crónicas prevalentes, a las situaciones de discapacidad, de riesgo de enfermar y de fragilidad.

f) Diseñar y desarrollar estrategias de intervención y participación comunitaria, centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

g) Garantizar la continuidad de la atención y los cuidados, mediante la gestión efectiva y la coordinación de los recursos humanos y materiales disponibles.

h) Favorecer el funcionamiento de los equipos multiprofesionales, a través de la participación, la reflexión, el análisis y el consenso y desde el respeto a las competencias propias y del resto de especialistas y profesionales del ámbito comunitario y de la Salud Pública.

i) Mejorar la práctica enfermera en el ámbito familiar y comunitario a través de la investigación en cuidados enfermeros y de la participación en líneas de investigación multiprofesionales.

Para llevar a cabo estas atribuciones es fundamental que el profesional entienda y conozca al paciente de forma integral: física, psicológica y social, establecer una relación de confianza es necesario, estos requisitos son básicos para tener éxito.

En esta línea y desde la perspectiva psicosocial, se ha desarrollado una herramienta de gran valor en el ámbito asistencial para poder profundizar en el conocimiento de la persona, "*El Catàleg d'Actuacions no farmacològiques en Salut Mental a l'Atenció Primària*", (Campo-Osaba, Llor-Vilà, Alsinella-Solsona, Torras-Conangla, y Rodríguez-Molinet, 2011)

Conocer sus posibilidades, su entorno, su circunstancia personal, cómo ve la vida y las soluciones a sus problemas nos va a abrir el camino para, con una relación paciente-profesional fluida, ayudarlo en sus objetivos, que convertiremos en comunes. En este sentido, la entrevista se postula como una herramienta fundamental para conseguir estos propósitos; la entrevista, denominada biopsicosocial o de soporte, cubre todos los aspectos a explorar. Asimismo la educación se establece como una herramienta para la promoción de la salud, para la adherencia a los tratamientos y para los

conocimientos de habilidades de los pacientes. De igual modo las propuestas de programas que buscan potenciar en el paciente la capacidad de afrontar contribuyen a incrementar la autonomía de los usuarios (Mira, 2004).

El Consejo Internacional de Enfermeras en su informe del año 2015 propone una profesional de enfermería con una formación sólida, preparada para afrontar los cambios y eficiente en el manejo de los recursos sanitarios. Asimismo, se postula en la integración de los profesionales en los estamentos de poder, en la gestión y control de los costos, siendo partícipes de las tomas de decisiones y de la elaboración de políticas sanitarias; en una clara apuesta por la visibilidad de la enfermería en estos ámbitos.

#### **1.4.3. Intervenciones psicosociales de enfermería para potenciar la Salud Mental Positiva y la Agencia de Autocuidado en la cronicidad**

La intervención psicosocial de enfermería se enmarca en la concepción integral del cuidar (bio-psico-social) y engloba las dos terceras partes del ser humano. En este sentido, la intervención psicosocial de enfermería configura una parte de la enfermería, denominada Enfermería Psicosocial, que Lluch define como:

“una parte de la enfermería que estudia los aspectos psicológicos y sociales de los cuidados en situaciones de salud y enfermedad, en los diferentes niveles de intervención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación), en los diferentes contextos (hospitalario y comunitario) y atendiendo a múltiples receptores de cuidados (personas, familias, grupos y comunidades)” (Lluch, 2003, pág. 64).

Por tanto, la Enfermería Psicosocial es de carácter transversal, ya que la perspectiva psicosocial se aborda desde todos los ámbitos y especialidades enfermeras (maternal, pediátrica, familiar y comunitaria, etc.).

Tal y como señala Barry (1996, citado en Lluch, 2003), las principales áreas de intervención psicosocial de enfermería serían:

1. **Atención psicosocial de enfermería ante respuestas de afrontamiento inefectivas a la enfermedad física:** ansiedad, estrés postraumático, desordenes cognitivos o “síndrome de UCI”, depresión, intento de suicidio, abuso de alcohol y/o drogas psicoactivas, comportamientos de manipulación, dependencia o agresividad.
2. **Aspectos psicosociales de condiciones físicas específicas:** infertilidad, menopausia, histerectomía, condiciones de alteración de la imagen corporal, obesidad.
3. **Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas.** En concreto, cuidados psicosociales de Enfermería a la persona / familia con: SIDA, dependencia al alcohol, trastorno pulmonar obstructivo crónico, trastorno renal crónico, trastorno coronario, diabetes, condición crónica de parálisis (accidente vascular cerebral, etc.), artritis reumatoide.
4. **Manejo del dolor agudo y crónico,** en los contextos del cuidado hospitalario y domiciliario, y ante situaciones específicas: dolor agudo postoperatorio, dolor crónico, dolor provocado por un cáncer en fase aguda y en fase terminal.
5. **Aplicación del toque terapéutico (*therapeutic-touch*)** para reducir el distrés mental, corporal y espiritual.

6. **Aspectos psicosociales de las múltiples respuestas al cáncer:** respuestas individuales a lo largo del proceso de cuidados (ansiedad, temor, depresión, etc.), respuestas psicosociales a tratamientos específicos (radioterapia, quimioterapia, etc.), cambios para el afrontamiento individual del cáncer (alteraciones en la relaciones interpersonales, en la imagen corporal, etc.), cambios para el afrontamiento familiar del cáncer (adaptaciones de roles, necesidades del cuidador, etc.) y estrategias para facilitar el afrontamiento (apoyo, dar esperanza, etc.).
7. **Intervenciones con el paciente terminal y la familia:** identificación de la respuesta emocional normal a la pérdida, reacción familiar ante la pérdida de un ser querido, proceso de duelo disfuncional.
8. **Intervención psicosocial en un departamento de emergencias:** reacciones psicosociales ante un trauma físico o un evento traumático, descompensación o enfermedad mental (abuso de sustancias, psicosis, *homeless*, etc.).
9. **Atención psicosocial en la salud maternal y del niño:** adaptación psicosocial y cultural al embarazo, implicaciones psicosociales del embarazo de riesgo, pérdida y muerte prenatal, aspectos psicosociales relacionados con el aborto terapéutico, apoyo en el nacimiento de un niño con anomalías.
10. **Adaptación psicosocial del niño, el adolescente y la familia con enfermedades físicas:** condiciones congénitas y enfermedades que ocurren en la infancia, en la adolescencia y en las familias de tipo agudo, crónicas y terminales.
11. **Atención psicosocial en cuidados domiciliarios a pacientes y familias:** papel psicosocial de la Enfermería de cuidados domiciliarios, abordaje multidisciplinar en los cuidados domiciliarios, aproximación a los cuidados psiquiátricos domiciliarios, el domicilio como sistema y como medio terapéutico.

12. **Apoyo emocional a las personas ancianas y a sus familias:** los mitos de la edad, roles de las personas ancianas, los cambios de las enfermedades físicas en las personas ancianas (adaptación a la enfermedad física, significado de la enfermedad crónica, etc.), efectos de la enfermedad de una persona anciana en la familia (conflicto familiar potencial, conflicto de roles, etc.), crisis emocional como respuesta a la enfermedad física, cuidados al cuidador.

13. **Aplicación de los principios de enfermería psicosocial al autocuidado del profesional de enfermería:** afrontamiento del estrés en la práctica de la enfermería: los factores de estrés, las respuestas al estrés, las metas ideales *versus* las metas reales.

Según diversos autores, la intervención psicosocial se desarrolla en el marco de la relación terapéutica o la relación de ayuda, configurando el eje fundamental de la Enfermería Psicosocial e incluye las habilidades terapéuticas, la comunicación terapéutica y el entorno terapéutico (Barry, 1984, 1996; Brady, 2000; Crespo, Gavira y O'Ferrall, 2000; De Raeve, 2002; Gelazis y Coombe-Moore, 1993; Gorman, Raines y Sultán, 2002; Hedlund y Jeffrey, 1993; Janosik y Davies, 1996; Jhonson y Frish, 1998; Lluch, 1995).

En este sentido se recomienda realizar un estudio de los aspectos psicosociales de los cuidados fundamentándose en el concepto de interacción bio-psico-social y en la incidencia que tienen los problemas de salud física en el estado mental de los pacientes y sus familiares (Lleixà-Fortuño, Albacar-Riobóo, Artero-Pons, Berenguer-Poblet, Querol-Vidal y Romaguera-Genís, 2007; Lluch-Canut, 2003). Este planteamiento; es de gran relevancia en el abordaje psicosocial al paciente crónico, adaptando los cuidados que se

han de plantear en el entorno más inmediato del paciente, su domicilio y con su familia, realizando tareas asistenciales y de soporte desde los centros de atención primaria.

En Catalunya, y siguiendo las líneas propuestas para los cuidados en la cronicidad en el Pla de Salut 2011-2015 (Generalitat de Catalunya, 2012) destaca el “*Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC)*”, creado y desplegado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2012) y en el que se establece la atención a la cronicidad como un reto para el sistema sanitario y social de Cataluña y en el que se especifican las bases conceptuales del PPAC. Se plantea una línea de actuación que facilite el proceso de adaptación del sistema sanitario y social a las necesidades derivadas de los pacientes con enfermedades crónicas garantizando la mejor atención a las personas y sus familias, adoptando un modelo asistencial eficiente y sostenible.

El programa PPAC opera en seis proyectos o líneas de trabajo:

1. Desarrollar procesos clínicos integrados para las enfermedades crónicas de más impacto en todos los territorios.
2. Potenciar la protección y la promoción de la salud y la prevención, como instrumentos para mantener la salud y evitar la enfermedad crónica.
3. Promover la autoresponsabilización y el autocuidado de los ciudadanos referente a su salud, factores de riesgo y/o enfermedades.
4. Desplegar dispositivos asistenciales sociales y sanitarios y sistemas integrados adecuados para dar atención al paciente crónico y al paciente dependiente.
5. Facilitar la atención holística y proactiva del paciente crónico complejo.
6. Incorporar la racionalización en el uso de fármacos.

En este sentido, el profesional de enfermería de atención primaria se postula como eje catalizador de este proceso de cambio, por su cercanía con el paciente, su conocimiento del mismo y del entorno familiar y social, conocedora asimismo del territorio y de los medios que este ofrece para establecer un plan de cuidados en consonancia con las nuevas directrices, interesándose por nuevas posibilidades asistenciales innovando en este sentido y promoviendo una consulta de enfermería ágil y adaptada a las nuevas necesidades, incluyendo actividades dirigidas a potenciar la autonomía del paciente, responsabilizándose de su proceso de salud y educando a la población en el autocuidado. (Figuerola et al, 2011; Olivella-Fernández, Bastidas-Sánchez y Castiblanco-Amaya, 2012).

Se han ido desarrollado diferentes programas de intervención dirigidos a educar a la población en cualquier ciclo de la vida. (Costa-Cabanillas y López-Méndez, 2008; Perea-Quesada, 2009; Pender, Murdaugh y Parsons, 2015; Pérez-Calvo y Sáez-Cárdenas, 2004). Sin embargo, las propuestas más novedosas pasan por la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) aprovechando el enorme potencial que tienen. En este sentido, opciones como la atención telefónica a la cronicidad desde la disciplina enfermera dando apoyo desde un centro de seguimiento han sido estudiadas últimamente con resultados positivos (Martí et al., 2009) en adherencia al tratamiento, educación sanitaria, nivel de autocuidado y satisfacción de los usuarios. El esfuerzo para ayudar a los pacientes crónicos en estos últimos años se ha ampliado utilizando estas posibilidades de acercamiento a través de las TIC. Otra propuesta que se está realizando actualmente en nuestro entorno es el “Programa Paciente Experto”; este programa está dirigido a pacientes crónicos y sus familiares, cuidadores y profesionales. El objetivo principal es promover el autocuidado de la salud siguiendo el programa de Autocuidado en Enfermedades Crónicas de la Universidad de

Stanford en Estados Unidos. Este programa, pionero en España, está acreditado a nivel internacional y se ha implantado con éxito en más de veinte países. La página ofrece aulas interactivas con contenido de diferentes patologías para el autocuidado de la salud; además de los profesionales sanitarios, en ellas el paciente experto puede ayudar a otros pacientes.

Este panorama invita a la creatividad y la innovación en la respuesta a las necesidades futuras en materia de sanidad, adaptándose a la realidad social, creando e implementando nuevas formas de asistencia y de ayuda.

#### 1.4.4. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC): Dominio Psicosocial

Uno de los instrumentos que han clarificado mejor las intervenciones psicosociales de enfermería, es la taxonomía enfermera Nursing Interventions Classification, conocida en España por el acrónimo de NIC, y que, según señalan sus autoras McCloskey y Bulechek es “una clasificación normalizada, completa de las intervenciones que realizan los profesionales de Enfermería”. En la Universidad de Iowa, en el año 1987, las autoras McCloskey y Bulechek iniciaron un trabajo que culminó en 1995 con la elaboración de la primera versión de esta clasificación. Actualmente, se dispone de la sexta edición (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner 2013). En todas sus versiones se mantiene una estructura de clasificación de las intervenciones en tres niveles: Campo, Clase e Intervención.

- **Campo:** es el nivel de máxima abstracción de la clasificación; da unidad al conjunto de cuidados relacionados con un aspecto de la persona; existen 7 campos.

- **Clase:** en este nivel se especifican los cuidados que están relacionados con un aspecto determinado del campo; existen 30 clases.
- **Intervención:** es el nivel de mayor concreción de la clasificación, son los tratamientos que se relacionan con los aspectos contenidos en las clases, existen 554 intervenciones. (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 2013).

El campo que agrupa la mayoría de las intervenciones psicosociales de enfermería es el Campo 3: Conductual, configurado por 6 clases y 137 intervenciones.

Las 6 clases del área psicosocial son:

**Clase 1: Terapia Conductual:** Agrupa intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables

**Clase 2: Terapia cognitiva:** Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable.

**Clase 3: Potenciación de la comunicación:** intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.

**Clase 4: Ayuda para el afrontamiento:** Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.

**Clase 5: Educación de los pacientes:** Intervenciones para facilitar el aprendizaje.

**Clase 6: Fomento de la comodidad psicológica:** Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.

### 1.4.5. Terapias alternativas/complementarias versus intervenciones psicosociales

Las denominadas terapias complementarias o alternativas son cada vez más populares generando un gran interés entre la población en general. Sin embargo, el conocimiento que se tiene de ellas suele ser insuficiente y la propia definición del término a menudo suele ser confusa, incluso para los profesionales sanitarios (Bruguera, 2007; Fernández-Juárez, 2008). En el año 1999 se introdujo en Estados Unidos el término de “Medicinas alternativas y complementarias” en adelante (MAC), utilizado para denominar estas prácticas englobándolas sin diferenciarlas. Este es un hecho curioso ya que el término en sí mismo es, como señala Bruguera (2007), incongruente pues relaciona la medicina alternativa, que se practica “en lugar de” con la medicina complementaria que se utiliza “conjuntamente con” la medicina convencional. El lector se encontrará irremediabilmente con esta situación si se lanza a una búsqueda con el fin de clarificar la clasificación de los términos. Una forma de resolver esta dificultad es la definición que hace la *National Center for Complementary and Alternative Medicine* señalando que es “Un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se consideran actualmente parte de la medicina convencional”; en su página web <https://nccih.nih.gov/>; se puede comprobar como explica al internauta el uso del término de forma indistinta, este organismo clasifica las MAC en cinco categorías.

**1. Sistemas médicos alternativos:** son los considerados sistemas completos de teoría y práctica, es decir alternativos a la medicina convencional, estos sistemas se dan fundamentalmente en China e India, se basan en la medicina china tradicional, el ayurveda, la homeopatía y la neuropatía.

**2. Las intervenciones mente-cuerpo:** estas intervenciones son aquellas que potencian la capacidad de la mente para influir en las funciones y síntomas

corporales, son un ejemplo de ellas las terapias cognitiva y conductual, la terapia de apoyo, la meditación, la relajación y la visualización, la musicoterapia, la terapia del arte.

**3.Las terapias con base biológica:** son las terapias que utilizan sustancias naturales, hierbas medicinales, alimentos y vitaminas.

**4.Métodos de manipulación del cuerpo:** son aquellas terapias que trabajan la manipulación y/o el movimiento de una o varias partes del cuerpo, se trata de la osteopatía, masajes, reflexología y la quiropraxis entre otras.

**5.Terapias de base energética:** estas terapias trabajan los campos de energía y se dividen en dos apartados o subcategorías. a) Terapias del biocampo: trabajan las energías que rodean y penetran el cuerpo como son el Reiki y el Tacto terapéutico y b) Terapias bioelectromagnéticas: estas terapias trabajan los campos electromagnéticos.

En la tabla 12 se muestra una relación de las terapias más comunes dentro de cada una de las cinco categorías.

**Tabla 12: Propuesta de clasificación de terapias naturales basada en la propuesta del *National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)* de los EEUU (modificada)**

|  |  |
|--|--|
| <b>1. Sistemas integrales o completos</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homeopatía</li> <li>• Medicina naturista</li> <li>• Naturopatía</li> <li>• Medicina tradicional china</li> <li>• Acupuntura Ayurveda</li> </ul>                             |
| <b>2. Prácticas biológicas</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fitoterapia</li> <li>• Terapia nutricional</li> <li>• Tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas</li> </ul>   |
| <b>3. Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osteopatía</li> <li>• Quiropraxia</li> <li>• Quiromasaje y drenaje linfático</li> <li>• Reflexología</li> <li>• Shiatsu y sotai</li> <li>• Aromaterapia</li> </ul>          |
| <b>4. Técnicas de la mente y el cuerpo</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yoga</li> <li>• Meditación, curación metal, oración</li> <li>• Kinesiología</li> <li>• Hipnoterapia, sofronización</li> <li>• Musicoterapia, arteterapia y otras</li> </ul> |
| <b>5. Técnicas sobre la base de la energía (terapias del biocampo y terapias bioelectromagnéticas)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qi-Gong o Chi-Kung</li> <li>• Reiki</li> <li>• Terapia floral</li> <li>• Terapia biomagnética con campos magnéticos</li> </ul>  |

**Fuente:** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Primer documento de análisis de situación de las terapias naturales disponible en: <http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>

Todas estas técnicas generan un gran atractivo en el público en general y se utilizan en mayor o menor medida. En este sentido, Lluch (1991) indica que aunque los métodos terapéuticos alternativos en algunas ocasiones pueden ser métodos únicos de tratamiento, por lo poco regulados que están en nuestra cultura la mayoría de las veces deben ser aplicados como métodos complementarios a los tratamientos terapéuticos tradicionales.

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina alternativa hace referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman

parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal (OMS, 2002).

La realidad es que existe una demanda creciente de estos servicios, que el ciudadano busca en consultas fuera del sistema sanitario, que no siempre son las más adecuadas, por el intrusismo profesional de la que son objeto las terapias alternativas al no disponer de una legislación clara. La tasa de uso de las MAC supera el 33% para ciertas enfermedades (Goldman y Schafer, 2013). También se realizan búsquedas por internet en un intento de solucionar un problema que la persona establece dentro de sus prioridades y que puede ser víctima de estafas económicas en el mejor de los casos.

Siempre se han utilizado métodos alternativos a la medicina convencional, unas personas piensan que es la única vía que les queda, otras porque han hecho de ellas su filosofía de vida. Su uso está muy extendido y las creencias en la capacidad de mejora en los pacientes es muy elevada; sin embargo, algunos niegan la utilización o la consideran una “medicina menor”, ante la falta de estudios científicos que avalen su eficacia.

La tendencia creciente a integrar la medicina alternativa en los sistemas de salud hace imprescindible una regulación legal de las prácticas y de la formación necesaria de los profesionales en nuestro entorno. Esta necesidad se refleja en las cifras de consumo, en Colombia se observó un consumo de un 40%, en Chile de un 70%, y en los Estados Unidos las visitas a establecimientos de medicina alternativa fueron 425 millones de visitas contrastando con las visitas a consultorios médicos que se cifró en 388 millones, en países como Francia el consumo observado fue del 49%, en Australia del 46%, en Canadá del 70% y uno de cada tres alemanes; en España se observó un consumo superior en las mujeres que en los hombres, siendo este de un 7,5%; en otros entornos

como en África y Asia su consumo está muy extendido (un 90% y un 40% respectivamente). (Fernández-Cervilla, Piris-Dorado, Cabrer-Vives, Barquero González, 2013).

En este sentido, el informe Lannoye (1997) solicitó al parlamento europeo la necesidad de crear una legislación, ante el panorama real de prácticas alternativas/complementarias para las cuales no existe regulación profesional y las posibilidades de fraude y el peligro que supone para la salud de los ciudadanos son elevados (Lannoye, 1997).

En Catalunya, en un intento de solucionar una realidad cada vez más patente, se elaboró una regulación de las condiciones que se deberían de cumplir para el ejercicio de determinadas terapias naturales, mediante el decreto 31/2007, de 30 de Enero.

Sin embargo, este decreto no resultó satisfactorio para los profesionales implicados y en junio del año 2009 el Tribunal Superior de Justicia de Catalunya lo anuló en su totalidad. El motivo es que dicho decreto reconoce el ejercicio de actividades sanitarias a profesionales no sanitarios mientras que la legislación básica estatal prevé “que las actividades sanitarias solo pueden ser ejercitadas por los profesionales sanitarios y en los establecimientos sanitarios reconocidos”.

La situación en estos momentos, es que las terapias alternativas / complementarias están pendientes de regulación. La Generalitat de Catalunya propone estudiar la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Catalunya, pero de momento no ha habido cambios. Sin embargo, la anulación de las prácticas en terapias alternativas solo es extensible a los profesionales que carecen de titulación en profesiones sanitarias y no a los que están reconocidos oficialmente.

Por tanto, la realidad actual a nivel legal no acaba de solventar la situación de dichas terapias, ni a nivel formativo ni a nivel asistencial para los profesionales, ni para el público en general. Esta barrera legislativa supone una nueva barrera, valga la redundancia, ya que mientras no se solucione esta inestabilidad legal su implantación en las consultas asistenciales de atención primaria es solo testimonial dentro del sistema sanitario. Desde la perspectiva de los profesionales, las terapias alternativas o complementarias han sido objeto de interés por parte del colectivo profesional de enfermería. Fruto de la búsqueda de proporcionar cuidados integrales a la población, algunas de ellas están introducidas en las taxonomías enfermeras (López-Ruiz y Arqué-Blanco, 2009). En este sentido, ofrecer desde atención primaria terapias alternativas / complementarias, integrándolas dentro de la cartera de servicios de los profesionales de enfermería, se convierte en una prioridad ya que es el centro de salud donde se tiene mayor conocimiento del paciente y de su entorno, es el área asistencial más próxima al paciente y a su familia, y es el lugar ideal para proponer ofertas de ayuda que la persona busca en otros lugares y que, en muchas ocasiones, no son los lugares adecuados, ya que no disponen de las acreditaciones pertinentes que los autorice a efectuar actividades sanitarias.

Por suerte, muchas de las terapias alternativas / complementarias están identificadas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), que hemos descrito anteriormente. Y en este sentido, desde enfermería creemos que la NIC ha aportado un avance significativo en el uso de muchas de las denominadas terapias alternativas / complementarias, al normalizarlas como intervenciones, identificadas con una etiqueta y un código que puede ser introducido en las historias clínicas, en los lenguajes estandarizados y por tanto, los profesionales de enfermería pueden hacer uso e identificación de muchas terapias alternativas/complementarias.

#### 1.4.6. Propuesta de Programa de Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPsE)

Conjugando los planteamientos de la teoría de enfermería de Dorothea Orem, que se ha descrito de forma detallada anteriormente, especialmente en relación a la Agencia de Autocuidados (“capacidad de la persona para cuidarse”), y el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva planteado por Lluch, y utilizando el Dominio Conductual de la NIC como elemento identificador de las intervenciones psicosociales de enfermería, se ha elaborado un Programa de Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPsE) que conjuga, actividades específicas de intervención con la correspondencia de esas intervenciones en la clasificación NIC y con los factores de Salud Mental Positiva y de Agencia de Autocuidado que se pretenden potenciar.

Las intervenciones NIC que se han seleccionado han sido las siguientes:

1. **“Imaginación Simple Dirigida”** (NIC: 6000; Clase: Fomento de la Comodidad Psicológica. Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas). “Utilización intencionada de la imaginación para conseguir relajación y/o apartar la atención de las sensaciones indeseables”.
2. **“Terapia de relajación”** (NIC 6040; Clase: Fomento de la comodidad Psicológica Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas). “Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como el dolor, tensión muscular o ansiedad”.
3. **“Educación para la salud”** (NIC 5510, Clase: Educación de los pacientes. Intervenciones para facilitar el aprendizaje). “Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

4. **“Potenciación de la socialización”** (NIC 5100, Clase: Potenciación de la comunicación. Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales). Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.

5. **“Musicoterapia”** (NIC 4400 Clase: Potenciación de la comunicación. Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales). Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico.

En el Anexo VI se presenta de forma detallada la estructura global del Programa de Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPsE). Señalar que este programa es el que se ha aplicado como intervención en esta tesis doctoral y por ello, en el apartado de metodología se describirá como variable independiente. En el contexto de esta investigación, el Programa de Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPsE) se ha aplicado a una muestra de pacientes con problemas crónicos de salud. Sin embargo, tal y como se señala en el apartado de discusión de esta tesis, el PIPsE puede ser aplicado a múltiples situaciones de cuidados de salud, tanto desde la vertiente de la promoción como en los contextos de prevención y/o rehabilitación.

# Capítulo 2

## Objetivos e hipótesis de la investigación



---

Recomendación nº2:

*“Poner cariño a las actividades de la vida cotidiana”.*

*Decálogo de Salud Mental Positiva. Lluch MT (2011)*

---

## 2. Objetivos de la investigación e hipótesis

### 2.1. Objetivos de la investigación Fase I

Para realizar la Fase I de la investigación se formularon los siguientes objetivos:

#### Objetivo 1

Describir las características sociodemográficas y las condiciones de salud física de la muestra objeto de estudio (personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria).

#### Objetivo 2

Analizar la fiabilidad de los instrumentos de medición utilizados: Cuestionario de Salud Mental Positiva y Escala de Agencia de Autocuidado.

#### Objetivo 3

Identificar el nivel de salud mental positiva, global y por factores, en personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria.

#### Objetivo 4

Explorar la relación entre el nivel de salud mental positiva, global y por factores, y características sociodemográficas y condiciones de salud física en personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria.

### **Objetivo 5**

Identificar el nivel de agencia de autocuidado en personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria.

### **Objetivo 6**

Explorar la relación entre el nivel de agencia de autocuidado y características sociodemográficas y condiciones de salud física en personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria.

### **Objetivo 7**

Analizar la relación entre el nivel de salud mental positiva, global y por factores, y la agencia de autocuidados en personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria.

## **2.2. Objetivos de la investigación Fase II**

Para realizar la Fase II de la investigación se formularon los siguientes objetivos:

### **Objetivo 8**

Evaluar la efectividad de un programa de intervenciones psicosociales enfermeras para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria.

### Objetivo 9

Identificar la utilidad percibida de los ejercicios aprendidos y el grado de satisfacción de los participantes en el programa de intervenciones psicosociales de enfermería y las posibles mejoras propuestas por los mismos.

### 2.3. Hipótesis de la investigación

Existe una relación bidireccional entre la capacidad de autocuidado y la salud mental positiva de forma que los pacientes con problemas crónicos de salud que tienen un nivel elevado de agencia de autocuidado también tienen mayor nivel de salud mental positiva y viceversa.

Los pacientes con problemas crónicos de salud que participen en el Programa de Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE) tendrán una agencia de autocuidado y un nivel de salud mental positiva más elevados que los pacientes con problemas crónicos de salud que no participen en el PIPSE.



# Capítulo 3

## Metodología



---

Recomendación nº3:

“No ser muy severos con nosotros mismos ni con los demás. La tolerancia, la comprensión y la flexibilidad son buenos tónicos para la salud mental”.

Decálogo de Salud Mental Positiva. Lluch MT (2011)

---

### 3. Metodología

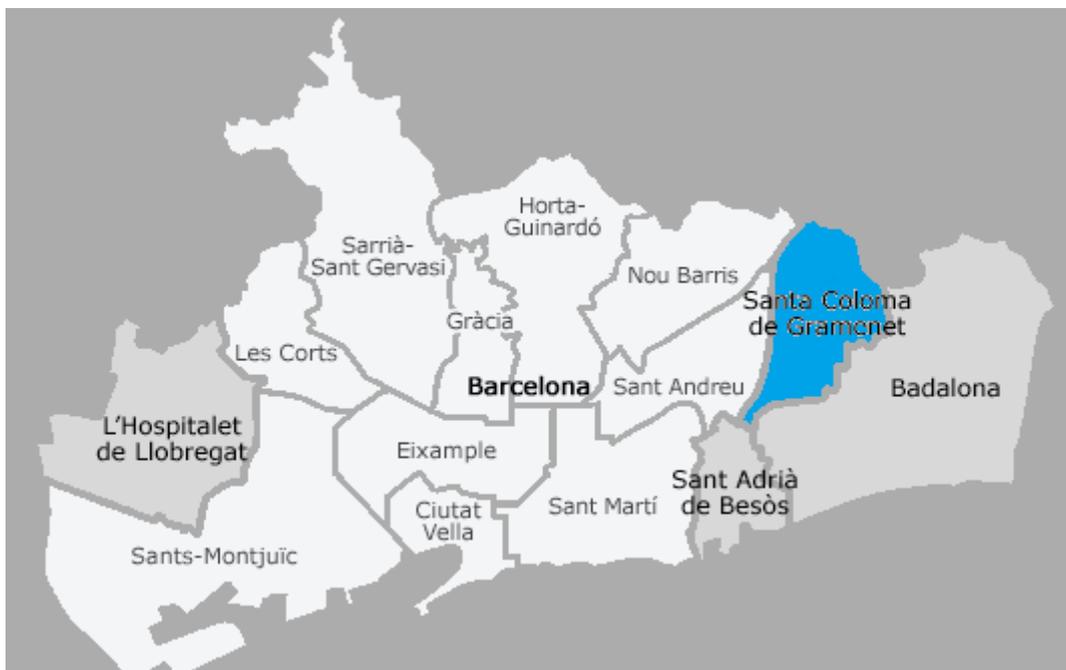
#### 3.1. Diseño del estudio

Para los propósitos de este trabajo se realizaron dos fases:

- **Fase I:** estudio descriptivo, transversal y correlacional de la población objeto de estudio con el fin de evaluar los objetivos 1 a 7 descritos anteriormente.
- **Fase II:** estudio quasi-experimental, pre-test-posttest, con grupo de intervención (GI) y con grupo de control (GC). Se realizó un programa de intervenciones psicosociales dirigido por profesionales de enfermería para potenciar la capacidad de autocuidado y la salud mental positiva.

#### 3.2. Lugar de estudio

El estudio se realizó en Cataluña, en la población de Santa Coloma de Gramenet perteneciente al área metropolitana de Barcelona (ver Figura 6), con una población de 122.952 habitantes según el Censo del Padrón Municipal de 2011. Se realizó la actuación en un centro de salud de titularidad pública, en el Equipo de Atención Primaria (EAP) Barrí Llatí.

**Figura 6: Situación geográfica de Santa Coloma de Gramenet. (Barcelona)**

### 3.3. Población y muestra

La población de estudio fueron pacientes con problemas crónicos de salud asignados a una Unidad Básica Asistencial (UBA), compuesta por un médico y un profesional de enfermería y con una asignación de 1295 personas.

**En la Fase I**, se incluyó una muestra de  $n=259$  personas con problemas crónicos de salud física atendidos en la consulta de enfermería. El tamaño de la muestra se calculó con un riesgo  $\alpha=0,05$  para una precisión de  $\pm 95\%$ .

**En la Fase II**, la muestra estuvo formada por  $n=44$  personas con problemas crónicos de salud física atendidos en la consulta de enfermería que habían participado en la fase I del estudio y que aceptaron participar en los grupos. La muestra se dividió en dos grupos: el grupo intervención con 22 participantes y el grupo control con 22 participantes.

### 3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión :**

#### **Fase I**

- Pacientes de 45 años y más adscritos a la Unidad Básica Asistencial (UBA) en la que se desarrolla el estudio y que acudieron a la consulta de enfermería.
- Pacientes de 45 años y más adscritos a la Unidad Básica Asistencial (UBA) en la que se desarrolla el estudio y que aceptasen participar en el estudio previa explicación e información del mismo por escrito.

#### **Fase II**

- Comprometerse a participar en todas las sesiones en el caso de que fueran seleccionadas para el grupo intervención.

- **Criterios de exclusión :**

#### **Fase I**

- Personas con deficiencias visuales y/o con deficiencias auditivas.
- Pacientes que además de enfermedad crónica física presentasen trastornos mentales o cognitivos.

#### **Fase II**

- Personas que queriendo participar, no podían adaptar sus horarios al horario propuesto en el programa.

### 3.4. Variables

Las variables de estudio se dividieron en cinco bloques y fueron las siguientes:

### **Bloque I: Variables sociodemográficas**

Estas variables recogen datos relacionados con las características sociodemográficas de la muestra: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, nº de hijos, situación laboral y procedencia.

- **Edad** : se establecieron 4 intervalos de edad
  - 45-55 años
  - 56-65 años
  - 66-75 años
  - >75 años
- **Sexo**: hombre o mujer
- **Nivel de estudios**: se establecieron 7 categorías:
  - Estudios primarios (graduado escolar, ESO)
  - Ciclo formativo de grado medio
  - Bachiller, ciclos formativos de grado superior
  - Carrera universitaria
  - Estudios de doctorado
  - Sin estudios
  - Otros estudios (estudios no reglados)
- **Estado civil**: se establecieron 5 categorías:
  - Soltero/a
  - Casado/a
  - Viudo/a
  - Divorciado/a
  - Pareja de hecho
- **Nº de hijos**: se valoró con cifra numérica directa
- **Situación laboral**: se establecieron 5 categorías:
  - Trabajo fijo
  - Interino/a
  - Suplente
  - Parado/a
  - Jubilado/a

- **Procedencia/Nacionalidad:** se establecieron categorías en función de la provincia o país de origen.

### **Bloque II: Variables de condiciones de salud física**

- Consumo de analgesia: Sí/No
- Frecuencia toma medicación: diariamente/ocasionalmente
- Polimedicación: Sí/No. Se consideró Si (polimedicado) al paciente que consumía 6 o más fármacos diferentes diariamente.
- Tipo de enfermedad crónica: Diabetes Mellitus II, Hipertensión arterial (HTA), Hipercolesterolemia, Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC), Obesidad, Alzheimer, Parkinson, Artritis, Artrosis, Osteoporosis, Asma, Insuficiencia Cardíaca, Hepatitis, Hipotiroidismo, Psoriasis, Fibromialgia, Cáncer, Otras.

### **Bloque III: Variables dependientes**

Las variables dependientes fueron la Salud Mental Positiva y la Agencia de Autocuidado. Estas variables fueron estudiadas en la fase I del estudio con carácter descriptivo correlacional en tanto que en la Fase II del estudio fueron tratadas como variables dependientes.

#### **Salud Mental Positiva**

Esta variable se define a partir del Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva formulado por Lluch (1999) que hemos descrito de forma detallada en el marco conceptual (en el apartado de evaluación de la salud mental positiva). El modelo plantea la salud mental positiva como un constructo CSM+ configurado por 6 factores específicos. Por tanto, para evaluar la SM+ se contemplaron 7 variables:

- Nivel Global de Salud Mental Positiva

- Nivel de Salud Mental Positiva en cada uno de los 6 factores específicos del modelo:
  1. Factor 1: Satisfacción personal
  2. Factor 2: Actitud prosocial
  3. Factor 3: Autocontrol
  4. Factor 4: Autonomía
  5. Factor 5: Resolución de Problemas y Autoactualización
  6. Factor 6: Habilidades de Relación Interpersonal

El Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva está operativizado mediante el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) de Lluch (1999) que se describe posteriormente, en el apartado de instrumentos.

### **Agencia de autocuidado**

Esta variable se definió a partir del concepto de Agencia de Autocuidado (Orem, 1993) descrito de forma detallada en el marco conceptual de esta tesis. El concepto fue operativizado por Evers e Isenberg (1989) como una variable unidimensional que se evalúa mediante la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) (Evers, Isenberg 1989) que describiremos posteriormente en el apartado de instrumentos.

### **Bloque IV: Variable independiente (Programa de Intervenciones Psicosociales de Enfermería-PIPsE)**

- Programa de Intervenciones psicosociales de enfermería (PIPsE). La variable intervención se compuso con el conjunto de intervenciones del campo conductual de la NIC (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2014) que se detallan a continuación:

1. Educación para la salud (NIC 5510).
2. Terapia de relajación (NIC 6040).
3. Musicoterapia (NIC 4400).
4. Imaginación simple dirigida (NIC 6000).
5. Potenciación de la socialización (NIC 5100).

En los anexos VI y VII se adjunta una descripción detallada de las intervenciones que configuraron el programa de intervención PIPsE. Asimismo se detallan las sesiones y las actividades específicas de cada intervención así como la dinámica seguida para la implantación de las actividades y la descripción de los materiales utilizados.

El programa consta de 4 sesiones de 90 minutos de duración. A los participantes se les entregó un dossier con algunas explicaciones de las actividades que se realizarían durante la duración del programa de intervención (Anexo VIII). Asimismo, al finalizar el programa de intervención se les administró el formulario 2 para evaluar la intervención y recoger propuestas de mejora.

**Bloque V: Variables referidas a la valoración del programa de intervención por parte de los participantes, en relación a la utilidad percibida y al nivel de satisfacción:**

- ¿Se ha sentido a gusto en el grupo?: Sí / No
- ¿Ha realizado las actividades aprendidas?: Sí / No
- ¿Dónde las ha utilizado?: Domicilio / En la calle
- ¿Considera útil para su salud el aprendizaje realizado? Sí/No
- ¿Diría usted que ha aprendido bien las técnicas de relajación?  
Sí/No/Necesita más tiempo/Duda

- ¿Se ve capaz de realizar los ejercicios usted sola? Sí/No/Duda
- ¿Volvería a repetir la experiencia? Sí/No
- ¿La recomendaría a algún familiar o amigo/a? Sí/No
- Nivel de satisfacción de los participantes. (Valores 0=mínimo y 10=máximo).
- Propuestas de mejora de los participantes. (pregunta abierta)

### 3.5. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la evaluación de esta investigación han sido los siguientes:

**Formulario 1-** Se creó *ad hoc* un formulario para recoger los datos referidos a las variables sociodemográficas, compuesto de 8 preguntas abiertas y cerradas. (Anexo I) En ese mismo formulario se anotaron los datos referidos a las condiciones de salud física extraídas de la Historia Clínica de cada sujeto.

**Escala Agencia de Autocuidado (ASA) (Evers e Isenberg, 1989):** esta escala mide la capacidad de autocuidado que tiene la persona de forma global. Consta de 24 ítems (16 ítems positivos y 8 ítems negativos), las preguntas 2, 6, 11, 13, 14, 15, 20 y 23 se invierten para realizar la puntuación (Anexo II). Tiene un formato de respuestas tipo Likert con cuatro alternativas que se contabilizan: Total Acuerdo (4), Acuerdo (3) Desacuerdo (2) Total desacuerdo (1); con un rango de resultado que oscila entre los 24 (capacidad mínima de autocuidado) y los 96 (capacidad máxima de autocuidado), estableciendo un punto de corte <48 puntos para delimitar una capacidad de autocuidado baja. (Gallegos, 1998). A mayor puntuación mayor agencia de autocuidados. Las características tanto métricas como clínicas de la escala ASA se han descrito de forma detallada en el marco conceptual (en el apartado de evaluación de la agencia de autocuidado).

**Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) (Lluch, 1999):** es una escala que se utiliza para medir la Salud Mental Positiva. Consta de 39 ítems formulados en positivo y negativo y se estructura en 6 factores: Factor 1: Satisfacción personal, Factor 2: Actitud prosocial, Factor 3: Autocontrol, Factor 4: Autonomía, Factor 5: Resolución de Problemas y Autoactualización y Factor 6: Habilidades de Relación Interpersonal. Su medición se realiza mediante respuesta tipo Likert que va de siempre o casi siempre (4), bastante frecuente (3), algunas veces (2), nunca o casi nunca (1). (Anexo III). Tal y como se ha indicado en el marco conceptual, los valores oscilan entre 39 y 156 de forma que a mayor puntuación mayor nivel de salud mental positiva. La distribución de los ítems según factores así como los valores psicométricos de este instrumento obtenidos en diversos estudios se han descrito en el marco conceptual.

**Formulario 2-** Se creó *ad hoc* un formulario para evaluar las variables referidas a la evaluación del programa de intervención (descritas en el apartado de variables), compuesto por 10 preguntas abiertas y cerradas (Anexo IV).

Los instrumentos se utilizaron con el siguiente orden:

| Tabla 13: Orden de administración de los instrumentos de medición por fases de la investigación |   |                     |  |
|---|---|---------------------|--|
| INSTRUMENTOS DE MEDICION  |   |                     |  |
| <b>FASE I (n=259)</b>   | 1. Formulario 1<br>2. Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) (Lluch, 1999)<br>3. Escala Autocuidado (ASA) |                     |  |
| <b>FASE II (n=44)</b>   | <b>Pre-intervención</b>   | <b>Intervención</b> | <b>Post-intervención</b>   |
| Grupo intervención<br>n=22  | 1. Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) (Lluch, 1999)<br>2. Escala Autocuidado (ASA)                    |                     | 1. Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) (Lluch, 1999)<br>2. Escala Autocuidado (ASA)<br><b>3. Formulario 2</b> |
| Grupo control<br>n=22   | 1. Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) (Lluch, 1999)<br>2. Escala Autocuidado (ASA)                    |                     | 1. Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) (Lluch, 1999)<br>2. Escala Autocuidado (ASA)                           |

### 3.6. Procedimiento de recogida de datos

#### **Fase I:** Procedimiento para la selección de los participantes (n=259)

Según entraban en la consulta de enfermería, los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y que aceptaban participar en el estudio, se les entregaba una carpeta compuesta por: a) hoja informativa y consentimiento informado (Anexo V), b) el formulario 1 (Anexo I), 2) la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) (Anexo II) y el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) (Lluch, 1999) (Anexo III). Una vez cumplimentados todo estos datos, se añadían al formulario I los datos extraídos de la Historia Clínica. Asimismo, se preguntaba si estarían interesados en participar en un posterior programa de intervención para fomentar la capacidad de autocuidado y la salud mental positiva.

#### **Fase II:** Procedimiento para la selección de los participantes (n=44)

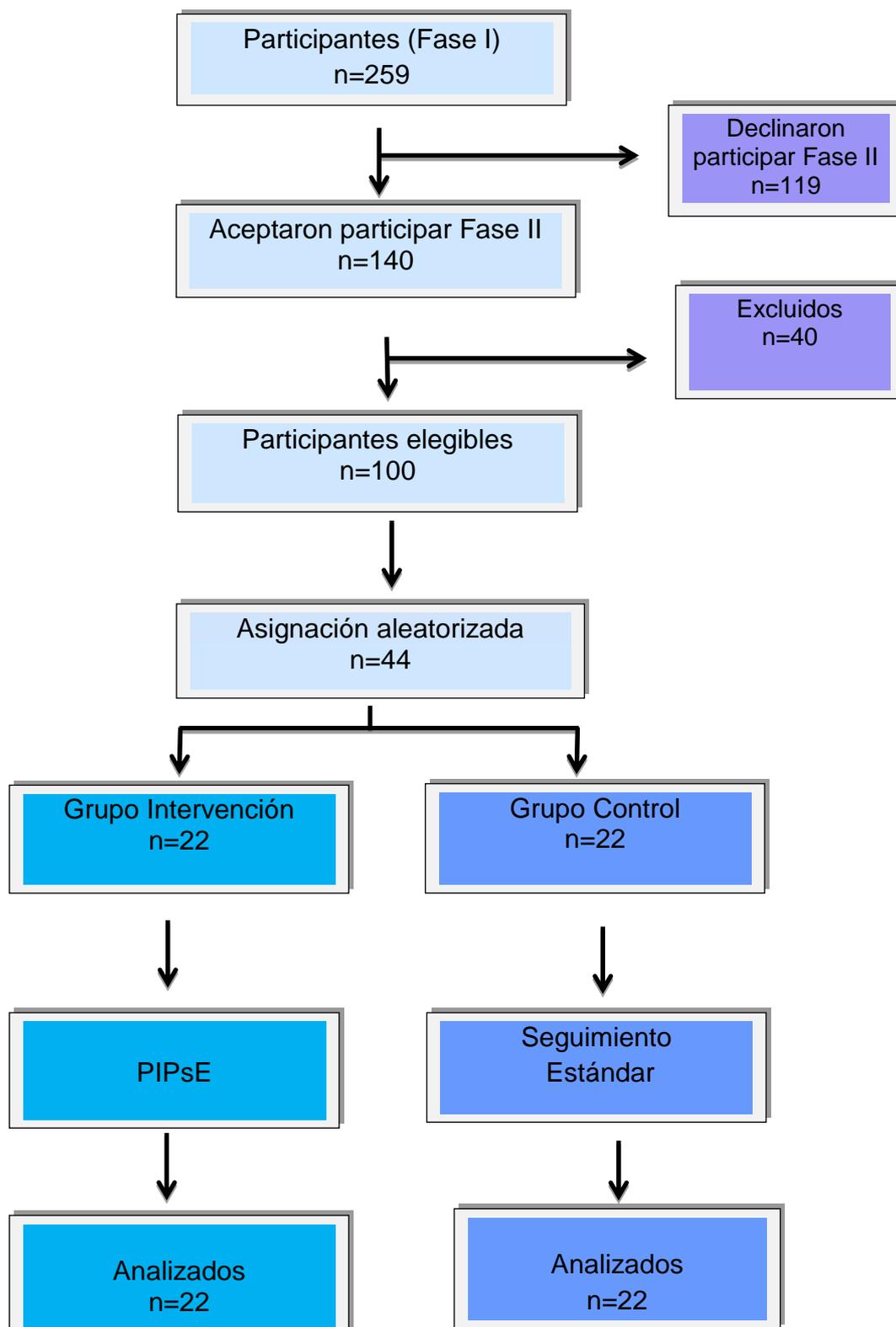
Se seleccionaron al azar de la lista de participantes del estudio de la fase I después de comprobar los criterios de inclusión y exclusión especificados para asegurar la elegibilidad de los participantes en esta fase. De los 259 individuos que participaron en la fase I solamente las mujeres manifestaron su deseo de participar en la segunda fase del estudio (estudio de intervención aleatorizado con un grupo control), de las cuales 100 reunían los criterios de inclusión descritos a continuación: comprometerse a participar en todas las sesiones en el caso de que fueran seleccionadas para el grupo intervención y tener disponibilidad horaria. Los criterios de exclusión fueron los mismos que los descritos en la fase I. Al inicio de la fase II, de los 100 participantes que reunían los criterios de inclusión fueron incluidos 44 pacientes. Tras explicar el proyecto y haber firmado el consentimiento, los pacientes fueron asignados al grupo control o grupo de intervención mediante el uso de una tabla en la que se le asignó a cada paciente un número al azar. Los pacientes con números pares fueron asignados

al grupo intervención y se incluyeron en el programa PIPsE. Los pacientes con números impares fueron asignados al grupo control.

La recogida de datos se realizó durante el período de 2012. Todas las participantes de ambos grupos cumplimentaron los cuestionarios al inicio y al finalizar el estudio.

En la figura 7 se muestra el diagrama de flujo de la asignación de los sujetos participantes en las dos fases de la investigación.

Figura 7: Diagrama de flujo de la asignación de los sujetos participantes en las dos fases de la investigación



### 3.7. Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico PASW-18. En general se consideraron estadísticamente significativos los test con una p-valor menor o igual a 0.05.

#### **Análisis de datos de la fase I**

Los datos referidos a características de la muestra fueron analizados mediante estadísticos descriptivos. Para las variables categóricas se analizaron los datos descriptivos básicos de frecuencias y porcentajes y para las variables numéricas se analizaron los descriptivos de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar, respectivamente).

Para el análisis de la fiabilidad de los instrumentos utilizados se analizó la consistencia interna de las escalas ASA y Salud Mental Positiva, mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se aceptó, tal y como sugieren Sánchez y Gómez, 1998, un valor igual o superior a 0,7 para considerar que el instrumento tiene buena consistencia interna.

Para estudiar la relación entre las distintas variables se utilizó la prueba T de Student, o análisis de la varianza (ANOVA) en función de las categorías de las variables analizadas. Y, para estudiar la correlación entre variables numéricas se utilizó la correlación de Pearson.

**Para el análisis de la Fase II (Programa de Intervención):** se realizaron los siguientes análisis:

Para la comparación de las variables categóricas se utilizó el test exacto de Fisher y para las variables cuantitativas la U de Mann-Whitney. Para determinar si la intervención producía una mejoría significativa en el grupo de intervención se realizó un

análisis multivariante de la covarianza (MANOVA) con las diferencias pretest – post-test entre el grupo de intervención y el grupo comparación.

Se realizó también un análisis univariante con cada una de las diferencias pretest-post-test, entrando como covariable la puntuación pretest (ANCOVA). Por último se realizó un análisis de la varianza para determinar si la variación de los test dependía de la edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, número de hijos, consumo de analgésicos, frecuencia de consumo de analgésicos, polimedicación y número de patologías.

### **3.8. Aspectos éticos**

Para la realización del estudio de forma garantizada y respetando los aspectos éticos propios del manejo de datos de personas ajenas se presentó el proyecto de estudio a la dirección de Atención Primaria de Santa Coloma de Gramenet, a la dirección del Centro de Salud en el que se realizó la investigación: “Equipo de Atención Primaria Barri Llatí, Santa Coloma de Gramenet 2” y a la Unidad de Investigación del área del *Barcelonés Nord i Maresme de l’Institut Català de la Salut*, solicitando los permisos pertinentes, obteniendo respuesta afirmativa para llevar a cabo el estudio de investigación por parte de todas ellas (Anexo IX). Asimismo se informó a los pacientes del estudio mediante una hoja informativa y consentimiento informado, dejando clara la posibilidad de abandonar la participación en el estudio en cualquier momento (Anexo V).

# Capítulo 4

## Resultados



---

Recomendación nº4:

“No dejar que las emociones negativas bloqueen  
nuestra vida “

Decálogo de Salud Mental Positiva. Lluch MT (2011)

---

## 4. Resultados

### 4.1. Resultados Objetivo 1

---

*Describir las características sociodemográficas y las condiciones de salud física de la muestra objeto de estudio (personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria).*

#### 4.1.1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de las condiciones de salud

En relación a las **características sociodemográficas** de la muestra de los 259 sujetos que participaron en el estudio un 45.9% (n=119) eran hombres y un 54.1% (n=140) eran mujeres. En cuanto a los grupos etarios, se obtuvo un peso superior en el grupo de 66-75 años de edad con un 43.2%, siendo el menos numeroso el grupo más joven de (45-55 años) con un 10.8%.

La mayoría (81.9%) estaban casados y el número más frecuente de hijos fue de 2 (54.1%). Un elevado porcentaje de la muestra no tenía ningún tipo de estudios (42.1%) o bien tenía un nivel primario de formación (49%). La gran mayoría (90%) nacieron en una comunidad autónoma de España diferente de la que residen actualmente (Cataluña).

Respecto a la situación laboral actual, el 67.9% eran jubilados, el (16.7%) tenían trabajo fijo, el (12.3%) estaban desempleados y el 3.1% no tenían un contrato laboral estable. El

tipo de profesión se clasifica de la siguiente forma: el 33.9% eran amas de casa, el 32.4% trabajaban en el sector de servicios, el 8.5% se dedicaban al sector de la industria y el 7.3% se dedicaban a la construcción. Ver tabla 14.

**Tabla 14: Características sociodemográficas de la muestra de la fase I del estudio (n=259)**

| <b>Tabla 14: Características sociodemográficas de la muestra de la fase I del estudio (n=259)</b> |               |          |
|---|---------------|----------|
| <b>Edad en años</b>   | 66.6 (DE 8.9) |          |
| <b>Edad agrupada por intervalos</b>   | <b>n</b>      | <b>%</b> |
| 45 - 55   | 28            | 10.8     |
| 56 - 65   | 78            | 30.1     |
| 66 - 75   | 112           | 43.2     |
| >75   | 41            | 15.8     |
| <b>Sexo</b>   |               |          |
| Mujer   | 140           | 54.1     |
| Hombre  | 119           | 45.9     |
| <b>Estado civil</b>   |               |          |
| Soltero   | 7             | 2.7      |
| Casado  | 214           | 81.9     |
| Viudo   | 26            | 10.6     |
| Divorciado  | 12            | 4.6      |
| <b>Nivel de estudios</b>  |               |          |
| Ninguno   | 109           | 42.1     |
| Primarios   | 127           | 49.0     |
| Bachiller / Formación profesional   | 14            | 5.4      |
| Universitarios  | 9             | 3.5      |
| <b>Profesión</b>  |               |          |
| Ama de casa   | 88            | 33,9     |
| Jubilado  | 46            | 17.8     |
| Industria   | 22            | 8.5      |
| Construcción  | 19            | 7.3      |
| Servicio  | 84            | 32.4     |
| <b>Situación laboral</b>  |               |          |
| Trabaja   | 51            | 19.7     |
| En paro   | 32            | 12.3     |
| Jubilado  | 176           | 67.9     |
| <b>Número de hijos</b>  |               |          |
| 0   | 14            | 5.4      |
| 1   | 31            | 12.0     |
| 2   | 140           | 54.1     |
| 3   | 57            | 22.0     |
| 4   | 16            | 6.2      |
| 5   | 1             | 0.4      |
| <b>Comunidad autónoma de nacimiento</b>   |               |          |
| Andalucía   | 136           | 52.5     |
| Cataluña  | 26            | 10.0     |
| Extremadura   | 27            | 10.4     |
| Castilla – León   | 15            | 5.8      |
| Galicia   | 12            | 4.6      |
| Castilla – La Mancha  | 29            | 11.2     |
| Comunidad Valenciana  | 2             | 0.8      |
| Principado de Asturias  | 1             | 0.4      |
| País Vasco  | 1             | 0.4      |
| Murcia  | 7             | 2.7      |
| Aragón  | 1             | 0.4      |
| Extranjero  | 2             | 0.8      |

En relación a las condiciones de salud de la muestra, la patología más frecuente fue la Hipertensión (68.7%), seguida de la Hipercolesterolemia (55.2%), la Diabetes Mellitus (26.3%) y la Osteoporosis (17.4%). El 56.3% de los sujetos tenía dos o tres patologías y un 69.1% tomaba entre 1 y 5 medicamentos diferentes por día, en tanto que el 30.9% restante estaba en la categoría de “polimedicado” (6 o más medicamentos diferentes por día). En relación al consumo de analgesia, el 68.7% no consumía analgésicos o lo hacía de forma ocasional en tanto que el 31.3% de los sujetos tomaba medicación analgésica cada día (ver tabla 15).

| <b>Tabla 15: Características de las condiciones de salud de la muestra de la fase I del estudio (n=259)</b> |                     |          |
|---|---------------------|----------|
|   | <b>n</b>            | <b>%</b> |
| <b>Consumo analgésicos</b>  |                     |          |
| Si  | 188                 | 72.6     |
| No  | 71                  | 27.4     |
| <b>Frecuencia consumo analgésicos (n=188)</b>   |                     |          |
| Diariamente   | 83                  | 44.1     |
| Ocasionalmente  | 105                 | 55.9     |
| <b>Polimedicación</b>   |                     |          |
| Si  | 80                  | 31       |
| No  | 179                 |          |
| <b>Número de patologías</b>   |                     |          |
|   | <b>2.3 (DE 1.3)</b> |          |
| Ninguna   | 18                  | 6.9      |
| 1   | 48                  | 18.5     |
| 2   | 83                  | 32.0     |
| 3   | 63                  | 24.3     |
| 4   | 35                  | 13.5     |
| 5   | 9                   | 3.5      |
| 6   | 1                   | 0.4      |
| 7   | 1                   | 0.4      |
| 8   | 1                   | 0.4      |
| <b>Tipo de enfermedad crónica</b>   |                     |          |
| Diabetes  | 68                  | 26.3     |
| Hipertensión  | 178                 | 68.7     |
| Hipercolesterolemia   | 143                 | 55.2     |
| Insuficiencia cardíaca  | 2                   | 0.8      |
| Obesidad  | 9                   | 3.5      |
| EPOC  | 16                  | 6.2      |
| Asma  | 5                   | 1.9      |
| Artritis  | 3                   | 1.2      |
| Artrosis  | 45                  | 17.4     |
| Osteoporosis  | 20                  | 7.7      |
| Hepatitis   | 4                   | 1.5      |
| Psoriasis   | 1                   | 0.4      |
| Hipotiroidismo  | 13                  | 5.0      |
| Alzheimer   | 3                   | 1.2      |
| Cáncer  | 18                  | 6.9      |
| Fibromialgia  | 1                   | 0.4      |

## 4.2. Resultados Objetivo 2

---

Fiabilidad de los instrumentos de medición utilizados: Cuestionario de Salud Mental Positiva y Escala de Agencia de Autocuidado.

---

### 4.2.1. Fiabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)

Analizando la fiabilidad del instrumento los resultados fueron los que se muestran en las tablas 16 y 17. Como se puede observar en la tabla 16, para la escala global se obtuvo una alpha de Cronbach de **0.91**; este resultado es excelente según la literatura consultada (George y Mallery, 2003; Gliem JA y Gliem RR, 2003; Nunnally, 1994).

Por otro lado, el coeficiente de homogeneidad para cada ítem fue superior en todos los casos a 0.20.

En cuanto a los valores obtenidos por factores oscilaron entre 0.60 del factor F2- Actitud Prosocial al 0.82 del factor F5-Resolución de Problemas y Autoactualización. En relación a la consistencia interna de cada ítem del cuestionario, los valores fueron elevados y en ningún caso la eliminación de un ítem incrementó la fiabilidad global del mismo. (Tabla 17)

Tabla 16: Fiabilidad Cuestionario Salud Mental Positiva (CSM+)

| Ítem   | Correlación ítem total de la escala corregida | Total escala sin ítem alpha |
|--|---|-----------------------------|
| 1. A mí, ... me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías         | 0.362   | 0.897                       |
| 2. Los problemas ... me bloquean fácilmente  | 0.474   | 0.897                       |
| 3. A mí, ... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas                     | 0.367   | 0.897                       |
| 4 ...me gusto como soy   | 0.475   | 0.896                       |
| 5. soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas   | 0.463   | 0.897                       |
| 6. ... me siento a punto de explotar   | 0.320   | 0.897                       |
| 7. Para mí, la vida es ... aburrida y monótona   | 0.529   | 0.895                       |
| 8. A mí, ... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional  | 0.441   | 0.896                       |
| 9. ... tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas   | 0.398   | 0.897                       |
| 10 ...me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi   | 0.355   | 0.897                       |
| 11. Creo que ... tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas               | 0.431   | 0.896                       |
| 12. ... veo mi futuro con pesimismo  | 0.447   | 0.896                       |
| 13. Las opiniones de los demás ... me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones                                 | 0.397   | 0.897                       |
| 14. ...me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean                                | 0.424   | 0.896                       |
| 15. ... soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o   | 0.564   | 0.894                       |
| 16. ...intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden  | 0.538   | 0.895                       |
| 17... intento mejorar como persona   | 0.507   | 0.895                       |
| 18. ... me considero "un/a buen/a psicólogo/a"   | 0.421   | 0.897                       |
| 19. ... me preocupa que la gente me critique   | 0.316   | 0.899                       |
| 20. ... creo que soy una persona sociable  | 0.560   | 0.895                       |
| 21. ... soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos   | 0.681   | 0.892                       |
| 22. ... soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida                  | 0.625   | 0.894                       |
| 23. ... pienso que soy una persona digna de confianza  | 0.445   | 0.896                       |
| 24. A mí, ... me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás                                  | 0.352   | 0.897                       |
| 25. ... pienso en las necesidades de los demás   | 0.354   | 0.897                       |
| 26. Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables ... soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal | 0.610   | 0.893                       |
| 27. Cuando hay cambios en mi entorno ... intento adaptarme   | 0.589   | 0.896                       |
| 28. Delante de un problema ... soy capaz de solicitar información  | 0.527   | 0.895                       |
| 29. Los cambios que ocurren en mi rutina habitual ... me estimulan   | 0.337   | 0.898                       |
| 30. ...tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes                                      | 0.265   | 0.898                       |
| 31. creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada  | 0.413   | 0.896                       |
| 32. ...soy capaz de decir no cuando quiero decir no  | 0.491   | 0.895                       |
| 33. me resulta difícil tener opiniones personales  | 0.449   | 0.897                       |
| 34. Cuando tengo que tomar decisiones importantes ... me siento muy insegura/o   | 0.421   | 0.897                       |
| 35. ... soy capaz de decir no cuando quiero decir no   | 0.396   | 0.897                       |
| 36. Cuando se me plantea un problema ... intento buscar posibles soluciones  | 0.511   | 0.895                       |
| 37... me gusta ayudar a los demás  | 0.399   | 0.896                       |
| 38... me siento insatisfecha/o conmigo misma/o   | 0.464   | 0.896                       |
| 39... me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico  | 0.493   | 0.895                       |
| Test scale/ $\alpha$ -Cronbach   |   | <b>0.910</b>                |

Tabla 17: Fiabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva por factores

| Factores  | Ítems                              | $\alpha$ -Cronbach |
|---|------------------------------------|--------------------|
| F1: Satisfacción personal                       | 4, 6, 7, 12, 14, 31, 38, 39        | 0.75               |
| F2: Actitud prosocial                           | 1, 3, 23, 25, 37                   | 0.60               |
| F3: Autocontrol                                 | 2, 5, 21, 22, 26                   | 0.76               |
| F4: Autonomía                                   | 10, 13, 19, 33, 34                 | 0.64               |
| F5: Resolución de problemas y autoactualización | 15, 16, 17, 27, 28, 29, 32, 35, 36 | 0.82               |
| F6: Habilidades de relación interpersonal       | 8, 9, 11, 18, 20, 24, 30           | 0.64               |

#### 4.2.2. Fiabilidad de la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)

Los resultados de la fiabilidad de la Escala de Agencia de Autocuidado con el estadístico alpha de Cronbach fue de **0.73** (Tabla 18).

Por otro lado, el coeficiente de homogeneidad para cada ítem fue superior en todos los casos a 0.20 (Tabla 18). A excepción del ítem 2 (“Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas”) y el ítem 20 (“Con la actividad diaria rara vez tengo tiempo para cuidarme”) que obtuvieron 0.178 y 0.163 respectivamente (Tabla 18).

Tabla 18: Fiabilidad Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)

| Ítem  | Correlación ítem total de la escala corregida | Total escala sin ítem |
|---|---|-----------------------|
| 1. Según cambien las circunstancias puedo hacer ajustes para mantenerme con salud                   | 0.400   | 0.720                 |
| 2. Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas                    | <b>0.178</b>                                  | 0.738                 |
| 3. Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme                                    | 0.384   | 0.721                 |
| 4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor                                       | 0.572   | 0.708                 |
| 5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud      | 0.477   | 0.715                 |
| 6. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo                                       | 0.378   | 0.724                 |
| Puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud  | 0.441   | 0.717                 |
| 8. Con tal de mantenerme limpio puedo cambiar la frecuencia con que me baño                         | 0.406   | 0.720                 |
| 9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto                               | 0.568   | 0.707                 |
| 10. Si es necesario puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy                         | 0.565   | 0.709                 |
| 11. A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago        | 0.095   | 0.745                 |
| 12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir si necesito ayuda                         | 0.259   | 0.734                 |
| 13. Pocas veces puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado                            | 0.235   | 0.738                 |
| 14. Cuando obtengo información sobre mi salud raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo | 0.379   | 0.724                 |
| 15. Pocas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio                          | 0.394   | 0.722                 |
| 16. En otros momentos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud    | 0.255   | 0.731                 |
| 17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento puedo obtener información sobre los efectos indeseables | 0.409   | 0.720                 |
| 18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros                    | 0.579   | 0.707                 |
| 19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud                  | 0.586   | 0.707                 |
| 20. Con la actividad diaria rara vez tengo tiempo para cuidarme                                     | <b>0.163</b>                                  | 0.741                 |
| 21. Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada                            | 0.522   | 0.712                 |
| 22. Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo mismo/a  | 0.509   | 0.713                 |
| 23. Pocas veces dispongo de tiempo para mí  | 0.237   | 0.735                 |
| 24. Aun con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta                     | 0.284   | 0.729                 |
| <b>Test scale</b>   |   | <b>0.731</b>          |

### 4.3. Resultados Objetivo 3

*Identificar el nivel de salud mental positiva, global y por factores en personas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria.*

#### 4.3.1. Análisis del nivel de Salud Mental Positiva Global y por factores

Se analizaron los valores globales y por factores de la Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) en tres niveles: baja salud mental, media salud mental y alta salud mental, oscilando entre un puntaje de (39-156 puntos). Los niveles bajos se definieron como a < de 1 desviación estándar por debajo de la media de la muestra estudiada, los niveles medios a +/- 1 desviación estándar entorno a la media y los niveles altos a >1 desviación estándar por encima de la media.

La puntuación media global fue de 118.7 (DE 15.5) y los dos factores que obtuvieron una puntuación media más elevada fueron el factor F1.Satisfacción personal 25.6 (DE 3.9) y el factor F5. Resolución de problemas y autoactualización 26.2 (DE 5.3) (Ver tabla 19).

| Tabla 19: Niveles de Salud Mental Positiva, global y por factores (n=259) |                     |                                |                      |                   |
|---|---------------------|--------------------------------|----------------------|-------------------|
| Factores  | Media (DE)          | Nivel de Salud Mental Positiva |                      |                   |
|   |                     | Baja                           | Media                | Alta              |
| <b>F1. Satisfacción personal</b>  | 25.6 (3.9)          | < 21.7                         | 21.7 – 29.5          | > 29.5            |
| <b>F2. Actitud Prosocial</b>  | 16.5 (2.3)          | < 14.2                         | 14.2 – 18.8          | > 18.8            |
| <b>F3. Autocontrol</b>  | 13.8 (3.3)          | <10.5                          | 10.5 – 17.1          | >17.1             |
| <b>F4. Autonomía</b>  | 15.6 (2.7)          | <12.9                          | 12.9 – 18.3          | >18.3             |
| <b>F5. Resolución de problemas y autoactualización</b>                    | 26.2 (5.3)          | <20.9                          | 20.9 – 31.5          | >31.5             |
| <b>F6. Habilidades de relación interpersonal</b>                          | 20.7 (3.4)          | <17.3                          | 17.3 – 24.1          | >24.1             |
| <b>Puntuación total</b>   | <b>118.7 (15.5)</b> | <b>&lt; 103.2</b>              | <b>103.2 – 134.2</b> | <b>&gt; 134.2</b> |

Tanto de forma global como por factores, la mayoría de los sujetos estudiados presentaron niveles medios de Salud Mental Positiva, con una media global que osciló entre 103.2 y 134.2.

En la tabla 20 se describen los datos obtenidos en el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) por niveles, según las características sociodemográficas de la muestra de estudio: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, profesión, situación laboral y número de hijos, destacando que:

- **Edad:** el porcentaje de nivel medio de Salud Mental Positiva fue similar en todos los grupos de edad. En el nivel alto de Salud Mental Positiva, el mayor porcentaje lo configuraron el grupo de edad comprendido entre los 45-55 años (25%) y en el nivel bajo de Salud Mental Positiva, el mayor porcentaje se dio en el grupo de mayores de 75 años (22%).
- **Sexo:** los porcentajes en los tres niveles de Salud Mental Positiva (baja, media y alta) se distribuyeron de forma similar entre ambos sexos.
- **Estado civil:** el porcentaje más elevado de niveles medios y de niveles altos de Salud Mental Positiva se obtuvo en el grupo de solteros (71.4% y 28.6% respectivamente), aunque el tamaño global de la muestra de solteros fue muy reducido (n=7). En el nivel bajo de Salud Mental Positiva el mayor porcentaje lo configuraron los divorciados (33.3%).
- **Nivel de estudios:** el porcentaje más elevado de niveles medios de Salud Mental Positiva se obtuvo en el grupo que tenía estudios de grado superior (Bachiller y Formación Profesional) (78.6%) y estudios universitarios (77.8%), aunque el tamaño de la muestra en esos grupo fue reducida (n=14 y n=9 respectivamente). En el nivel de baja Salud Mental Positiva y en el nivel de baja Salud Mental Positiva y en el nivel de alta Salud Mental Positiva el porcentaje más elevado de sujetos fueron los que no tenían ningún tipo de estudios (24.8% y 22% respectivamente).
- **Profesión:** el porcentaje más elevado de niveles medios de Salud Mental Positiva se obtuvo en los profesionales de la industria (77.3%); en tanto que los profesionales

de la construcción fue el grupo que obtuvo el mayor porcentaje en el nivel bajo de Salud Mental Positiva (31.65%) y el menor porcentaje en el nivel alto de Salud Mental Positiva (5.3%), aunque en este nivel el tamaño de la muestra de estos profesionales fue muy reducido (n=1).

- **Situación laboral:** el porcentaje más elevado de niveles medios de Salud Mental Positiva se obtuvo en los sujetos que estaban en paro (75%). En el nivel alto de Salud Mental Positiva el mayor porcentaje lo configuraron los sujetos que trabajan (21.6%), en tanto que en el nivel bajo de Salud Mental Positiva el grupo mayoritario fue el de los jubilados (18.2%).
- **Número de hijos:** el porcentaje más elevado de niveles medios de Salud Mental Positiva se obtuvo en el grupo de sujetos que no tenían ningún hijo (78.6%) seguido de los que tenían un solo hijo (71%). En el nivel de baja Salud Mental Positiva y en el nivel de alta Salud Mental Positiva el porcentaje más elevado de sujetos fueron los que tenían 4 hijos (37.5 y 31.3 % respectivamente).

**Tabla 20: Nivel de Salud Mental Positiva, según características sociodemográficas de la muestra de estudio (n=259)**

|                                      | Total muestra n (%) | Baja n (%) | Niveles de SM+<br>Media n (%) | Alta n (%) |
|--------------------------------------|---------------------|------------|-------------------------------|------------|
| <b>Edad agrupada por intervalos</b>  |                     |            |                               |            |
| 45 - 55                              | 28 (10.8)           | 4 (14.3)   | 17 (60.7)                     | 7 (25.0)   |
| 56 - 65                              | 78 (30.1)           | 11 (14.1)  | 54 (69.2)                     | 13 (16.7)  |
| 66 - 75                              | 112 (43.2)          | 19 (17.0)  | 69 (61.6)                     | 24 (21.4)  |
| >75                                  | 41 (15.8)           | 9 (22.0)   | 26 (63.4)                     | 6 (14.6)   |
| <b>Sexo</b>                          |                     |            |                               |            |
| Mujer                                | 140 (54.1)          | 23 (16.4)  | 90 (64.3)                     | 27 (19.3)  |
| Hombre                               | 119 (45.9)          | 20 (16.8)  | 76 (63.9)                     | 23 (19.3)  |
| <b>Estado civil</b>                  |                     |            |                               |            |
| Soltero                              | 7 ( 2.7)            | -          | 5 (71.4)                      | 2 (28.6)   |
| Casado                               | 214 (82.6)          | 35 (6.4)   | 138 (64.5)                    | 41 (19.2)  |
| Viudo                                | 26 (10.0)           | 4 (15.4)   | 17 (65.4)                     | 5 (19.2)   |
| Divorciado                           | 12 (4.6)            | 4 (33.3)   | 6 ( 50.0)                     | 2 (16.7)   |
| <b>Nivel de estudios</b>             |                     |            |                               |            |
| Ninguno                              | 109 (42.1)          | 27 (24.8)  | 58 (53.2)                     | 24 (22.0)  |
| Primarios                            | 127 (49.0)          | 15 (11.8)  | 91 (71.7)                     | 21 (16.5)  |
| Bachiller /<br>Formación profesional | 14 (5.4)            | 1 (7.1)    | 11 (78.6)                     | 2(14.3)    |
| Universitarios                       | 9 (3.5)             | 0 (0.0)    | 7 (77.8)                      | 2 (22.2)   |
| <b>Profesión</b>                     |                     |            |                               |            |
| Ama de casa                          | 88 (34.0)           | 14 (15.9)  | 57 (64.8)                     | 17 (19.3)  |
| Jubilado                             | 46 (17.8)           | 12 (26.1)  | 26 (56.5)                     | 8 (17.4)   |
| Industria                            | 22 (8.5)            | 1 (4.5)    | 17 (77.3)                     | 4 (18.2)   |
| Construcción                         | 19 (7.3)            | 6 (31.6)   | 12 (63.2)                     | 1 (5.3)    |
| Servicio                             | 84 (32.4)           | 10 (11.9)  | 54 (64.3)                     | 20 (23.8)  |
| <b>Situación laboral</b>             |                     |            |                               |            |
| Trabaja                              | 51 (19.7)           | 8 (15.7)   | 32 (62.7)                     | 11 (21.6)  |
| En paro                              | 32 (12.4)           | 3 (9.4)    | 24 (75.0)                     | 5 (15.6)   |
| Jubilado                             | 176 (68.0)          | 32 (18.2)  | 110 (62.5)                    | 34 (19.3)  |
| <b>Número de hijos</b>               |                     |            |                               |            |
| 0                                    | 14 (5.4)            | 1 (7.1)    | 11 (78.6)                     | 2 (14.3)   |
| 1                                    | 31 (12.0)           | 6 (19.4)   | 22 (71.0)                     | 3 (9.7)    |
| 2                                    | 140 (54.1)          | 21 (15.0)  | 94 (67.1)                     | 25 (17.9)  |
| 3                                    | 57 (22.0)           | 10 (17.5)  | 34 (59.6)                     | 13 (22.8)  |
| 4                                    | 16 (6.2)            | 5 (31.3)   | 5 (31.3)                      | 6 (37.5)   |
| 5                                    | 1 (0.4)             | 1(0.4)     | 0.0                           | 0.00       |

En la tabla 21 se presentan los resultados obtenidos en el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) por niveles, según algunas de las condiciones de salud: consumo de analgésicos, frecuencia del consumo de analgésicos y polimedicación. Se destaca:

**Consumo de analgésicos:** el porcentaje más elevado de niveles medios de Salud Mental Positiva se obtuvo en aquellos sujetos que no consumían analgésicos (71.8%).

En el nivel de baja Salud Mental Positiva y en el nivel de alta Salud Mental Positiva el

porcentaje más elevado se dio en el grupo de sujetos que si consumían analgésicos (18.6% y 20.2% respectivamente).

**Frecuencia consumo de analgésicos:** el porcentaje más elevado de niveles medios de Salud Mental Positiva se obtuvo en aquellos sujetos que consumían analgésicos ocasionalmente. En el nivel de baja SM+ y en el nivel de alta SM+ el porcentaje más elevado se dio en el grupo de sujetos que consumían analgésicos diariamente (20.5% y 21.7%).

**Polimedicación:** el porcentaje más elevado de niveles medios y de niveles altos de SM+ se obtuvo en aquellos sujetos que no toman demasiada medicación (64.2% y 20.7% respectivamente). En el nivel de baja SM+ el mayor porcentaje fue el de los sujetos polimedicados. (20%).

| <b>Tabla 21: Niveles de Salud Mental Positiva y condiciones de salud de la muestra de estudio (n=259)</b> |              |                 |                  |                |
|---|--------------|-----------------|------------------|----------------|
|   | <b>n (%)</b> | <b>Baja SM+</b> | <b>Media SM+</b> | <b>AltaSM+</b> |
| <b>Consumo analgésicos (n=259)</b>  |              |                 |                  |                |
| Sí  | 188 (72.6)   | 35(18.6)        | 115(61.2)        | 38(20.2)       |
| No  | 71 (27.4)    | 8(11.3)         | 51(71.8)         | 12(16.9)       |
| <b>Frecuencia consumo analgésicos (n=188)</b>   |              |                 |                  |                |
| Diariamente   | 83 (44.1)    | 17(20.5)        | 48(57.8)         | 18(21.7)       |
| Ocasionalmente  | 105 (55.9)   | 18(17.1)        | 67(63.8)         | 20(19.0)       |
| <b>Polimedicación (n=259)</b>   |              |                 |                  |                |
| Sí  | 80 (30.9)    | 16(20.0)        | 51(63.8)         | 13(16.3)       |
| No  | 179 (69.1)   | 27(15.1)        | 115(64.2)        | 37(20.7)       |

#### 4.4. Resultados Objetivo 4

---

*Explorar la relación entre salud mental positiva, y características sociodemográficas y condiciones de salud física en personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria.*

---

##### 4.4.1. Correlación entre Salud Mental Positiva y características sociodemográficas

A continuación se describen los datos obtenidos en relación a la correlación entre el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+), global y por factores, y las características sociodemográficas de la muestra de estudio: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, profesión, situación laboral y número de hijos.

En la variable **edad**, se observó que en la escala global el grupo de 45-55 años la media fue 121.29; DE=16.70 y en el grupo de >75 años la media fue 113.88; DE=15.85.

Analizando los niveles de Salud Mental Positiva **por factores** relacionados con los grupos de **edad** se obtuvieron los siguientes resultados, (Tabla 22):

**F1. Satisfacción Personal:** el nivel más elevado se dio en el grupo de 66-75 años y el nivel más bajo en el grupo más joven (45-55 años).

**F2. Actitud Prosocial:** se obtuvieron resultados muy similares en todos los grupos.

**F3. Autocontrol:** los valores más bajos se dieron en el grupo de >75 años y los más altos en los grupos de 45-55 años y 66-75 años.

**F4. Autonomía:** fueron similares en todos los grupos de edad estudiados.

**F5. Autoactualización y resolución de problemas:** disminuyó a medida que aumentó la edad.

**F6. Habilidades de Relación Interpersonal:** disminuyeron a medida que aumentó la edad.

**Tabla 22: Relación entre Salud Mental Positiva global y por factores con los intervalos de edad de la muestra de estudio (n=259)**

| Intervalos de edad                                      | Media (DE)   | Min | Max |
|---|--------------|-----|-----|
| <b>Global Salud Mental Positiva</b>                     |              |     |     |
| 45-55   | 121.2 (16.7) | 87  | 150 |
| 56-65   | 119.3 (14.3) | 86  | 15  |
| 66-75   | 119.0 (15.7) | 83  | 153 |
| >75   | 113.8 (15.8) | 82  | 151 |
| <b>Fac1 Satisfacción personal</b>                       |              |     |     |
| 45-55   | 24.8 (5.3)   | 8   | 31  |
| 56-65   | 25.2 (3.8)   | 15  | 132 |
| 66-75   | 26.9 (3.8)   | 16  | 32  |
| >75   | 25.8 (3.7)   | 17  | 32  |
| <b>Fac2 Actitud prosocial</b>                           |              |     |     |
| 45-55   | 16.5 (2.4)   | 12  | 20  |
| 56-65   | 16.7 (2.2)   | 10  | 20  |
| 66-75   | 16.3 (2.4)   | 10  | 20  |
| >75   | 16.3 (2.8)   | 9   | 20  |
| <b>Fac3 Autocontrol</b>                                 |              |     |     |
| 45-55   | 14.0 (4.0)   | 6   | 20  |
| 56-65   | 13.9 (3.1)   | 7   | 20  |
| 66-75   | 14.0 (3.3)   | 5   | 20  |
| >75   | 12.9 (3.0)   | 6   | 20  |
| <b>Fac4 Autonomía</b>                                   |              |     |     |
| 45-55   | 15.8 (2.2)   | 6   | 20  |
| 56-65   | 15.6 (3.0)   | 8   | 20  |
| 66-75   | 15.4 (2.7)   | 6   | 20  |
| >75   | 15.9 (2.1)   | 11  | 20  |
| <b>Fac5 Resolución de problemas y Autoactualización</b> |              |     |     |
| 45-55   | 28.2 (5.1)   | 19  | 36  |
| 56-65   | 26.9 (4.7)   | 18  | 36  |
| 66-75   | 26.4 (5.3)   | 15  | 36  |
| >75   | 22.9 (5.6)   | 12  | 35  |
| <b>Fac6 Habilidades de relación interpersonal</b>       |              |     |     |
| 45-55   | 21.6 (3.2)   | 15  | 27  |
| 56-65   | 20.7 (3.7)   | 10  | 28  |
| 66-75   | 20.7 (3.5)   | 11  | 28  |
| >75   | 19.9 (3.5)   | 10  | 28  |
| Min: Mínimo    Max: Máximo    DE: Desviación Estándar   |              |     |     |

Relacionando los niveles de Salud Mental Positiva **por edad** (calculando la r de Pearson), se observó que había una correlación significativa entre la edad y los siguientes niveles (**Tabla 23**):

- Salud Mental Positiva global: Cuando la edad aumentaba, el nivel de Salud Mental Positiva global tenía tendencia a bajar ( $r = -0.129$ ;  $p = 0.038$ ). Por tanto a más edad menos Salud Mental Positiva.

- Factor 5 Resolución de Problemas y Autoactualización: Cuando la edad aumentaba, el nivel de SM+ en este factor tendía a bajar ( $r = -0.269$ ;  $p = 0.001$ ). Por tanto, a más edad menos capacidad para resolver problemas y para autoactualizarse.

| Tabla 23: Relación entre Salud Mental Positiva y la edad (n=259) |                                    |                          |
|--|------------------------------------|--------------------------|
| SM+  | r                                  | p                        |
| <b>Global SM+</b>  | -.129                              | <b>0.038</b>             |
| <b>Fac1.</b> Satisfacción Personal                               | -.072                              | <b>0.251</b>             |
| <b>Fac2.</b> Actitud Prosocial                                   | -.048                              | <b>0.439</b>             |
| <b>Fac3.</b> Autocontrol   | -.067                              | <b>0.280</b>             |
| <b>Fac4.</b> Autonomía   | -.034                              | <b>0.591</b>             |
| <b>Fac5.</b> Resolución de problemas y Autoactualización         | -.269                              | <b>0.000</b>             |
| <b>Fac6.</b> Habilidades de relación interpersonal               | -.115                              | <b>0.066</b>             |
| <b>SM+</b> : Salud Mental Positiva                               | r: Coeficiente Correlación Pearson | p nivel de significación |

La relación entre los niveles de Salud Mental Positiva y **sexo**, tanto global como por factores se muestran en la Tabla 24 y están representados en las figuras 8 a 14. Se observaron diferencias significativas en 4 factores:

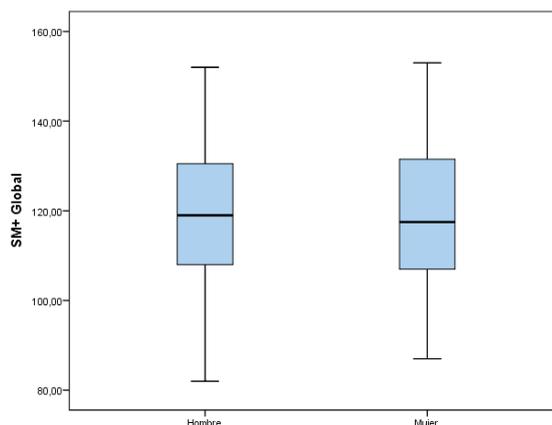
- **F1. Satisfacción Personal:** la media de este factor fue superior en los hombres (16.24) que en las mujeres (25.16) con  $p = 0.028$ .
- **F2. Actitud Prosocial:** la media de este factor fue inferior en los hombres (15.98) que en las mujeres (16.90) con  $p = 0.002$ .
- **F4. Autonomía:** la media de este factor fue superior en los hombres (16,22) que en las mujeres (15.16) con  $p = 0.002$ .
- **F6. Habilidades de Relación Interpersonal:** la media de este factor fue inferior en los hombres (20.06) que en las mujeres (21.26) con  $p = 0.007$ .

| Tabla 24: Relación entre Salud Mental Positiva y sexo, global y por factores |                            |                           |        |              |
|--|----------------------------|---------------------------|--------|--------------|
| Salud Mental Positiva  | Hombre Media (DE)<br>n=119 | Mujer Media (DE)<br>n=140 | t      | p            |
| <b>Global SM+</b>  | 118.5 (15.8)               | 118.5 (15,3)              | .027   | 0.978        |
| <b>Fac1. Satisfacción Personal</b>   | 26.2 (3.6)                 | 25.1 (4.2)                | 2.203  | <b>0.028</b> |
| <b>Fac2. Actitud prosocial</b>   | 15.9 (2.3)                 | 16.9 (2.4)                | -3.086 | <b>0.002</b> |
| <b>Fac3. Autocontrol</b>   | 13.7 (3.3)                 | 13.8 (3.3)                | -.271  | 0.786        |
| <b>Fac4. Autonomía</b>   | 16.2 (2.5)                 | 15.1 (2.7)                | 3.182  | <b>0.002</b> |
| <b>Fac5. Resolución de problemas y Autoactualización</b>                     | 26.3 (5.6)                 | 26.1 (5.1)                | .230   | 0.818        |
| <b>Fac6. Habilidades de relación interpersonal</b>                           | 20.0 (3.5)                 | 21.2 (3.4)                | 2.744  | <b>0.007</b> |

SM+: Salud Mental Positiva      DE: Desviación Estándar      t de student      p: nivel de significación

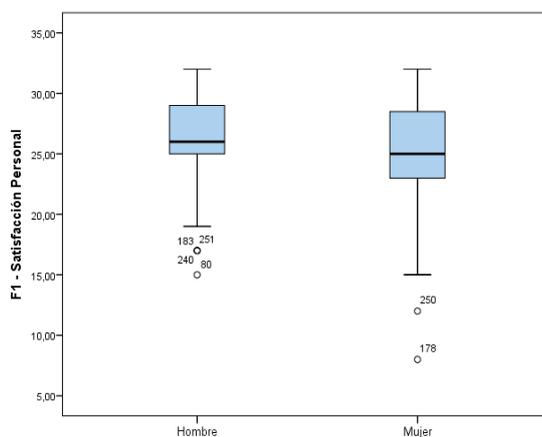
En la figura 8 se puede observar la relación entre la Salud Mental Positiva y el sexo, en la que se aprecia que ambos sexos se situaron de forma mayoritaria en unos valores medios de salud mental positiva, aunque presentó mayor dispersión el grupo de hombres.

**Figura 8: Relación de la Salud Mental Positiva global y sexo**

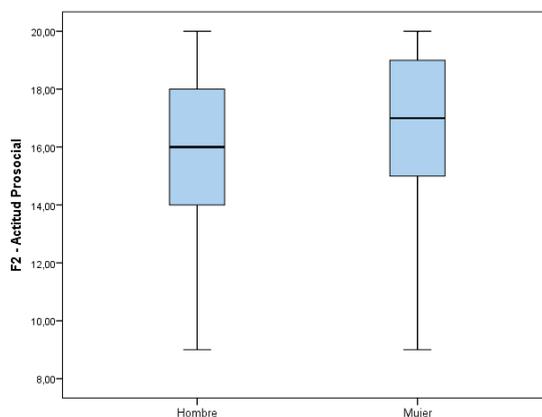


Por factores los resultados obtenidos fueron los siguientes:

**Factor 1. Satisfacción Personal:** los resultados que se obtuvieron fueron de mayor satisfacción personal en los hombres, aunque se identificaron cuatro casos extremos, el grupo de las mujeres presentó una dispersión mayor, presentando asimismo dos casos extremos. (Figura 9)

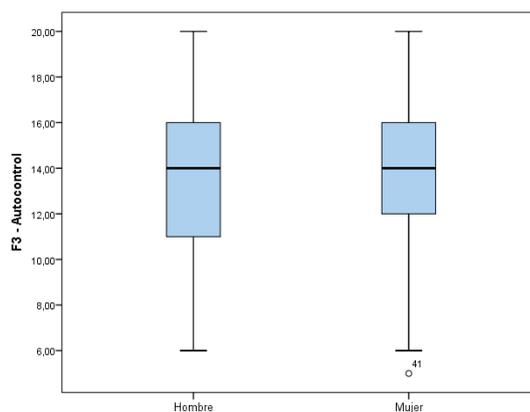
**Figura 9: Relación del Factor 1. Satisfacción personal y sexo**

**Factor 2. Actitud prosocial:** en este factor obtuvieron un resultado mayor las mujeres, sin embargo, la dispersión fue similar entre ambos grupos como se puede observar en la figura 10.

**Figura 10: Relación del Factor 2. Actitud prosocial y sexo**

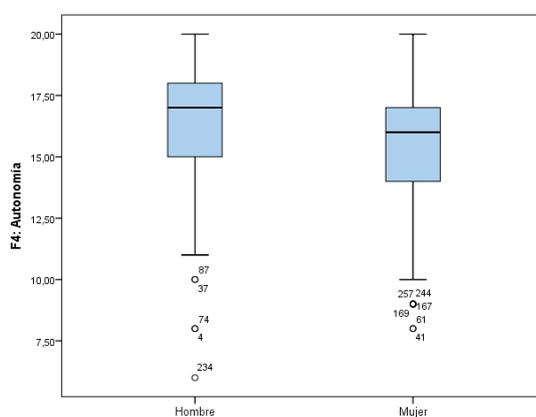
**Factor 3. Autocontrol:** en este factor los resultados obtenidos para ambos grupos fue de una dispersión similar y los resultados fueron similares, aunque se encontró un caso extremo en el grupo de las mujeres. (Figura 11).

Figura 11: Relación del Factor 3. Autocontrol y sexo



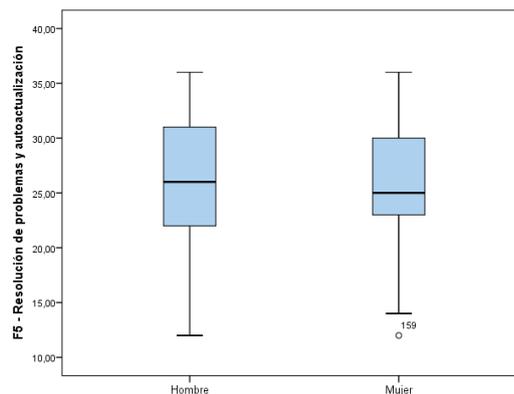
**Factor 4. Autonomía:** en este factor los resultados mejores los obtuvieron los hombres; en el grupo de las mujeres se observó una dispersión mayor, y en ambos grupos se observaron casos extremos. (Figura 12).

Figura 12: Relación del Factor 4. Autonomía y sexo



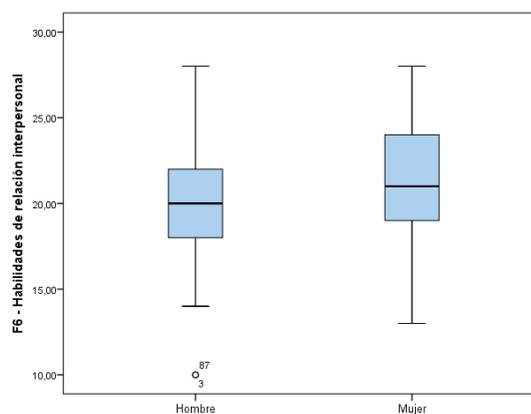
**Factor 5. Resolución de problemas y Autoactualización:** en este factor los valores que se obtuvieron para ambos grupos fueron similares aunque se observó mayor dispersión en el grupo de los hombres y se encontró un caso extremo en el grupo de mujeres. (Figura 13).

**Figura 13: Relación del Factor 5. Resolución de problemas y autoactualización y sexo**



**Factor 6. Habilidades de relación interpersonal:** los valores obtenidos fueron superiores en el grupo de las mujeres, aunque se observó una dispersión ligeramente menor en los hombres; también se observó un caso extremo en el grupo de los hombres. (Figura 14).

**Figura 14: Relación del Factor 6. Habilidades de relación interpersonal y sexo**



Relacionando los niveles de Salud Mental Positiva con la variable **estado civil**, no se observaron diferencias significativas en ningún tipo de estado, ni con los sujetos que tenían pareja ni con los sujetos que vivían solos (ya fuera en condición de soltero/a, viudo/a o divorciado/a). Tampoco se encontraron diferencias significativas entre el **número de hijos** y los niveles de Salud Mental Positiva.

Para comparar los niveles de Salud Mental Positiva global y por factores con el **nivel de estudios**, se calculó la correlación de Spearman. A nivel global no se obtuvo correlación estadísticamente significativa pero se observó una tendencia muy próxima a la significación ( $r=0.115$ ;  $p=0.064$ ). Por factores, en el Factor 4 (“Autonomía”) la relación también estuvo próxima a la significación estadística ( $r=0.114$ ;  $p=0.068$ ) y se obtuvo una correlación significativa en el factor 5 (“Autoactualización”) ( $r=0.123$ ;  $p=0.048$ ). Tanto de forma global como en estos dos factores (F4 y F5) se observó que cuando el nivel de estudios aumentaba, la Salud Mental Positiva también tenía tendencia a hacerlo. Para comparar los niveles de SM+ según el **lugar de nacimiento** se realizó el análisis Anova de un factor y no se encontró ninguna relación significativa entre ellos. Tampoco se encontraron diferencias significativas ni con el tipo de trabajo, ni con la situación laboral actual.

#### 4.4.2. Correlación entre Salud Mental Positiva y condiciones físicas de salud

Para cada una de las 16 patologías crónicas de salud detectadas se comparó el nivel de SM+ (tanto el total como el de cada uno de los 6 factores) entre los sujetos que tenían la patología y los que no la tenían. Se realizaron estadísticos descriptivos básicos (frecuencia, media, desviación estándar y error estándar) de los niveles de Salud Mental Positiva en los dos grupos. También se realizó el test t de Student de comparación de medias entre ellos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Salud Mental Positiva en la Hipertensión (**Tabla 25**).

| Tabla 25: Relación entre Salud Mental Positiva y condiciones físicas de salud (Hipertensión) |                           |                          |       |              |                 |
|--|---------------------------|--------------------------|-------|--------------|-----------------|
| SM+  | SI<br>Media (DE)<br>n=178 | No<br>Media (DE)<br>n=81 | t     | p            | d <sup>**</sup> |
| <b>Global SM+</b>  | 117.8 (15.7)              | 120.0 (15.0)             | 1.042 | 0.298        | 0.14            |
| <b>Fac1.</b> Satisfacción Personal   | 25.7 (4.1)                | 25.4 (3.6)               | 0.698 | 0.486        | 0.09            |
| <b>Fac2.</b> Actitud prosocial   | 16.4 (2.4)                | 16.6 (2.3)               | 0.756 | 0.433        | 0.10            |
| <b>Fac3.</b> Autocontrol   | 13.8 (3.2)                | 13.9 (3.4)               | 0.260 | 0.795        | 0.03            |
| <b>Fac4.</b> Autonomía   | 15.4 (2.9)                | 16.1 (2.2)               | 2.165 | <b>0.032</b> | 0.29            |
| <b>Fac5.</b> Resolución de problemas y Autoactualización                                     | 25.9 (5.2)                | 26.8 (5.5)               | 1.955 | 0.282        | 0.26            |
| <b>Fac6.</b> Habilidades de relación interpersonal   | 20.5 (3.5)                | 21.1 (3.4)               | 1.336 | 0.183        | 0.18            |

**SM+:** Salud Mental Positiva    **DE:** Desviación Estándar    t: t-student    \* p: nivel de significación

Se observó una diferencia significativa en el factor F4: (Autonomía). Las personas que no tenían hipertensión presentaron una media de Salud Mental Positiva más elevada (16.14) que los que sí tenían hipertensión (15.43) con valores  $t= 2.165$  y  $p= 0.032$ . En general, la magnitud del efecto de los tamaños es pequeña. Pero, tal y como señala Cohen (1988) las pequeñas diferencias pueden ser de interés en áreas nuevas de investigación y/o en estudios donde los diseños son modestos.

En relación a la Obesidad se observó que todos los sujetos con obesidad tenían una media inferior en todos los niveles de Salud Mental Positiva. Como el número de sujetos era pequeño ( $n=9$ ), para comparar los grupos (sujetos con obesidad y sin obesidad) se realizó la prueba U de Mann-Whitney. Aunque se obtuvieron resultados elevados en los niveles de Salud Mental Positiva tanto en la escala global como en las subescalas de los 3 primeros factores (F1: Satisfacción Personal, F2: Actitud Prosocial y F3: Autocontrol), los valores no llegaron al límite de significación estadística ( $p= 0.05$  y  $0.10$ ).

No se encontraron diferencias significativas para las patologías de Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia, Osteoporosis, Osteopatía, Hipotiroidismo y Cáncer. En las patologías de Insuficiencia Cardíaca, Asma, Artritis, Hepatitis, Psoriasis, Alzheimer,

Parkinson, Cáncer y Fibromialgia el número de sujetos fue tan minoritario que no se realizaron análisis de correlaciones. En la patología de Alzheimer (n=3) se observó una media inferior en todos los niveles de Salud Mental Positiva (escala global y subescalas) en los pacientes que padecían la enfermedad pero el número de sujetos no favoreció la realización de análisis de correlación.

En relación a los resultados obtenidos comparados entre los niveles de Salud Mental Positiva con la **cantidad de medicación** que los sujetos consumían diariamente, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes niveles:

- **Salud Mental Positiva Global:** la media de Salud Mental Positiva global fue superior en el grupo no polimedicado (120.13) que en el polimedicado (115.05), con una  $t= 2.423$  y una  $p= 0.017$ .
- **Factor 3. Autocontrol:** la media de este factor fue superior en el grupo no polimedicado (14.18) que en el polimedicado (13.06), con una  $t= 2.552$  y una  $p= 0.012$ .
- **Factor 4. Autonomía:** la media de este factor fue superior en el grupo no polimedicado (15.89) que en el polimedicado (15.10), con una  $t= 2.100$  y una  $p=0.038$ .
- **Factor 5. Autoactualización:** la media de este factor es superior en el grupo no polimedicado (26.81) que en el polimedicado (24.95), con una  $t= 2.617$  y una  $p= 0.010$ .

En relación a la comparación entre los niveles de Salud Mental Positiva con la **frecuencia del consumo de analgésicos**. De entre los pacientes que consumían analgésicos y se disponía de información acerca de la frecuencia de consumo (diario u

ocasionalmente) n=181 pacientes, sólo hubo diferencias significativas en el factor F1 “Satisfacción Personal”: la media fue superior en los que sólo consumían analgésicos ocasionalmente ( $X=26.39$ ) que en los que los consumían diariamente ( $X=24.67$ ), con una  $t= -2.811$  y una  $p= 0.006$ .

Para analizar la relación entre los niveles de Salud Mental Positiva y el número de patologías crónicas se calculó el coeficiente de correlación de Spearman. Solo se obtuvo una correlación estadísticamente significativa con el factor F5: (“Resolución de problemas y Autoactualización”,  $\rho=-0.146$ ;  $p=0.019$ ) de forma que cuando el número de patologías subía, el nivel de Salud Mental Positiva en este factor tendía a bajar. En los niveles de Salud Mental Positiva de la Escala Global, el coeficiente fue de  $\rho=-0.019$  y la correlación estuvo cercana al nivel de significación estadística, aunque no lo alcanzó ( $p=0.081$ ).

Todos estos resultados fueron publicados en BMC Public Health: (Anexo X).

Lluch-Canut MT, Puig-Llobet M, Sánchez-Ortega MA, Roldán-Merino J y Ferré-Grau C, and Positive Mental Health Research Group (2013). **“Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status”**. BMC Public Health 2013, 13:928. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/928>. Impact Factor: 2,32. Q2

## 4.5. Resultados Objetivo 5

*Identificar el nivel de agencia de autocuidado en personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria.*

### 4.5.1. Análisis del nivel de Agencia de Autocuidado

Los resultados de agencia de autocuidado obtenidos en la escala ASA de forma global mostraron una media de 69.21 (DE 6.67) (Tabla 26). Tomando como referencia los baremos disponibles de otros estudios, se puede decir que la población estudiada tiene un valor medio-alto de agencia de autocuidado.

| <b>Tabla 26: Nivel de Agencia de Autocuidado de la muestra estudiada n=259</b> |              |           |               |               |
|--|--------------|-----------|---------------|---------------|
|  | <b>Media</b> | <b>DE</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> |
| Nivel de Agencia de Autocuidado  | 69.21        | 6.67      | 46            | 92            |

En cuanto a la escala de agencia de autocuidado por ítems, los valores obtenidos fueron más elevados en la respuesta; Acuerdo (3 puntos) en los ítems 21(68.6%), 3 (67.6%) y 10 (66.8%) (en este orden), que son los relacionados con la capacidad de conseguir información, hacer los cambios necesarios y manejar la situación. También se puede observar que los porcentajes mayores de respuesta se dieron en la columna de respuesta de Acuerdo y Total Acuerdo. (Tabla 27).

**Tabla 27: Frecuencia y porcentaje de distribución de valores de la Agencia de Autocuidado por ítems**

| Contenido de los ítems  | Total desacuerdo(1) | Desacuerdo(2) | Acuerdo(3)       | Total acuerdo (4) |
|---|---------------------|---------------|------------------|-------------------|
|   | Frecuencia (%)      |               |                  |                   |
| 1. Según cambien las circunstancias puedo hacer ajustes para mantenerme con salud                   | 12(4.6)             | 20(7.7)       | 163(62.9)        | 64(24.7)          |
| 2. Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas                    | 41(15.8)            | 135(52.1)     | 70(27.0)         | 13(5.0)           |
| 3. Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme                                    | 5(1.9)              | 28(10.8)      | <b>175(67.6)</b> | 51(19.7)          |
| 4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor                                       | 4(1.5)              | 11(4.2)       | 118(45.6)        | 126(48.6)         |
| 5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud      | 6(2.3)              | 21(8.1)       | 127(49.0)        | 105(40.5)         |
| 6. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo                                       | 25(9.7)             | 107(41.3)     | 94(36.3)         | 33(12.7)          |
| 7. Puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud   | 7(2.7)              | 45(17.4)      | 142(54.8)        | 63(24.3)          |
| 8. Con tal de mantenerme limpio puedo cambiar la frecuencia con que me baño                         | 8(3.1)              | 19(7.3)       | 132(51.0)        | 100(38.6)         |
| 9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto                               | 10(3.9)             | 37(14.3)      | 152(58.7)        | 60(23.2)          |
| 10. Si es necesario puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy                         | 5(1.9)              | 24(9.3)       | <b>173(66.8)</b> | 57(22.0)          |
| 11. A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago        | 34(13.1)            | 131(50.6)     | 72(27.8)         | 22(8.5)           |
| 12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir si necesito ayuda                         | 20(7.7)             | 41(15.8)      | 131(50.6)        | 67(25.9)          |
| 13. Pocas veces puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado                            | 33(12.7)            | 95(36.7)      | 89(34.4)         | 42(16.2)          |
| 14. Cuando obtengo información sobre mi salud raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo | 27(10.4)            | 116(44.8)     | 73(28.2)         | 43(16.6)          |
| 15. Pocas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio                          | 24(9.3)             | 125(48.3)     | 81(31.3)         | 29(11.2)          |
| 16. En otros momentos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud    | 11(4.2)             | 25(9.7)       | 159(61.4)        | 63(24.3)          |
| 17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento puedo obtener información sobre los efectos indeseables | 11(4.2)             | 39(15.1)      | 154(59.5)        | 55(21.2)          |
| 18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros                    | 5(1.9)              | 18(6.9)       | 130(50.2)        | 106(40.9)         |
| 19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud                  | 6(2.3)              | 37(14.3)      | 166(64.1)        | 50(19.3)          |
| 20. Con la actividad diaria rara vez tengo tiempo para cuidarme                                     | 25(9.7)             | 103(39.8)     | 101(39.0)        | 30(11.6)          |
| 21. Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada                            | 5(1.9)              | 33(12.7)      | <b>176(68.0)</b> | 44(17.0)          |
| 22. Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo mismo/a  | 5(1.9)              | 19(7.3)       | 158(61.0)        | 77(29.7)          |
| 23. Pocas veces dispongo de tiempo para mí  | 23(8.9)             | 83(32.0)      | 119(45.9)        | 34(13.1)          |
| 24. Aun con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta                     | 15(5.8)             | 46(17.8)      | 158(61.0)        | 40(15.4)          |

Del mismo modo que en el Cuestionario de Salud Mental Positiva, los datos obtenidos de la escala ASA se analizaron distribuidos en tres niveles (baja agencia de autocuidados, media agencia de autocuidados, alta agencia de autocuidados), y se analizó según las variables sociodemográficas (Tabla 28) y las condiciones de salud física (Tabla 29).

En relación a los niveles de Agencia de Autocuidados según variables sociodemográficas (Tabla 28), destacamos que:

- **Edad:** el porcentaje de nivel medio de Agencia de Autocuidado (ASA) fue más elevado en el grupo 45-55 años (78.6%). En el nivel más alto de ASA el mayor porcentaje lo configuraron el grupo de edad comprendido entre los 56-65 años (43.2%) y en el nivel bajo de ASA, el mayor porcentaje se dio en el grupo de mayores de 75 años (14.3%).
- **Sexo:** el porcentaje de nivel medio de Agencia de Autocuidado (ASA) fue más elevado en las mujeres (56.3%). En el nivel alto de ASA, el porcentaje de hombres fue superior (19.3%) y en el nivel bajo de ASA la distribución de porcentajes entre hombres y mujeres fueron los mismos.
- **Estado Civil:** el porcentaje más elevado de niveles bajos, medios y altos de ASA se obtuvo en el grupo de casados (84.4%, 82% y 84.1% respectivamente).
- **Nivel de estudios:** el porcentaje más elevado de niveles medios y de niveles altos de ASA se obtuvo en el grupo que tenía estudios primarios (49.2% y 56.8% respectivamente). En el nivel de baja ASA el porcentaje más elevado de sujetos fueron los que no tenían ningún tipo de estudios (62.5%).
- **Profesión:** el porcentaje más elevado de niveles bajo y medio de ASA se obtuvo en las amas de casa (37.5% y 36.1% respectivamente); en tanto que los

profesionales del grupo servicios fue el grupo que obtuvo el mayor porcentaje en el nivel alto de ASA (47.7%).

- **Situación laboral:** el porcentaje más elevado en todos los niveles (baja, media y alta) de Agencia de Autocuidado (ASA) se obtuvo en los sujetos que estaban jubilados (78.1%, 66.1% y 68.2% respectivamente).
- **Número de hijos:** el porcentaje más elevado en todos los niveles (baja, media y alta) de ASA se obtuvo en el grupo de sujetos que tenían dos hijos (46.9%, 55.7% y 52.3% respectivamente).

| <b>Tabla 28: Nivel Agencia de autocuidado (ASA) características sociodemográficas de la muestra de estudio (n=259)</b> |                                |                       |   |                       |
|--|--------------------------------|-----------------------|---|-----------------------|
|  | <b>Total muestra<br/>n (%)</b> | <b>Baja<br/>n (%)</b> | <b>Niveles de ASA<br/>Media<br/>n (%)</b> | <b>Alta<br/>n (%)</b> |
| <b>Edad agrupada por intervalos</b>  |                                |                       |   |                       |
| 45 - 55  | 28 (10.8)                      | 2 (6.3)               | 22 (78.6)                                 | 4(9.1)                |
| 56 - 65  | 78 (30.1)                      | 6 (7.7)               | 53 (67.9)                                 | 19 (43.2)             |
| 66 - 75  | 112 (43.2)                     | 16 (14.3)             | <b>83 (74.1)</b>                          | 13 (29.5)             |
| >75  | 41 (15.8)                      | 8 (19.5)              | 25 (13.7)                                 | 8 (18.2)              |
| <b>Sexo</b>  |                                |                       |   |                       |
| Mujer  | 140 (54.1)                     | 16 (11.2)             | <b>103 (56.3)</b>                         | 21(15.0)              |
| Hombre   | 119 (45.9)                     | 16 (11.2)             | 80 (43.7)                                 | 23 (19.3)             |
| <b>Estado civil</b>  |                                |                       |   |                       |
| Soltero  | 7 ( 2.7)                       | 1(3.1)                | 4(2.2)                                    | 2 (4.5)               |
| Casado   | 214 (82.6)                     | 27 (84.4)             | <b>150 (82.0)</b>                         | 37(84.1)              |
| Viudo  | 26 (10.0)                      | 1 (3.1)               | 21(11.5)                                  | 4(9.1)                |
| Divorciado   | 12 (4.6)                       | 3 (9.4)               | 8 ( 4.4)                                  | 1 (2.3)               |
| <b>Nivel de estudios</b>   |                                |                       |   |                       |
| Ninguno  | 109 (42.1)                     | 20 (62.5)             | 75 (41.0)                                 | 14 (31.8)             |
| Primarios  | 127 (49.0)                     | 12 (37.5)             | <b>90 (49.2)</b>                          | 25 (56.8)             |
| Bachiller /<br>Formación profesional   | 14 (5.4)                       | 0 (0.0)               | 14 (7.7)                                  | 0 (0.0)               |
| Universitarios   | 9 (3.5)                        | 0 (0.0)               | 4 (2.2)                                   | 5 (11.4)              |
| <b>Profesión</b>   |                                |                       |   |                       |
| Ama de casa  | 88(34.0)                       | 12 (37.5)             | 66 (36.1)                                 | 10 (22.7)             |
| Jubilado   | 46(17.8)                       | 9(28.1)               | 30 (16.4)                                 | 7 (15.9)              |
| Industria  | 22(8.5)                        | 2 (6.3)               | 15 (8.2)                                  | 5(11.4)               |
| Construcción   | 19(7.3)                        | 3(9.4)                | 15(8.2)                                   | 1 (2.3)               |
| Servicio   | 84 (32.4)                      | 6 (18.8)              | 57(31.1)                                  | 21 (47.7)             |
| <b>Situación laboral</b>   |                                |                       |   |                       |
| Trabaja  | 51 (19.7)                      | 2(6.3)                | 39 (21.3)                                 | 10 (22.7)             |
| En paro  | 32 (12.4)                      | 5 (15.6)              | 23(12.6)                                  | 4(9.1)                |
| Jubilado   | 176 (68.0)                     | 25 (78.1)             | 121 (66.1)                                | 30 (68.2)             |
| <b>Número de hijos</b>   |                                |                       |   |                       |
| 0  | 14 (5.4)                       | 2 (6.3)               | 9 (4.9)                                   | 3 (6.8)               |
| 1  | 31 (12.0)                      | 7 (21.9)              | 19 (10.4)                                 | 5 (11.4)              |
| 2  | 140 (54.1)                     | 15 (46.9)             | 102 (55.7)                                | 23 (52.3)             |
| 3  | 57 (22.0)                      | 3(9.4)                | 43 (23.5)                                 | 11 (25.0)             |
| 4  | 16 (6.2)                       | 4 (12.5)              | 10 (5.5 )                                 | 2 (4.5)               |
| 5  | 1 (0.4)                        | 1(3.1)                | 0 (0.0)                                   | (0)0.0                |

En relación a los niveles de Agencia de Autocuidado según condiciones de salud física (Tabla 29), destacamos que:

- **Consumo de analgésicos:** el porcentaje más elevado en todos los niveles (baja, media y alta) Agencia de Autocuidados (ASA) se dieron en los sujetos que consumían analgésicos (84.4%, 70.5% y 72.7% respectivamente).
- **Frecuencia consumo analgésicos:** el porcentaje más elevado de niveles medios y altos de ASA se obtuvo en aquellos sujetos que consumían analgésicos ocasionalmente (53.5% y 71.9% respectivamente). En el nivel de baja ASA el porcentaje más elevado se dio en el grupo de sujetos que consumían analgésicos diariamente (51.9%).
- **Polimedicación:** el porcentaje más elevado de niveles medios y de niveles altos de ASA se obtuvo en aquellos sujetos que no toman demasiada medicación (71% y 77.3% respectivamente). En el nivel de baja ASA el mayor porcentaje fue el de los sujetos polimedicados (53.1%).

**Tabla 29: Niveles de Agencia de autocuidado (ASA) según condiciones de salud física (n=259)**

|   | n (%)      | Baja<br>ASA | Media<br>ASA | Alta<br>ASA |
|---|------------|-------------|--------------|-------------|
| <b>Consumo analgésicos</b>                    |            |             |              |             |
| Sí  | 188 (72.6) | 27(84.4)    | 129(70.5)    | 32(72.7)    |
| No  | 71 (27.4)  | 5(15.6)     | 54(29.5)     | 12(27.3)    |
| <b>Frecuencia consumo analgésicos (n=188)</b> |            |             |              |             |
| Diariamente                                   | 83 (44.1)  | 14(51.9)    | 60(46.5)     | 9(28.1)     |
| Ocasionalmente                                | 105 (55.9) | 13(48.1)    | 69(53.5)     | 23(71.9)    |
| <b>Polimedicación (n=259)</b>                 |            |             |              |             |
| Sí  | 80 (30.9)  | 17(53.1)    | 53(29.0)     | 10(22.7)    |
| No  | 179 (69.1) | 15(46.9)    | 130(71.0)    | 34(77.3)    |

## 4.6. Resultados Objetivo 6

*Explorar la relación entre el nivel de agencia de autocuidado y características sociodemográficas y condiciones de salud física en personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria.*

### 4.6.1. Correlación entre Agencia de Autocuidado y características sociodemográficas

En cuanto a los resultados obtenidos referentes a las variables sociodemográficas como se ve en la tabla 30, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la edad y la agencia de autocuidado ( $p=0.004$ ), y entre el nivel de estudios y la agencia de autocuidados ( $p=0.000$ ). En cambio no se observan diferencias entre la capacidad de autocuidado y el sexo; el estado civil, el número de hijos y el lugar de procedencia.

| Tabla 30: Correlación entre Agencia de Autocuidado y variables sociodemográficas |     |      |       |      |              |
|--|-----|------|-------|------|--------------|
| Variable   | n   | %    | Media | DE   | p            |
| <b>Sexo</b>  |     |      |       |      | 0.344        |
| Hombre   | 119 | 46.0 | 69.6  | 7.14 |              |
| Mujer  | 139 | 54.0 | 68.8  | 6.27 |              |
| <b>Edad</b>  |     |      |       |      | <b>0.004</b> |
| 45-55  | 28  | 11.0 | 60.2  | 8.17 |              |
| 56-65  | 78  | 30.0 | 60.9  | 6.78 |              |
| 66-75  | 112 | 43.0 | 68.4  | 5.60 |              |
| >75  | 41  | 16.0 | 67.4  | 7.53 |              |
| <b>Estado civil</b>  |     |      |       |      | 0.691        |
| Soltero  | 7   | 2.7  | 60.6  | 6.85 |              |
| Casado   | 212 | 82.0 | 69.2  | 6.87 |              |
| Viudo  | 26  | 10.0 | 69.8  | 5.57 |              |
| Divorciado   | 12  | 4.6  | 67.3  | 6.31 |              |
| Pareja de hecho  | 2   | 0.7  | 57.5  | 0.71 |              |
| <b>Número de hijos</b>   |     |      |       |      | 0.939        |
| 0  | 14  | 5.4  | 59.9  | 6.48 |              |
| 1  | 31  | 12.0 | 67.2  | 7.61 |              |
| 2  | 140 | 54.0 | 69.6  | 6.63 |              |
| 3  | 57  | 22   | 69.9  | 6.27 |              |
| 4  | 16  | 6.2  | 67.0  | 5.85 |              |
| 5  | 1   | 0.4  | 57.0  | -    |              |
| <b>Nivel de estudios</b>   |     |      |       |      | <b>0.000</b> |
| Sin estudios   | 109 | 42.1 | 67.5  | 6.81 |              |
| Primarios  | 127 | 49.0 | 69.9  | 5.78 |              |
| Bachiller/ Formación profesional   | 14  | 5.4  | 59.9  | 6.18 |              |
| Universidad  | 9   | 3.5  | 68.9  | 9.69 |              |
| <b>Lugar de nacimiento</b>   |     |      |       |      | 0.394        |
| Andalucía/Murcia/Extremadura   | 169 | 66.0 | 69.0  | 6.55 |              |
| Castilla/Aragón  | 43  | 17.0 | 68.6  | 6.57 |              |
| Catalunya/Valencia   | 30  | 12.0 | 71.5  | 8.02 |              |
| Galicia/Asturias/Euskadi   | 14  | 5.4  | 58.9  | 5.87 |              |
| Marruecos  | 2   | 0.8  | 69.5  | 2.12 |              |

p: nivel de significación DE: desviación estándar

En cuanto a la relación entre la capacidad de autocuidado y las variables: profesión, situación laboral, si trabajaba en su profesión o no, y en el deseo de cambiar de trabajo no se encontraron diferencias significativas. (Tabla 31).

| Tabla 31: Correlación entre Escala de Agencia de Autocuidado y variables laborales |     |      |       |      |       |
|--|-----|------|-------|------|-------|
| Variable   | n   | %    | Media | DE   | p     |
| <b>Profesión</b>   |     |      |       |      | 0.387 |
| Ama de casa  | 83  | 32   | 68.1  | 6.18 |       |
| Jubilado/a   | 117 | 45   | 69.6  | 6.64 |       |
| Agricultura  | 0   | 0.00 | -     | -    |       |
| Industria  | 21  | 8.1  | 70.8  | 6.59 |       |
| Construcción   | 4   | 1.5  | 69.3  | 1.89 |       |
| Servicios  | 34  | 13   | 69.8  | 8.21 |       |
| <b>Situación laboral</b>   |     |      |       |      | 0.371 |
| Fijo   | 44  | 17   | 60.7  | 7.12 |       |
| Interino   | 4   | 1.5  | 65.8  | 6.99 |       |
| Suplente   | 1   | 0.39 | 56.0  | -    |       |
| Paro   | 33  | 13   | 70.1  | 6.04 |       |
| Jubilación   | 177 | 68   | 68.8  | 6.60 |       |
| <b>Trabaja en su profesión</b>   |     |      |       |      | 0.996 |
| No   | 3   | 6.1  | 60.0  | 4.36 |       |
| Sí   | 46  | 94   | 60.0  | 7.57 |       |
| <b>Desea cambiar de trabajo</b>  |     |      |       |      | 0.813 |
| No   | 40  | 82   | 69.9  | 7.03 |       |
| Sí   | 9   | 18   | 70.6  | 9.25 |       |

p:nivel de significación DE: desviación estándar

#### 4.6.2. Correlación entre Agencia de Autocuidado y condiciones físicas de salud

En cuanto a las patologías crónicas se encontraron diferencias significativas en la Hipertensión (0,037) y el EPOC (0,013). (Tabla 32).

| Tabla 32: Correlación entre Escala de Agencia de Autocuidado y patología crónica |     |     |           |      |              |      |              |
|--|-----|-----|-----------|------|--------------|------|--------------|
| Patología  | n   | %   | Afectados |      | No afectados |      | p            |
|  |     |     | Media     | DE   | Media        | DE   |              |
| Diabetes Mellitus II   | 68  | 26  | 28.7      | 7.11 | 69.4         | 6.54 | 0.453        |
| Hipertensión arterial  | 178 | 69  | 28.6      | 6.38 | 70.5         | 7.20 | <b>0.037</b> |
| Hipercolesterolemia  | 143 | 55  | 29.9      | 6.48 | 68.3         | 6.86 | 0.061        |
| Insuficiencia Cardíaca   | 2   | 0.8 | 22.0      | 7.07 | 69.3         | 6.67 | 0.127        |
| Obesidad   | 9   | 3.5 | 29.4      | 3.43 | 69.2         | 6.78 | 0.912        |
| EPOC   | 16  | 6.2 | 25.2      | 7.58 | 69.5         | 6.55 | <b>0.013</b> |
| Asma   | 5   | 1.9 | 27.2      | 3.19 | 69.2         | 6.73 | 0.500        |
| Artritis   | 3   | 1.2 | 27.7      | 3.51 | 69.2         | 6.72 | 0.690        |
| Artrosis   | 45  | 17  | 27.8      | 6.54 | 69.5         | 6.70 | 0.128        |
| Osteoporosis   | 20  | 7.7 | 28.9      | 4.28 | 69.2         | 6.85 | 0.808        |
| Hepatitis  | 4   | 1.5 | 31.5      | 4.20 | 69.2         | 6.72 | 0.489        |
| Psoriasis  | 1   | 0.3 | 28.0      | -    | 69.2         | 6.70 | -            |
| Hipotiroidismo   | 13  | 5.0 | 30.2      | 3.52 | 69.1         | 6.81 | 0.570        |
| Alzheimer  | 3   | 1.2 | 14.3      | 8.02 | 69.4         | 6.49 | <b>0.000</b> |
| Parkinson  | 0   | 0.0 | -         | -    | 69.2         | 6.69 | -            |
| Cáncer   | 18  | 6.9 | 29.6      | 5.29 | 69.2         | 6.79 | 0.788        |
| Fibromialgia   | 1   | 0.3 | 25.0      | -    | 69.2         | 6.69 | -            |
| Ansiedad   | 36  | 14  | 29.0      | 6.61 | 69.2         | 6.71 | 0.826        |

p:nivel de significación DE: desviación estándar

En cuanto al número de enfermedades crónicas, el hecho de padecer una o más enfermedades crónicas se asoció negativamente de forma significativa con la capacidad de autocuidado ( $p=0.039$ ) como se puede ver en la tabla 33.

| <b>Tabla 33: Correlación entre Escala de Agencia de Autocuidado y nº de patologías crónicas</b> |    |                         |       |      |              |
|---|----|-------------------------|-------|------|--------------|
| Nº de patologías crónicas   | n  | %                       | Media | DE   | p            |
| <b>0</b>  | 14 | 5.4                     | 68.4  | 4.01 | <b>0.039</b> |
| <b>1</b>  | 54 | 21                      | 71.1  | 7.94 |              |
| <b>2</b>  | 98 | 38                      | 69.6  | 6.48 |              |
| <b>3</b>  | 68 | 26                      | 67.7  | 6.51 |              |
| <b>4</b>  | 18 | 6.9                     | 67.8  | 6.11 |              |
| <b>5</b>  | 5  | 1.9                     | 69.2  | 2.95 |              |
| <b>6</b>  | 1  | 0.3                     | 70    | -    |              |
| <b>7</b>  | 0  | 0,0                     | -     | -    |              |
| <b>8</b>  | 1  | 0.3                     | 69    | -    |              |
| p=nivel de significación.   |    | DE: desviación estándar |       |      |              |

En el caso de los pacientes polimedicados también se asoció negativamente con la capacidad de autocuidado, obteniendo una capacidad de autocuidado significativamente menor ( $p=0,009$ ) (Tabla 34).

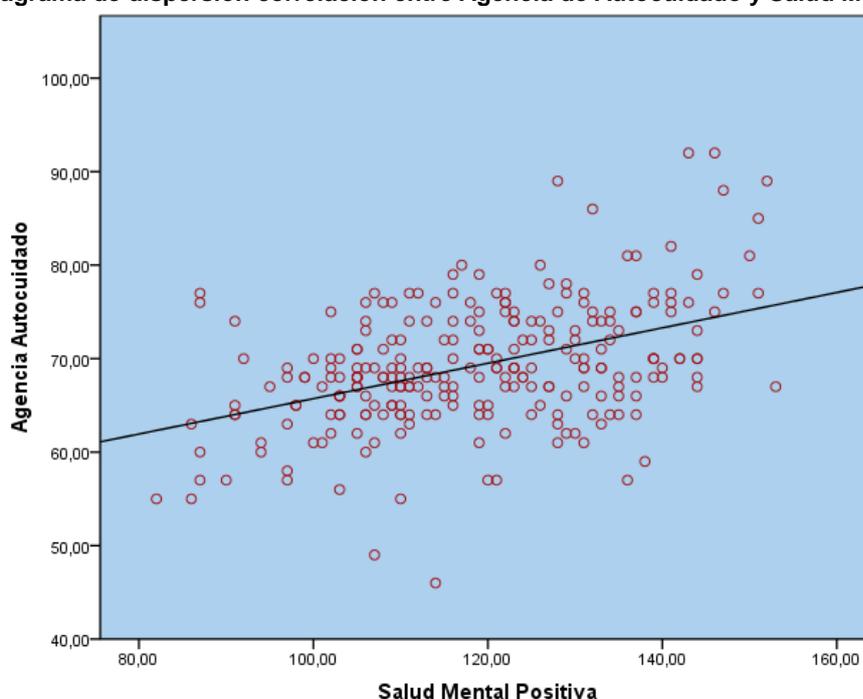
| <b>Tabla 34: Correlación entre Escala de Agencia de Autocuidado y medicación</b> |     |                         |             |      |       |      |              |
|--|-----|-------------------------|-------------|------|-------|------|--------------|
| Medicación   | n   | %                       | Sí          |      | No    |      | p            |
|  |     |                         | Media       | DE   | Media | DE   |              |
| Polimedicado   | 80  | <b>31</b>               | <b>67.6</b> | 6.69 | 69.9  | 6.58 | <b>0.009</b> |
| Consumo de analgésicos   | 186 | <b>72</b>               | <b>69.0</b> | 6.85 | 69.8  | 6.26 | 0.339        |
| <b>Frecuencia consumo analgésicos</b>  |     |                         |             |      |       |      | 0.060        |
| Diario ( $\geq 1$ /día)  | 77  | <b>41</b>               | <b>67.6</b> | 6.64 | -     | -    | -            |
| Semanal ( $< 1$ /día y $\geq 7$ /semana)   | 13  | 7.0                     | 69.0        | 7.13 | -     | -    | -            |
| Ocasional ( $< 1$ /semana)   | 96  | 52                      | 70.1        | 6.84 | -     | -    | -            |
| p=nivel de significación   |     | DE: desviación estándar |             |      |       |      |              |

#### 4.7. Resultados Objetivo 7

*Analizar la relación entre el nivel de salud mental positiva, global y por factores, y la agencia de autocuidados en personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria.*

Tal y como se observa en el diagrama de dispersión (Figura 15), se obtuvo una correlación moderada aunque muy significativa entre la Agencia de Autocuidado (evaluada con la escala ASA) y la Salud Mental Positiva (evaluada con el cuestionario CSM+) ( $r=0.43$ ;  $p<0,000$ ), de forma que a medida que se incrementa la capacidad de la persona para cuidarse (en la medida en que la persona es más agente de su propio cuidado) aumenta el nivel de salud mental positiva de la persona; y en el sentido contrario, a medida que el nivel de salud mental positiva se incrementa la capacidad de autocuidado también aumenta.

**Figura 15: Diagrama de dispersión correlación entre Agencia de Autocuidado y Salud Mental Positiva**



Al analizar la relación entre la Agencia de Autocuidado y los distintos factores de SM+ se puede observar en la tabla 35 que todos los factores correlacionaron positivamente con la ASA y esta correlación osciló entre 0.24 del factor F4-Autonomía hasta la correlación más elevada que fue de 0.40 en el factor F5-Resolución de Problemas y Autoactualización.

**Tabla 35: Matriz factorial correlación entre Agencia de Autocuidado y Salud Mental Positiva**

|   | Total ASA | F1     | F2     | F3     | F4     | F5     | F6     | Total CSM+ |
|---|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|
| <b>Total ASA</b>                                | 1         |        |        |        |        |        |        |            |
| F1. Satisfacción Personal                       | .331**    | 1      |        |        |        |        |        |            |
| F2. Actitud prosocial                           | .235**    | .290** | 1      |        |        |        |        |            |
| F3. Autocontrol                                 | .323**    | .539** | .411** | 1      |        |        |        |            |
| F4. Autonomía                                   | .224**    | .555** | .176** | .458** | 1      |        |        |            |
| F5. Resolución de problemas y autoactualización | .409**    | .377** | .431** | .557** | .253** | 1      |        |            |
| F6. Habilidades Relación Interpersonal          | .297**    | .402** | .511** | .482** | .316** | .476** | 1      |            |
| <b>Total CSM+</b>                               | .438**    | .738** | .617** | .803** | .603** | .783** | .731** | 1          |

ASA: Escala Agencia de Autocuidado  
 CSM+: Cuestionario Salud Mental Positiva  
 \*\* la correlación es significativa (bilateral) <0.001

#### 4.8. Resultados Objetivo 8

*Evaluar la efectividad de un programa de intervenciones psicosociales enfermeras para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas adultas con problemas crónicos de salud física atendidos en una consulta de enfermería en atención primaria.*

##### Homogeneidad de los grupos

En el estudio se incluyeron 44 pacientes, 22 en cada grupo (intervención y control). Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes se presentan en la tabla 36. Los grupos fueron homogéneos en global, ya que solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el estado civil ( $p=0.015$ ).

| <b>Tabla 36: Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de ambos grupos al inicio del estudio (n=44)</b> |               |      |               |      |               |      |                |
|---|---------------|------|---------------|------|---------------|------|----------------|
|   | Total         |      | Control       |      | Intervención  |      | p <sup>2</sup> |
|   | n             | %    | n             | %    | n             | %    |                |
| <b>Edad en años</b>   | 66.5 (DE 9.7) |      | 66.5 (DE 9.7) |      | 67.5 (DE 9.8) |      | .7331          |
| <b>Edad agrupada por intervalos</b>   |               |      |               |      |               |      |                |
| 45 – 55   | 7             | 15.9 | 5             | 22.7 | 2             | 9.1  | .3852          |
| 56 – 65   | 10            | 22.7 | 4             | 18.2 | 6             | 27.3 |                |
| 66 – 75   | 20            | 45.5 | 11            | 50.0 | 9             | 40.9 |                |
| >75   | 7             | 15.9 | 2             | 9.1  | 5             | 22.7 |                |
| <b>Estado civil</b>   |               |      |               |      |               |      |                |
| Soltero   | 2             | 4.5  | 0             | 0.0  | 2             | 9.1  | <b>.0152</b>   |
| Casado  | 34            | 77.3 | 21            | 95.5 | 13            | 59.1 |                |
| Viudo   | 7             | 15.9 | 1             | 4.5  | 6             | 27.3 |                |
| Divorciado  | 1             | 2.3  | 0             | 0.0  | 1             | 4.5  |                |
| <b>Nivel de estudios</b>  |               |      |               |      |               |      |                |
| Ninguno   | 21            | 47.7 | 12            | 54.5 | 9             | 40.9 | .5472          |
| Primarios   | 22            | 50.0 | 10            | 45.5 | 12            | 54.5 |                |
| Formación profesional   | 1             | 2.3  | 0             | 0.0  | 1             | 4.5  |                |
| <b>Situación laboral</b>  |               |      |               |      |               |      |                |
| Trabaja   | 2             | 4.5  | 2             | 9.1  | 0             | 0.0  | .6302          |
| En paro   | 10            | 22.7 | 5             | 22.7 | 5             | 22.7 |                |
| Jubilado  | 32            | 72.7 | 15            | 68.2 | 17            | 77.3 |                |
| <b>Número de hijos</b>  | 2.2 (DE 0.9)  |      | 2.2 (DE 0.6)  |      | 2.2 (DE 1.1)  |      | .9021          |
| <b>Consumo analgésicos</b>  |               |      |               |      |               |      |                |
| Si  | 37            | 84.1 | 16            | 72.7 | 21            | 95.5 | .0952          |
| No  | 7             | 15.9 | 6             | 27.3 | 1             | 4.5  |                |
| <b>Frecuencia consumo analgésicos</b>   |               |      |               |      |               |      |                |
| Diariamente   | 17            | 45.9 | 7             | 43.9 | 10            | 47.6 | .9992          |
| Ocasionalmente  | 27            | 54.1 | 9             | 56.3 | 11            | 52.4 |                |
| <b>Polimedicación</b>   |               |      |               |      |               |      |                |
| Si  | 15            | 34.1 | 7             | 31.8 | 8             | 36.4 | .9992          |
| No  | 29            | 65.9 | 15            | 68.2 | 14            | 63.6 |                |
| <b>Número de patologías</b>   | 2.4 (DE 1.6)  |      | 2.2 (DE 1.6)  |      | 2.5 (DE 1.5)  |      | .4681          |

1:U de Mann-Whitney; 2: Estadístico exacto de Fisher; p: nivel de significación; DE: Desviación Estándar

### Salud mental positiva y autocuidado al inicio del estudio (pre-test)

Al inicio del estudio, la puntuación media de la salud mental positiva del total de los participantes en el estudio fue de 116 (DE 13.7) y del autocuidado medido mediante la escala ASA fue de 63.7 (DE 6.0). Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la salud mental positiva en el factor F5 “Resolución de

problemas y autoactualización” ( $p= 0.020$ ) en el sentido de que los pacientes del grupo intervención presentaron una mayor puntuación que los del grupo control. (Tabla 37).

|  | Total           |   | Control         |   | Intervención    |   | p            |
|--|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|--------------|
|  | n               | % | n               | % | n               | % |              |
| <b>Total Salud Mental Positiva (CSM+)</b>              | 116.0 (DE 13.7) |   | 114.0 (DE 13.2) |   | 117.9 (DE 14.2) |   | .2851        |
| <b>F1: Satisfacción personal</b>                       | 23.0 (DE 4.5)   |   | 23.2 (DE 4.9)   |   | 22.7 (DE 4.1)   |   | .5091        |
| <b>F2: Actitud prosocial</b>                           | 17.0 (DE 1.9)   |   | 17.1 (DE 2.0)   |   | 17.0 (DE 1.8)   |   | .7561        |
| <b>F3: Autocontrol</b>                                 | 14.3 (DE 2.7)   |   | 14.8 (DE 2.5)   |   | 13.9 (DE 2.9)   |   | .2881        |
| <b>F4: Autonomía</b>                                   | 14.7 (DE 1.9)   |   | 14.4 (DE 1.4)   |   | 14.9 (DE 2.4)   |   | .8481        |
| <b>F5: Resolución de problemas / Autoactualización</b> | 26.3 (DE 4.5)   |   | 24.7 (DE 3.8)   |   | 28.0 (DE 4.7)   |   | <b>.0201</b> |
| <b>F6: Habilidades de relación interpersonal</b>       | 20.0 (DE 3.3)   |   | 19.7 (DE 2.7)   |   | 21.2 (DE 3.7)   |   | .1821        |
| <b>Total Agencia de autocuidado (ASA)</b>              | 63.7 (DE 6.0)   |   | 63.2 (DE 5.2)   |   | 64.2 (DE 6.9)   |   | .6131        |

1: U de Mann-Whitney; p: nivel de significación; DE: Desviación Estándar

### Salud mental positiva y autocuidado (pretest-posttest)

Los resultados del MANOVA con las variables pretest-posttest han mostrado diferencias entre los grupos estadísticamente significativas (Pillai Multivariante,  $F [7, 36] = 28,51$ ,  $p < 0,0001$ ).

Los resultados del ANOVA se muestran en la tabla 39, donde se observa que la intervención produjo un incremento significativo de los niveles de salud mental positiva (tanto en el nivel global como en los diferentes factores) y en la capacidad de autocuidado. Cuando se analizó si la variación era diferente según las distintas variables, en el MANOVA pretest – posttest no fue estadísticamente significativo, de manera que la intervención producía un cambio similar en los distintos grupos de edad, en el estado civil, nivel de estudios, situación laboral, número de hijos, consumo de analgesia, cantidad de analgésicos, polimedicación y número de patologías. Es decir que los cambios se explican por el propio programa de intervención y no por otras variables sociodemográficas y/o clínicas.

Observando los resultados de la efectividad del programa se puede ver que los pacientes del grupo control no solo no mejoraron sino que obtuvieron puntuaciones inferiores. Lo cual hace pensar en la necesidad de las intervenciones enfermeras para no solo potenciar la salud mental positiva y/o la agencia de autocuidado sino para mantenerla. A pesar de ello, para reforzar esta primera impresión serán necesarios estudios más amplios y sobretodo estudios que profundicen en otras variables que quizás podrían también explicar o influir en estos resultados como por ejemplo el estado de gravedad de los pacientes. Desconocemos si el grupo control tenía peores pronósticos clínicos que el grupo de intervención.

Los resultados obtenidos refuerza de forma muy significativa la hipótesis de nuestro estudio en el sentido de que: las personas con problemas crónicos de salud que reciben un Programa de Intervenciones Psicosociales de Enfermería aumentan sus niveles de salud mental positiva y su capacidad o agencia de autocuidado mientras que las personas con problemas crónicos de salud que no reciben programas de intervención psicosocial de enfermería empeoran en salud mental positiva y en agencia de autocuidados. (Ver tabla 38).

| <b>Tabla 38: Pre test-Post-test: Diferencias en la Salud Mental Positiva y Agencia de Autocuidado</b> |              |      |              |     |                    |                   |
|---|--------------|------|--------------|-----|--------------------|-------------------|
|   | Intervención |      | Control      |     | F valor<br>(1, 42) | p                 |
|   | Grupo (n=22) |      | Grupo (n=22) |     |                    |                   |
|   | Media        | DE   | Media        | DE  |                    |                   |
| <b>Total Salud Mental Positiva (CSM+)</b>   | 27.7         | 13.8 | - 6.5        | 7.2 | 105,3              | <b>&lt; 0.001</b> |
| <b>Factor 1:</b> Satisfacción personal  | 6.5          | 3.6  | -2.1         | 2.2 | 89,6               | <b>&lt; 0.001</b> |
| <b>Factor 2:</b> Actitud prosocial  | 2.5          | 1.8  | -0.6         | 0.8 | 57,1               | <b>&lt; 0.001</b> |
| <b>Factor 3:</b> Autocontrol  | 5.1          | 2.7  | -1.1         | 1.4 | 92,2               | <b>&lt; 0.001</b> |
| <b>Factor 4:</b> Autonomía  | 2.5          | 2.2  | -0.2         | 1.0 | 28,7               | <b>&lt; 0.001</b> |
| <b>Factor 5:</b> Resolución de problemas / Autoactualización  | 6.1          | 4.6  | -1.0         | 2.5 | 39,6               | <b>&lt; 0.001</b> |
| <b>Factor 6:</b> Habilidades de relación interpersonal  | 4.7          | 2.9  | -1.1         | 2.0 | 60,8               | <b>&lt; 0.001</b> |
| <b>Agencia de autocuidado (ASA)</b>   | 12.0         | 5.0  | -2.2         | 4.4 | 99,9               | <b>&lt; 0.001</b> |

F valor: pre-test-post-test ANOVA      Media, media pretest-posttest diferencias      DE, desviación estándar

## 4.9. Resultados Objetivo 9

---

*Identificar la utilidad percibida de los ejercicios aprendidos y el grado de satisfacción de los participantes en el programa de intervenciones psicosociales de enfermería y las posibles mejoras propuestas por los mismos.*

---

### Utilidad percibida

Los resultados a las preguntas que se realizaron para la utilidad percibida fueron:

Las preguntas que se realizaron para la utilidad percibida fueron:

1. Las 22 participantes contestaron que realizaban las actividades aprendidas (100%).
2. En relación al lugar donde las realizaban, 21 participantes (95.5 %) las realizaban en el domicilio y 1 participante (4.5%) las realizaba en la calle.
3. Todas las participantes (100%) contestaron afirmativamente a la pregunta ¿Considera que ha sido útil para su salud el aprendizaje realizado?
4. En cuanto a la autopercepción que las participantes tuvieron en relación al nivel de aprendizaje de las técnicas que consideraban que habían adquirido, los resultados obtenidos fueron los siguientes: un 86.4% contestaron que *Sí*, un 9.1% contestó que *Necesitaría más tiempo* y un 4.5% contestó que *Dudaba*.
5. En cuanto a la autopercepción de las participantes para valorar su capacidad para realizar los ejercicios sola (por su cuenta), un 86.4 % contestó que *Sí* y un 13.6% contestó que *No*.

### Grado de satisfacción

En cuanto a las preguntas referidas a la satisfacción de las participantes del programa, se obtuvieron los siguientes resultados:

6. El 100% de las participantes manifestaron haberse sentido bien en el grupo de trabajo.
7. El 100% de las participantes contestó que volvería a repetir la experiencia.
8. Todas las participantes (100%) recomendarían el programa de intervención.
9. El nivel de satisfacción con el programa fue muy elevado: el 90% de las participantes le dieron la puntuación máxima y el 9.1% restante otorgó una valoración de 9 puntos. (Tabla 39).

| Tabla 39: Valoración satisfacción del programa |    |      |
|--|----|------|
| Puntuación                                     | n  | %    |
| 9  | 2  | 9.1  |
| 10   | 20 | 90.9 |

### Propuestas de mejora

Para conocer las propuestas de mejora se formuló una pregunta abierta para crear la posibilidad de que explicaran lo que consideraran oportuno, el resultado obtenido en un 90.9% añadió como propuesta de mejora que el programa de intervención de enfermería durase más tiempo. (Tabla 40)

| Tabla 40: Propuestas de mejora del programa  |    |      |
|--|----|------|
| Propuesta contestada                         | n  | %    |
| • Nada                                       | 2  | 9.1  |
| • Que el programa tuviera una duración mayor | 20 | 90.9 |



# Capítulo 5

## Discusión



---

Recomendación nº5:

*“Tomar conciencia de los buenos momentos que pasan en nuestra vida cuando están pasando “*

*Decálogo de Salud Mental Positiva. Lluch MT (2011)*

---

## 5. Discusión

### 5.1. Discusión de los resultados obtenidos en relación a la Fase I

En referencia a las **características sociodemográficas y condiciones de salud física estudiadas**, el perfil de la muestra es el de una mujer de 66-75 años, casada, con dos hijos, con un nivel primario de formación, ama de casa, jubilada y nacida en una comunidad autónoma diferente a la que reside actualmente (Cataluña), con hipertensión arterial e hipercolesterolemia, que consume analgesia ocasionalmente y que toma entre 1 y 5 medicamentos diferentes al día; perfil que coincide con los datos de la Encuesta Nacional de Pacientes Crónicos (SEMI, 2014).

En cuanto a las diferentes patologías, en nuestro estudio se ha obtenido para la Diabetes un porcentaje de frecuencia del 26.3%, para la Hipertensión un 68.7%, y para la Hipercolesterolemia un 55.2%, datos similares a los obtenidos en la Encuesta Nacional de Pacientes Crónicos de 2014, donde se obtuvieron valores para la Diabetes de un 24.1% y de Hipertensión un 54.9%, observando diferencias para la Hipercolesterolemia con un 35.6%. También son similares los resultados obtenidos en el consumo de analgesia, con un 90% en la muestra de nuestro estudio y un 96.3% en la Encuesta Nacional de Pacientes Crónicos (SEMI, 2014).

En cuanto a la **fiabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva** el resultado obtenido en esta investigación a nivel de consistencia interna ( $\alpha$ -Cronbach=0,91) se considera excelente. En este sentido, los resultados son parecidos a los obtenidos por Lluch en el proceso de validación inicial del Cuestionario de Salud Mental Positiva (Lluch,1999), en una muestra de estudiantes universitarios, con un  $\alpha$ -Cronbach=0,90; asimismo, los valores obtenidos son parecidos a los que obtuvieron los investigadores Sequeira et al.,(2014) en una población portuguesa también de estudiantes universitarios, con un  $\alpha$ -Cronbach=0,92; otro estudio que obtuvo valores elevados fue el de Albarca-Riobóo (2014) con una  $\alpha$ -Cronbach=0,89 en una muestra de cuidadoras de personas afectadas de esquizofrenia, y este mismo valor lo obtuvieron en la población mejicana ( $\alpha$ -Cronbach=0,89) en un estudio con 967 estudiantes universitarios (Martínez-Martínez, Vázquez-Ríos y Hernández-Reyes, 2011). Estos resultados muestran la solidez del Cuestionario de Salud Mental Positiva, no solamente en la población española sino en otras poblaciones como la portuguesa o la latinoamericana. Sin embargo, sería interesante explorar el comportamiento del Cuestionario en otros entornos, y realizar estudios con muestras de pacientes con enfermedades físicas crónicas.

En cuanto a la **fiabilidad de la Escala Agencia de Autocuidados (ASA)** en casi todos los estudios que se han realizado el valor oscila entre una  $\alpha$ -Cronbach de 0.72 y 0.92 (Evers et al., 1986 referenciado en Sousa, Zauszniewski y Price Lea, 2005). Teniendo en cuenta que se considera aceptable un resultado por encima de 0.70 para una buena confiabilidad (Campos-Arias y Oviedo 2008; George y Mallery 2003; Huh, Delorme y Reid 2006; Kaplan y Sacuzzo 1982), el resultado obtenido en nuestro estudio ( $\alpha$ -Cronbach =0.73) se consideraría dentro de los parámetros correctos, resultado igual que él obtenido en un estudio realizado en México en 110 mujeres embarazadas (García,

Arreguín y Landeros, 2011), y muy similar ( $\alpha$ -Cronbach =0.74) al estudio realizado en 210 pacientes en Colombia (Velandia y Rivera, 2009) y a otro estudio realizado dos años más tarde por Fernández y Manrique-Abril (2011) en una muestra de 240 pacientes adultos de más de 60 ( $\alpha$ -Cronbach =0.74).

La Escala de Agencia de Autocuidados (ASA) ha demostrado su fiabilidad en los estudios realizados desde sus inicios en su versión ASA-24 y también en las diferentes versiones que han utilizado la escala; como por ejemplo en el estudio realizado por Sousa, Zayszbuewski, Zeller y Neese (2008), en una muestra de 141 pacientes diabéticos insulino dependientes, donde se obtuvieron unos resultados elevados con un ( $\alpha$ -Cronbach =0.85), aunque en este caso la escala utilizada fue la versión ASA-20, estructurada en 20 ítems en vez de 24 ítems. Sin embargo, los autores del estudio concluyeron que la eliminación de algunos ítems de la versión original (ASA-24) no modificaba la fiabilidad de la escala. Valores similares con una ( $\alpha$ -Cronbach =0.84) se obtuvieron en un estudio realizado a una población de pacientes diabéticos que fueron evaluados con la Escala ASA-R compuesta por 15 ítems (Santos Guerra, 2014). En este sentido serían necesarios estudios más amplios para comparar el comportamiento de la escala en sus diferentes versiones, ASA-R, ASA-20 y ASA 24).

En referencia al nivel de **Salud Mental Positiva Global**, se dividió en tres niveles: Salud Mental Positiva baja, media y alta. Los sujetos de la investigación presentaron unos niveles de Salud Mental Positiva en la escala global, que se sitúan entre medios y altos, con una media de 118.7(DE 15.5), coincidiendo con los datos del Eurobarómetro (2003), en el que identificaron que las personas, en general, tienen tendencia a sentirse más positivas que negativas. Sin embargo, desde el Eurobarómetro realizado en el año 2006 se ha apreciado un descenso en relación al sentimiento positivo, se ha encontrado un menor número de encuestados que contestan haber experimentado emociones positivas

todo el tiempo durante las últimas cuatro semanas; y en este sentido puede ser interesante realizar estudios longitudinales (Lluch et al., 2012).

Analizando las investigaciones de este tema en nuestro entorno, un estudio realizado en una muestra de 77 personas cuidadoras de pacientes con esquizofrenia cuidados en domicilio obtuvo una media de 128.0 (DE 15.5) de nivel de Salud Mental Positiva (Albacar-Riobóo, 2014); así como otro estudio realizado con una muestra de pacientes con patología de esquizofrenia ingresados en un centro hospitalario obtuvieron una media de 107.8 (DE16.1) de nivel de Salud Mental Positiva; en este último estudio se observó una ligera disminución del valor de la media, que en este caso podría ser debido al ser pacientes que están ingresados en un centro hospitalario (Miguel-Ruiz, 2014). Sin embargo, los resultados de ambos estudios muestran un nivel medio-alto de Salud Mental Positiva, asemejándose a los resultados obtenidos en esta investigación.

Por otro lado, un estudio realizado sobre la autopercepción de Salud Mental Positiva en 102 profesionales de la salud sobre trabajadores asistenciales en hospitales (en unidades de salud mental), los resultados fueron inferiores con una media de 94.3 (DE 9.9) a los obtenidos en esta investigación, diferencia que puede deberse a la autopercepción de los profesionales en el lugar de trabajo (Mantas-Jiménez et al., 2015).

En esta investigación los resultados obtenidos de **Salud Mental Positiva por factores**, obtuvieron unos resultados más elevados en: el factor 1. Satisfacción personal y en el factor 5. Resolución de Problemas y autoactualización, en este sentido las personas se muestran satisfechas con su vida a pesar de convivir con una o más patologías crónicas y son capaces de gestionar y resolver sus problemas y asimismo de actualizarse, renovarse y estar al día.

En cuanto a los **niveles de Salud Mental Positiva** obtenidos en la muestra **según las características sociodemográficas**; analizando **la edad**, se observa que el nivel de Salud Mental Positiva disminuye a medida que aumenta la edad, es decir que a más edad menor nivel de Salud Mental Positiva, hecho que puede explicarse porque las personas con el paso de los años, experimentan cambios y se vuelven más dependientes viéndose a sí mismos con mayores dificultades para manejarse, además tiene connotaciones evidentes de ser el último paso por la etapa del ciclo vital, siendo un proceso de envejecimiento imparabile, y aunque la edad biológica y cronológica no coinciden necesariamente, es normal que en este período de la vida las personas muestren un nivel de Salud Mental Positiva inferior al que se experimenta en otras etapas de la vida en las que se va construyendo la misma (Delgado-Linares, 2014). En este sentido estudios como el Eurobarómetro (2006) y *Canadian Institute for Health Information* (2009) coinciden con el resultado, sin embargo el estudio MIDUS obtuvo un resultado distinto en el grupo de edad de 65-74 años, en el que concluyeron que en este intervalo de edad se obtiene la mayor percepción de Salud Mental Positiva (Mroczek, 2004).

Considerando los diferentes factores que componen el Modelo Factorial de Salud Mental Positiva pueden explicarse algunos resultados relacionados con la edad. El hecho de que a más edad menos nivel global de Salud Mental Positiva puede comprenderse ya que tres de los seis factores que configuran la Salud Mental Positiva guardan cierta relación con la edad: a más edad menos nivel de autocontrol, menor capacidad de resolución de problemas y autoactualización y menor puntuación en las habilidades de relación interpersonal. No hay ningún factor que en el grupo de más edad obtenga puntuaciones superiores a los otros grupos. Esto hace pensar que la Salud Mental Positiva disminuye con la edad a partir de edades superiores a 75 años en algunos

factores (F3: Autocontrol, F5: Resolución de problemas y Autoactualización, F6 Habilidades de relación interpersonal) y se mantiene en otros (F1: Satisfacción Personal, F2: Actitud Prosocial y F4: Autonomía). En cambio en la subescala de Satisfacción Personal el grupo de menor edad es el que obtuvo puntuaciones de Salud Mental Positiva más bajas. Serán necesarios estudios más amplios para poder discutir más a fondo estos resultados.

En relación al **sexo**, se obtuvieron unos valores similares tanto en los hombres como en las mujeres, este valor no coincide con el estudio de Anicama et al., (2012) en el que el mayor puntaje de Salud Mental Positiva fue obtenido por las mujeres. En este sentido, otro estudio realizado en Estados Unidos concluye que las mujeres tienen identidades más jóvenes que los hombres y un mejor patrón de Salud Mental Positiva relacionada con la consecución de las demandas que nos enfrentan con la vida (Barret, 2004). En cambio otros estudios encuentran mayor Salud Mental Positiva en los hombres (Broncano, González, Lluch y Cerdán, 2013; Mantas et al., 2013; Miguel Ruiz, 2014). En este sentido, sería necesario realizar estudios más amplios para concluir si existen diferencias en el nivel de Salud Mental Positiva Global según sexo, puesto que los estudios encontrados no permiten llegar a una conclusión. Cabe destacar que la población de nuestro estudio, debido a su situación y a la facilidad para resolver problemas de tipo sanitario y social que ofrece nuestro entorno, puede explicar resultados distintos en comparación con otras sociedades.

En la **valoración por factores**: las mujeres obtuvieron niveles de Salud Mental Positiva más elevados en los factores siguientes: F2: Actitud Prosocial, y F6: Habilidades de Relación Interpersonal y los hombres obtuvieron valores más elevados en el factor F1:

Satisfacción Personal y en el factor de F4: Autonomía. Estos resultados coinciden con un estudio realizado en Canadá para explorar la Salud Mental Positiva, ya que los hombres presentaron niveles más altos de Salud Mental Positiva en las capacidades de afrontamiento emocional y bienestar, y las mujeres obtuvieron niveles más altos de Salud Mental Positiva en valores espirituales (Canadian Institute for Health Information, 2009); además en el especial Eurobarómetro 2006 y en el estudio MIDUS encontraron que las mujeres de mediana edad presentaban niveles más bajos de Salud Mental Positiva (Mroczek, 2004). Estos valores coinciden con los encontrados en un estudio realizado en profesionales de salud mental, donde se encontró un valor superior para las mujeres en el Factor 2. Actitud Prosocial (Mantas-Jiménez et al., 2015).

En cuanto al **estado civil**: obtuvieron mejor resultado las personas casadas y peores resultados las personas viudas o divorciadas, pero no se obtuvieron diferencias significativas, este resultado es lógico ya que las personas con pareja obtienen mayor apoyo en las tareas de la vida, en grandes rasgos, que las personas que están solas. Este resultado concuerda con otros estudios, como por ejemplo el Eurobarómetro (2010) y el estudio de Mantas-Jiménez et al., (2015), donde el vivir solo o no tener pareja hace que puedan ser más propensos a reportar niveles más bajos de bienestar emocional. Sin embargo, no coincide con los resultados obtenidos por Miguel-Ruiz (2014), puesto que en su estudio los mejores resultados los obtuvieron las personas solteras; esto podría deberse a que su muestra estaba configurada por pacientes con esquizofrenia y hospitalizados, en este sentido una persona en estas circunstancias si no tiene otra familia por la que preocuparse obtendrá mejores resultados que una persona con pareja y cargas familiares. Aunque normalmente lo que se evalúa no es el vivir solo o en compañía, sino el nivel de apoyo social, por este motivo sería interesante explorar esta variable en futuros estudios.

Respecto al **nivel de estudios**, no se obtuvo ninguna correlación estadísticamente significativa pero se observó una tendencia muy próxima a la significación en el nivel global de la Escala de Salud Mental Positiva ( $\rho=0.115$ ;  $p=0.064$ ), en el Factor 4 (“Autonomía”) ( $\rho=0.114$ ;  $p=0.068$ ) y en el factor 5 (“Autoactualización”) ( $\rho=0.123$ ;  $p=0.048$ ); en este sentido, las personas con estudios primarios y estudios de formación profesional obtuvieron los mejores resultados de Salud Mental Positiva. Este resultado es de esperar ya que se supone que las personas con mayor nivel de estudios van a presentar unos niveles de Salud Mental Positiva mayor y es un resultado coincidente con el estudio realizado por Miguel-Ruiz (2014), y también está en la misma dirección con los resultados obtenidos en el estudio Canadiense, en el que los niveles más altos de capacidad de afrontamiento estaban relacionados con las personas que tenían estudios superiores (Canadian Institute for Health Information, 2011). En cambio en el estudio de MIDUS, la educación no estaba relacionada con percibir unos niveles superiores o inferiores de Salud Mental Positiva (Mroczek, 2004).

En cuanto a **la profesión** las amas de casa y las personas empleadas en servicios son las que tuvieron valores más elevados de Salud Mental Positiva. Las personas jubiladas son los que obtuvieron mejor resultado, ello podría deberse a poseer una mayor cantidad de tiempo libre, pero serían necesarios estudios más amplios y profundizar más en el tema para afirmar dicha hipótesis.

En referencia a la **situación laboral** no se encontraron diferencias significativas entre las personas que trabajan y las que están desempleadas. Se destacan dos estudios: uno de ellos que muestra niveles de Salud Mental Positiva más bajos en las personas que

trabajan y tienen trabajos inestables, como el realizado en Toluviéjo con menores de edad trabajadores, encontrando unos resultados de menor Salud Mental Positiva en los trabajadores con precarias condiciones de vida en comparación con los menores que no trabajaban (Amar et al., 2008); y otro que muestra un nivel de Salud Mental Positiva más bajo en cuidadoras de personas con esquizofrenia que abandonaban el trabajo (Albacar-Riobóo, 2014).

En referencia al **número de hijos** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo los mejores resultados se dieron en las personas que tienen 2 hijos, este resultado puede explicarse porque en general hoy en día, tener 1 ó 2 hijos es el número más común según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014). Este resultado es igual al encontrado en un estudio realizado en México (Jaik, Villanueva y Tena, 2011), en el que también la mayoría de la muestra tenía 2 hijos.

En cuanto a los niveles de Salud Mental Positiva obtenidos en la muestra según las **condiciones físicas de salud**, se observó que respecto al consumo de analgesia se obtuvieron mejores resultados en las personas que consumían analgesia de forma ocasional, en contraste con las que tomaban analgesia de forma diaria, este resultado podría deberse a tener menos dolor y necesitar unos consumos menores de analgesia.

En referencia a la polimedicación, se dieron unos valores superiores de Salud Mental Positiva en las personas que no estaban polimedicadas, este resultado era de esperar ya que el paciente polimedicado suele ser un paciente frágil y le faltan recursos físicos y psíquicos (Gavilán-Moral y Villafaina-Barroso, 2011).

Son varios los estudios que relacionan la percepción del estado de salud con la calidad de vida, la satisfacción con la vida y la Salud Mental Positiva (Canadian Mental for Health Information 2011; Puig-Llobet 2009; Haller y Hadler 2006). Por ejemplo, en el estudio MIDUS (Mroczek, 2004) se observó que las personas que presentaban problemas físicos de salud en el rango de edad de 25-75 años presentaban niveles más bajos de Salud Mental Positiva que los que no tenían problemas físicos. También en el estudio de la opinión pública en Europa (Eurobarometer, 2010) las personas con problemas de salud física expresaron que ello les afectaba negativamente en su Salud Mental Positiva; en esta línea, una conclusión importante de esta investigación es la relación obtenida entre los niveles de Salud Mental Positiva y la cantidad de medicación que se consume diariamente. Las personas que consumen mayor número de medicamentos tuvieron niveles de Salud Mental Positiva más bajos tanto en la escala global como en tres de los 6 factores (F3: Autocontrol, F4: Autonomía y F5: Resolución de Problemas y Autoactualización). Sin embargo, no se obtuvieron diferencias en relación a la frecuencia del consumo de analgésicos en la escala global, pero si en el factor 1 (F1: Satisfacción Personal), las personas que no consumen analgésicos ocasionalmente mostraron niveles de satisfacción superiores a los que si consumen analgésicos diariamente.

Algunos autores proponen que las personas que tienen bajos niveles de estabilidad emocional y responden a las situaciones de forma desproporcionada, irritables y con ansiedad, pueden tener más prevalencia de tener algún trastorno mental en el futuro (Lahey, 2009; McCrae y Costa 2003). Esto puede apoyar la idea que la Salud Mental Positiva puede ser un indicador determinante para incrementar el nivel de salud general. Y también para detectar a sujetos con probabilidad de desarrollar una enfermedad mental (Keyes, Dhingra y Simoes 2010; Korte, Bohlmeijer y Smit 2009).

A nivel de la escala global de Salud Mental Positiva, no se encontró ninguna **patología crónica** que tuviera niveles estadísticamente significativos entre el grupo de sujetos que tienen la patología y los sujetos que no la tienen; la mayoría de sujetos tenían Hipertensión, Hipercolesterolemia o Diabetes. La asociación de dos o más trastornos crónicos es muy prevalente y la proporción de los diferentes trastornos corresponde con los datos estadísticos de las agencias y organizaciones de salud (World Health Organization, 2012). En cuanto a la relación entre los problemas de salud físicos y los problemas de salud mental aunque algunos estudios han encontrado relación entre ellos (Ramage-Morin, Shields y Martel, 2010), esta investigación no permite extraer conclusiones en este sentido, por ello sería necesario realizar este mismo estudio con una muestra similar que no padezca ninguna enfermedad crónica para poder examinar la asociación entre la Salud Mental Positiva y tener o no una enfermedad crónica.

A nivel de los factores se identificó un problema crónico de salud física “Hipertensión”, en el que la relación entre algunos de los factores establecidos de Salud Mental Positiva y el tener o no el trastorno de Hipertensión fue estadísticamente significativa: en concreto en el factor F4: Autonomía, se obtuvieron unos resultados en que las personas que no tenían Hipertensión obtuvieron niveles más elevados de Autonomía que los que si la padecían, pero hay que ser cautos ya que la magnitud del efecto es baja; en cuanto a las demás patologías crónicas el tamaño obtenido de la muestra no permitió extraer conclusiones y, por ello sería necesario realizar estudios con muestras más amplias.

En esta investigación se identificó un nivel de **Agencia de Autocuidado** moderado, con una media de 69.21 (DE 6.67). Estos valores coinciden con otros estudios realizados en los que la media de Agencia de Autocuidado da unos resultados medios, como el realizado por Velandia y Rivera, (2009), el estudio de Espinoza y Jofre (2012) con una media de 70.4 (DE 12.5), y el estudio de Benavides-Parra (2013) en una muestra de 83

pacientes con síndrome coronario agudo con una media de 67.6(DE 6.86). Sin embargo, estos datos contrastan con otros estudios que obtienen una baja capacidad de Agencia de Autocuidado, como el realizado por Landeros (2003), el obtenido por Fernández y Manrique-Abril (2011) en una muestra de 240 adultos con una media de 46.8 para el 99.6% de la muestra y el realizado por Espitia-Cruz (2011) con niveles de Agencia de Autocuidado regular y bajo. En sentido contrario, un estudio realizado por Leiva-Díaz et al., (2012) obtuvo una alta capacidad de autocuidado. Los resultados en referencia a los niveles de Agencia de Autocuidado difieren; esto podría explicarse por las diferencias entre las muestras estudiadas. Sin embargo, también es importante señalar la variabilidad existente entre las medidas adoptadas por los diferentes autores en cuanto a la medición de la escala.

En cuanto a la relación entre el **nivel de Agencia de Autocuidado y las características sociodemográficas y condiciones de salud física**.

En referencia a la variable **edad**, se correlaciona de forma significativa con la Agencia de Autocuidado ( $p=0.004$ ). Así mismo Orem definió la edad como factor básico condicionante del autocuidado y es una de las partes que componen la Agencia de Autocuidado, no es modificable y es un pilar fundamental que influye en la Agencia de Autocuidado a lo largo del ciclo vital (Orem, 1993). En este estudio los pacientes con mayor edad obtenían mayor déficit de Agencia de Autocuidado, esto es explicable porque a mayor edad la persona presenta más problemas de tipo crónico, de soledad y de incapacidades que dificultan el día a día.

El **nivel de estudios** también se correlaciona de forma estadísticamente significativa con la Agencia de Autocuidado, esto podría explicarse porque a mayor nivel de conocimientos existen más posibilidades de realizar actividades de autocuidado más elaboradas y resolutivas, además una persona que posea estudios está más

acostumbrada a participar de su proceso de salud. Sin embargo, este resultado contrasta con un estudio realizado por Bastidas-Sánchez (2007) en el que no se concluyó que a mayor nivel educativo mayor Agencia de Autocuidados. En referencia a las **patologías** se encontraron diferencias significativas en las personas que tenían hipertensión y EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), esto podría explicarse por el interés en mejorar la calidad de vida por parte de los pacientes, entrando en un proceso de participación en los cuidados de su enfermedad, este resultado coincide con el obtenido por Rivera y Díaz (2007) donde se obtuvo una correlación significativa entre la Agencia de Autocuidado y las personas hipertensas, añadiendo otras variables como el peso y el nivel de actividad física. Sin embargo, otro estudio realizado en Colombia investigó sobre la capacidad de autocuidado en una muestra de 90 personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, y observó que el 53% de las personas hospitalizadas con hipertensión arterial tenían una deficiente capacidad de Agencia de Autocuidado en tanto que el 47% presentaron una capacidad de Agencia de Autocuidado suficiente; concluyendo que una actitud reflexiva sobre los pensamientos saludables es necesaria para ser creativo en el autocuidado (Rivera-Álvarez, 2006); en este sentido este estudio enlaza los pensamientos positivos con la capacidad de autocuidado. Para las demás variables sociodemográficas no se obtuvieron diferencias significativas. Sin embargo, Peñaloza (2004) en su estudio encontró que la población de su muestra presentaba un estrato social elevado y por ende tenían una facilidad para mantener su salud, obteniendo unos resultados para la Agencia de Autocuidado elevados; aunque en esta investigación no se han encontrado diferencias, serían necesarios estudios más profundos y en diferentes grupos que fortalezcan estos resultados.

En referencia al consumo de **analgesia** se observó que a mayor capacidad de autocuidado las personas consumían menos analgesia. Este resultado es importante en dos sentidos: en primer lugar, por los beneficios para los pacientes y, por otro lado, en el ahorro económico al disminuir los consumos de analgesia. En el caso de los pacientes polimedificados el nivel de Agencia de Autocuidado fue menor. Este resultado es predecible ya que las personas polimedicadas suelen ser personas con más de una patología crónica y, en este sentido, el nivel de exigencia para solventar los cuidados es mayor. Este dato concuerda con el estudio de Velandia y Rivera (2009) en el que la mayoría de pacientes tomaba entre 1 y 2 medicamentos y no estaban polimedificados.

En cuanto a la relación entre el nivel de Salud Mental Positiva y la Agencia de Autocuidados, la correlación entre los dos constructos fue moderada pero muy significativa con una clara bidireccionalidad, de forma que a mayor Agencia de Autocuidado mayor Salud Mental Positiva y a mayor Salud Mental Positiva mayor Agencia de Autocuidado, de forma que se interrelacionan entre sí y mejoran tanto uno como el otro. En la literatura consultada no se ha encontrado ningún estudio que relacione la Agencia de Autocuidado (ASA) y el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+). Sin embargo, los estudios de Miguel-Ruiz (2014) y Albacar-Riobóo (2014) exploran ambos constructos y la relación existente entre ambos: el autocuidado desde la perspectiva de los Requisitos de Autocuidado y la salud mental positiva, utilizando para éste último constructo el mismo cuestionario que en esta investigación y para el autocuidado, la Escala de Valoración de Requisitos de Autocuidado (ERA) de (Roldán-Merino, 2011). En ambos estudios los resultados son positivos en cuanto a la correlación existente entre los dos constructos. Será interesante en el futuro explorar la relación entre la Agencia de Autocuidado, los Requisitos de Autocuidado y la Salud Mental

Positiva. De hecho a nivel conceptual ya se vislumbra que ha de existir relación entre la Capacidad de Autocuidado y el cumplimiento de los Requisitos de Autocuidado. Dado que la Salud Mental Positiva da resultados de correlación tanto con la Agencia de Autocuidados como con los Requisitos de Autocuidado, será interesante explorar la relación entre los tres constructos de forma conjunta.

## 5.2. Discusión de los resultados obtenidos en relación a la Fase II

En referencia al **programa de intervención psicosocial de enfermería**, se ha demostrado estadísticamente que se ha producido un incremento significativo en los participantes tanto en su Agencia de Autocuidado (evaluado con la escala ASA) como en la Salud Mental Positiva (evaluada con el CSM+). No se dispone de estudios en los que se hayan analizado los dos constructos de forma conjunta y, por tanto, discutiremos los resultados de forma independiente. Asimismo, tampoco se dispone de ningún programa de intervención psicosocial de enfermería que sea igual al que se ha elaborado en nuestra investigación. Aunque algunas de las intervenciones y/o actividades del programa PIPsE, como por ejemplo la Terapia de Relajación o la Musicoterapia, si han sido utilizadas en diversos estudios que detallaremos más adelante.

En relación a la capacidad de autocuidado, el estudio de éste genera gran interés, tal y como hemos podido comprobar en la revisión de la literatura. Sin embargo, las intervenciones de enfermería con el objetivo de aumentar la Agencia de Autocuidado son más escasas y existe menos evidencia científica. Aunque, las existentes apoyan los resultados de nuestra investigación.

En el grupo de intervención se obtuvieron unos resultados muy satisfactorios después de la realización del programa de intervención, con un aumento estadísticamente significativo de la Agencia de Autocuidado ( $p < 0.001$ ). Por otro lado, se obtuvo una disminución de la capacidad de autocuidado en el grupo de control. Comparando los valores obtenidos en ambos grupos, puede decirse que las intervenciones de enfermería para potenciar la Agencia de Autocuidado mediante el programa aplicado son útiles para ayudar a los pacientes con patología crónica. Los resultados coinciden con los estudios realizados por Fernández y Manrique-Abril (2010, 2012), en adultos mayores con hipertensión arterial. Estos autores realizaron dos estudios con muestras de tamaños diferentes ( $n=40$  en el año 2010 y  $n=240$  en el año 2012), en los que analizaron el efecto de una intervención educativa de enfermería con grupos de intervención y grupos de control; y, en ambos estudios, obtuvieron una diferencia significativa en la post intervención en relación a la Agencia de Autocuidado. Otro estudio realizado en el Hospital Universitario Erasmo de Meoz, en Cúcuta (Colombia) también exploró la Agencia de Autocuidado de forma aleatoria en una muestra de 65 pacientes con hipertensión y obtuvieron unos resultados de capacidad de autocuidado baja en un 83.1% de la muestra, y en las categorías “promoción y funcionamiento del desarrollo personal”, “interacción personal”, “actividad” y “reposo”. La autora concluyó señalando la necesidad de intervenciones enfermeras y de propuestas educativas con el objetivo de mejorar la Agencia de Autocuidado (Vega-Angarita, 2014).

Otro estudio realizado en México, profundizó en la Agencia de Autocuidado en pacientes con diabetes tipo II, realizando una intervención educativa. Los resultados mostraron una diferencia significativa ( $p=.001$ ) entre el grupo de intervención y el grupo control, concluyendo que los pacientes participantes de los grupos focales manifestaron un

aumento de la responsabilidad, tras haber recibido la intervención educativa por parte de profesionales de enfermería (Alarcón, Rizo, Cortés, Cadena, Leal y Alonso, 2013).

En cuanto a la **Salud Mental Positiva**, en esta investigación se ha comprobado que el programa de intervención la refuerza a nivel global, con unos valores estadísticamente significativos ( $p < 0.001$ ) y un aumento significativo en todos los factores que conforman el constructo SM+, obteniendo unos valores mejores en dos factores: en el factor F1- "Satisfacción personal" y en el factor F5- "Resolución de problemas y auto-actualización". En relación a la Satisfacción Personal (factor F1), el hecho estar en un grupo con compañeras realizando actividades terapéuticas relajantes y lúdicas resulta satisfactorio y, por tanto, aumenta la satisfacción personal percibida por las participantes. En relación al factor F5, relacionado con la capacidad de análisis, la habilidad en la toma de decisiones, la capacidad para adaptarse a los cambios y la flexibilidad, la actitud de crecimiento y de desarrollo continuo, el programa ayuda a potenciar estas aptitudes consiguiendo el objetivo propuesto para potenciar las capacidades de las personas mediante la salud mental positiva. Sin embargo, el grupo de intervención obtuvo un resultado mejor en este factor al inicio del programa que el grupo de control, y ello podría influir en el resultado final. Este resultado es similar al obtenido en otro estudio donde el factor 1. Satisfacción personal también obtuvo unos resultados elevados, aunque no en el factor 5, donde los resultados fueron inversos (Albacar-Riobóo, 2014).

El programa de intervención se enmarcó en intervenciones psicosociales, realizándose actividades como las técnicas de relajación, la imaginación simple dirigida, la musicoterapia, la educación para la salud y la potenciación de la socialización (Lluch-

Canut, 2000; Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 2014) y en este sentido se han realizado estudios que tienen algunas similitudes con el realizado en esta investigación, utilizando técnicas de relajación (Cea-Ugarte, González-Pinto, Arrillaga y Cabo-González, 2010; Payne, 2009) y la visualización o la imaginación simple dirigida (Payne, 2009).

La mayoría de los programas encontrados suelen realizarse para disminuir los niveles de ansiedad (Burgos-Varo, Ortiz-Fernández, Muñoz-Cobos, Vega-Gutiérrez y Burdallo-Aragón, 2006; Cabello-Lázaro, 2009; Casañas-Sánchez, Armengol-Vallés y Puigdevall-Grau, 2006; Casañas-Sánchez, Raya-Tena, Ibáñez-Pérez y Valls-Colomer, 2009; Ramírez-Sánchez, Espinosa-Calderón, Herrera-Montenegro, Espinosa-Calderón y Ramírez-Moyano, 2014; Sánchez-Pacho, 2009) obteniendo resultados positivos en cuanto a rebajar los niveles de ansiedad. También suelen utilizarse para mitigar el dolor, como por ejemplo un estudio realizado en pacientes postoperados con sondaje vesical, estructurado de forma similar al realizado en nuestra investigación, utilizando la respiración abdominal con respiraciones profundas, la visualización y los ejercicios de relajación, y obteniendo unos resultados de disminución del dolor medido con la Escala Visual Analógica (Peig-Martí et al., 2011).

Tal como hemos descrito anteriormente, otra de las actividades realizadas fue la musicoterapia, actividad que se realiza con bastante frecuencia en los programas de intervención de enfermería. La utilización de la música como terapia no es nuevo (Almansa-Martínez, 2003; Benenzon, 2000; Correa y Blasi, 2009), puesto que se trata de una herramienta potente que ayuda a exteriorizar emociones, mejorar la socialización y la cohesión dentro del grupo (Betes del Toro, 2000; Jauset, 2008). En la literatura consultada se utiliza la musicoterapia para conseguir cambios conductuales y relajación;

en nuestro entorno, una investigación realizada en la Universidad de Barcelona por las Dras. Puig-Llobet y Lluch-Canut (2012), con 131 estudiantes, de los cuales la mayoría eran mujeres (92.4%); obtuvieron unos resultados muy satisfactorios en cuanto a la relajación conseguida con la intervención de musicoterapia, concluyendo que la mayoría de los participantes tenían intención de continuar utilizándola.

En nuestro programa de intervención también se utilizaron mándalas como instrumento de relajación, autoconocimiento y tranquilidad, y aunque no existe evidencia científica suficiente en el uso de mándalas, si existen estudios que las han utilizado. En un estudio realizado en Argentina en el Hospital Universitario Austral, en el departamento de hematología, realizaron un estudio a 74 pacientes incorporando mándalas en los cuidados integrales, junto con otras terapias complementarias, como el reiki, las técnicas de relajación y la meditación; y concluyeron que la adhesión de los pacientes fue elevada manifestando que el método era útil para cubrir las necesidades de ocio y seguridad emocional (De Elcoro, Maldonado y Ramírez, 2013). Otro estudio realizado en Palma de Mallorca, también utilizó mándalas en un taller de ocio para pacientes crónicos que recibían hemodiálisis, y concluyeron que la percepción del tiempo era diferente cuando pintaban las mándalas, pasando este más rápido y consiguiendo una relajación durante el tratamiento (Guenoun-Sanz y Bauça-Capella, 2012).

Una cuestión importante es el resultado obtenido en el grupo de control, en el que se observó una disminución en los valores de las escalas tanto de Salud Mental Positiva como de Agencia de Autocuidado. En este sentido es importante el planteamiento de la necesidad de intervenciones de enfermería en la población con problemas crónicos de salud, con el fin de mantener unos valores óptimos de dichos constructos. El programa de intervención puede servir también de modo preventivo, intervenir mejora y no

intervenir empeora la capacidad de autocuidado de las personas con problemas crónicos de salud.

El profesional de enfermería está preparado para llevar grupos de intervención (Soriano-González, 2012) que ayuden a los pacientes a manejar su proceso de salud y evitar complicaciones derivadas de las patologías crónicas (Álvarez-Prieto et al., 2012). Desde hace años la enfermera está tomando un papel protagonista en el manejo del régimen terapéutico en la patología crónica con consultas propias preparadas para realizar los controles de los pacientes, pero dar un paso más es fundamental, siendo innovadoras en la gestión de una consulta más flexible y variada. Creando e implantado programas de intervención para fortalecer las capacidades personales como parte de la cartera de servicios, en el centro de salud y fuera de él, apoyándose en las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Por otro lado, la utilización de terapias complementarias en las actividades realizadas; están adquiriendo un mayor protagonismo; no están centradas en tratamientos invasivos ni farmacológicos, sino que intentan regular un equilibrio de nuestra energía, de las emociones y aprovechar aquellos aspectos internos de autocuidado que todos tenemos (Carril, 2010; Gutiérrez, Álvarez-Nieto y Alba-Fernández, 2007). Además este tipo de intervenciones son asumibles en cualquier centro de salud, y los materiales son muy asequibles.

En cuanto a los resultados obtenidos en referencia a la utilidad percibida de los ejercicios aprendidos, la mayoría de las participantes realizan las actividades aprendidas, además el 100% respondió que consideraban útil el aprendizaje realizado con el objetivo de mejorar su salud, y una mayoría consideró que ha aprendido bien las técnicas realizadas. En cuanto al grado de satisfacción con el programa de intervención psicosocial realizado, en una escala de valores del 0 al 10; entendiendo la satisfacción

como “un estado emocional positivo del cliente ante un servicio o producto después de haberlo experimentado” según indica Vavra (2002), siendo el 10 el máximo de satisfacción percibida, se obtuvo un valor de 10 en el 90.9 % de las participantes y un valor 9 en el 9.1% restante. Además las participantes contestaron de forma unánime que se habían sentido bien en el grupo, que volverían a repetir la experiencia y que la recomendarían a algún familiar o amigos. En cuanto a las mejoras propuestas por parte de las participantes con el objeto de recogerlas y añadirlas a nuevas sesiones del programa en un futuro, se obtuvo de forma unánime aumentar la duración del programa de intervenciones psicosociales de enfermería, siendo lógico dicho resultado si recogemos el nivel de satisfacción comentado anteriormente.

Los resultados obtenidos son muy satisfactorios. Sin embargo, hay que ser prudente y esperar nuevos resultados con otras muestras más amplias, que profundicen en otras variables y en distintos entornos para poder ofrecer resultados más robustos.



Capítulo 6  
Limitaciones del estudio y  
líneas de investigación  
futuras



---

Recomendación nº6:

*“No tener miedo de llorar y sentir”*  
*Decálogo de Salud Mental Positiva. Lluch MT (2011)*

---

## 6. Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras

### 6.1. Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones de esta investigación es que se ha llevado a cabo en una zona concreta de Cataluña, en el área metropolitana de Barcelona, en la ciudad en Santa Coloma de Gramenet, en un centro de atención primaria, y no es representativo de la población catalana o de otras provincias de España.

Otra limitación importante es el tamaño de la muestra  $n=259$  en la fase I, que aunque es aceptable para un estudio de investigación como el presentado es necesario realizar estudios con muestras más amplias. Especialmente interesante serán los grupos con patologías en las que no se han podido explorar correlaciones por falta de muestra como por ejemplo en: insuficiencia cardíaca y asma; aquellas en las que se ha perfilado una tendencia pero no ha llegado a ser significativa (como la Obesidad o el Alzheimer) y aquellas patologías como la hipertensión, en las que se han obtenido relaciones significativas aunque son necesarias muestras más amplias para generalizar resultados y extraer conclusiones.

Por otro lado aunque todos los sujetos estudiados tenían al menos algún problema crónico de salud física, será necesario estudiar muestras de sujetos que no tengan ningún problema de salud para comprobar si se obtienen resultados similares.

En la segunda fase del estudio, una limitación importante es en referencia a la composición de los grupos, éstos se compusieron de mujeres, que participaron voluntariamente, no participó ningún hombre en el programa de intervención por lo que se considera necesario realizar estudios en los cuales haya participación masculina, para evitar un sesgo de selección. Asimismo, el hecho de que la participación fuera voluntaria es un elemento a considerar porque se puede pensar que son personas más motivadas para el cambio.

En cuanto a la muestra,  $n=22$  en el grupo de intervención y  $n=22$  en el grupo de control, ya que el tamaño de la muestra es pequeño, serían necesarios más estudios y con una muestra mayor para que los resultados sean más robustos.

Otra limitación es el hecho de no continuar la evaluación a medio y largo plazo para comprobar si los cambios experimentados entre la evaluación previa y después de la intervención en el grupo se habían mantenido.

## 6.2. Líneas de investigación futuras

Se plantea una **primera línea de investigación** en la realización de estudios con muestras de características similares a la planteada en otros centros de salud o en entornos comparables.

El estudio ha realizado un trabajo con pacientes crónicos sin agrupar en un inicio sino que eran reclutados con el sistema aleatorio accidental y la muestra que se recogió no obtenía el mismo número de pacientes por patología, **una segunda línea de investigación** en este sentido sería estudiar la cronicidad y su relación con la capacidad o agencia de autocuidado y la salud mental positiva. Esta línea de investigación se

presenta muy productiva ya que se podrían realizar estudios como investigar la relación entre la agencia de autocuidado y el nivel de salud mental positiva y el avance de la enfermedad crónica; también comparar entre grupos de pacientes crónicos de diferentes patologías o averiguar la relación entre el número de patologías y la capacidad de autocuidado y el nivel de salud mental positiva.

Otra **tercera línea de investigación** sería estudiar la creación una consulta de enfermería en atención primaria que abordara intervenciones para aumentar la agencia de autocuidado de los pacientes, adoptando hábitos saludables e innovando el modelo de atención al paciente crónico en consulta de atención primaria, trabajando desde un enfoque multidisciplinar, con el objetivo de la promoción del autocuidado, potenciando la agencia de autocuidado y la salud mental positiva.

Una **cuarta línea de investigación** sería explorar la relación existente entre la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en otras muestras y entornos. Se considera que una persona que se cuida se encuentra mejor mentalmente y su estado de ánimo es positivo y una persona positiva se cuida más, se establece una bidireccional entre ambos conceptos que sería interesante profundizar.

Una **quinta línea de investigación** podría ser la aplicación del programa de intervención psicosocial de enfermería, no solamente en grupos de pacientes crónicos sino en grupos diferentes, y en otros entornos.

Una **sexta línea de investigación** sería realizar un programa educativo a modo de asignatura con contenidos de autocuidado y salud mental positiva para educar en los colegios y establecer hábitos saludables desde la infancia, con el objeto de promocionar la salud.

Esta línea también puede ser muy productiva trabajando en ella con las Técnicas de Información y Comunicación (TIC) planteado proyectos on-line o con aplicaciones para móviles.

# Capítulo 7

## Conclusiones



---

Recomendación nº7:

“Buscar espacios y actividades para relajarnos  
mentalmente”

Decálogo de Salud Mental Positiva. Lluch MT (2011)

---

## 7. Conclusiones

1. El perfil mayoritario obtenido en esta investigación es el de una mujer de 66-75 años, casada, con dos hijos, con un nivel primario de formación, ama de casa, jubilada y nacida en una comunidad autónoma diferente a la que residen actualmente (Cataluña), con patologías crónicas de hipertensión arterial e hipercolesterolemia, que consume analgesia ocasionalmente y no está polimedicada. (Objetivo 1).
2. Los instrumentos utilizados (Escala de Agencia de Autocuidados ASA y Cuestionario de Salud Mental Positiva-CSM+) han mostrado buenos niveles de fiabilidad, a nivel de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach de 0,73 y 0.91 respectivamente). (Objetivo 2).
3. La mayoría de sujetos estudiados presentaron niveles medios de Salud Mental Positiva tanto de forma global como por factores. Por variables estudiadas, los porcentajes más altos de niveles medios de Salud Mental Positiva se dan en edades de 56-65 años, casi por igual en hombres que en mujeres, en divorciados, con nivel de estudios primarios, de profesión ama de casa, en situación laboral jubilada, con 4 hijos, que no consume analgésicos o lo hace ocasionalmente y con bajo consumo de medicación. (Objetivo 3).

4. La Salud Mental Positiva global correlacionó significativamente con la edad (a más edad menos SM+), con la polimedicación (a mayor consumo de medicación menos SM+) y con el consumo diario de medicación. Por factores, se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas y los siguientes factores de SM+:

El factor F1- Satisfacción Personal correlacionó significativamente con el sexo (los hombres mayor satisfacción personal que las mujeres) y con la frecuencia del número de analgésicos (mayor satisfacción personal en los sujetos que sólo consumen analgésicos ocasionalmente)

El factor F2-Actitud Prosocial con el sexo (las mujeres más sensibilidad social que los hombres).

El factor F4-Autonomía con el sexo (mayor en los hombres), con padecer hipertensión (mayor en los sujetos que no padecían la enfermedad), con polimedicación (mayor autonomía en los sujetos poco medicados).

El factor F5- Resolución de Problemas y Autoactualización con edad (cuanto mayor es la edad menor es la capacidad de resolver problemas y de autoactualizarse), con el nivel de estudios (cuanto más elevado es el nivel de estudios mayor es la capacidad de resolver problemas y de autoactualizarse), polimedicación (si no hay polimedicación es mayor la capacidad en este factor) y con el número de patologías (a mayor número de patologías menor capacidad de resolución de problemas y autoactualización).

El factor F6- Habilidades de Relación Interpersonal con sexo (menor en los hombres). (Objetivo 4).

5. La mayoría de sujetos estudiados presentaron niveles medios de Agencia de Autocuidado (ASA fue moderado (medio-alto). (Objetivo 5).
6. El grupo más vulnerable en cuanto al autocuidado son las personas mayores de 75 años, mujeres, sin estudios. Asimismo, los pacientes con problemas crónicos de salud de Hipertensión Arterial (HTA) y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) tienen menor capacidad de autocuidado. También los pacientes polimedicados tienen un mayor déficit en la realización de actividades de autocuidado. Esta conclusión es importante porque significa que un bajo nivel de autocuidado afecta en el control de la enfermedad y en el consumo farmacéutico. (Objetivo 6).
7. Los constructos Agencia de Autocuidado y Salud Mental Positiva correlacionaron de forma moderada y bidireccional; a mayor nivel de salud mental positiva mayor capacidad de autocuidado y a mayor capacidad de autocuidado mayor nivel de salud mental positiva. (Objetivo 7).
8. El Programa de Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPsE) fue efectivo. Los pacientes con problemas crónicos de salud física que recibieron el programa de intervención PIPsE incrementaron la capacidad para actuar como agentes de autocuidado y la salud mental positiva en tanto que los pacientes que no recibieron el programa (grupo control) disminuyó tanto la capacidad de autocuidado como la salud mental positiva. Estos resultados apoyan la efectividad del programa PIPsE y refuerzan la necesidad de intervenir ya que la no intervención genera empeoramiento. (Objetivo 8).
9. Los sujetos que participaron en el Programa de Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPsE) valoraron muy favorablemente la utilidad del aprendizaje

adquirido con el programa, expresaron un nivel muy elevado de satisfacción con todas las intervenciones recibidas, apoyando la idea de incluir de forma más habitual este programa en la asistencia. (Objetivo 9).

# Capítulo 8

## Bibliografía



---

Recomendación nº8:

“Intentar ir resolviendo los problemas que nos vayan surgiendo “

Decálogo de Salud Mental Positiva. Lluch MT (2011)

---

## 8. Bibliografía

### 8.1. Bibliografía

Abellán, A., Vilches, J. y Pujol, R. (2014). Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red* nº6 [Fecha de consulta: 27 Marzo 2014]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/estadisticas/indicadores/indicadoresgenerales/indicadoresbasicos/2014/enredindicadoresbasicos14.pdf>.

Achterberg, T., Lorensen, M., Evers, G., Levin, E. y Phillipsen, H. (1991). The Norwegian, Danish and Dutch Version of the Appraisal of Self-Care Agency Scale, comparing reliability aspects. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 5 101-108.

Achury, DM., Sepúlveda, GJ. y Rodríguez, SM. (2009). Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*-Vol.11 nº 2. 11(2): 9-25, Julio-Diciembre.

Alarcón, N., Rizo; M., Cortés, E., Cadena, F., Leal, H y Alonso, MM. (2013). Intervención educativa: implementación de la agencia de autocuidado y adherencia terapéutica desde la perspectiva del paciente diabético. *Revista de Enfermería UERJ*, 21(3) pp. 289-94.

Albacar-Riobóo, N. (2014). *Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de persones amb esquizofrenia: Valoració dels requisits d'autocura i de la salut mental positiva*. (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Almansa-Martínez, P. (2003). La terapia musical como intervención enfermera. *Enfermería Global* nº 2 pp.1-8. [Fecha de consulta: 29 Diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/>

Álvarez-Prieto, JL. et al., (2012). *Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia ante las personas con problemas*

- crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad.* [Fecha de consulta: 15 Junio 2015] Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/las\_enfermeras\_comunitarias\_ante\_las\_necesidades\_de\_las\_personas\_en\_el\_siglo\_xxi.pdf.
- Amar, J., Palacio, J., Llinas, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, AM. y Velásquez, B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Tolúviejo. *Suma Psicológica*, 15(2): 385-403.
- Anicama, J., Caballero, G., Cirilo, I., Aguirre, M., Briceño, R., y Tomás, (2012). Autoeficacia y salud mental positiva en estudiantes de psicología de Lima. *Revista de Psicología*, 14 (2); 144-163.
- Antón-Nardiz, MV. (1989). *Enfermería y atención primaria de salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de comunidad.* Madrid, España: Ed. Díaz de Santos.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science y Medicine*, 37 969-81.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1):11-18.
- Arreondo-Holguín, E. (2010). Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidados en adultos con insuficiencia cardíaca. *Avances de Enfermería*, Vol. XXVIII (1): 21-30 Enero-Junio 2010.
- Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp). [Fecha de consulta: 25 Junio 2014]. Disponible en: <http://www.anefp.org>
- Barradas Alarcón, ME., Sánchez-Barradas JM., Guzmán-Ibáñez, ML. y Balderrama-Trapaga JA (2011). Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana. *Revista Iberoamericana para la investigación y el Desarrollo Educativo*. Vol.1 núm. 2. Enero-Junio.
- Barry, MM. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3):4-17.doi:10.1080/14623730.2009.9721788
- Barry, PD. (1984). *Psychosocial nursing. Assessment and intervention.* Philadelphia: Lippincott.

- Barry, PD. (1996). *Psychosocial nursing. Care of physically ill patients and their families* (3<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Basagoiti, I. (2014). *Alfabetización en salud, de la información a la acción*. Salupedia. Itaca. [Fecha de consulta: 21 Junio 2014]. Disponible en: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>
- Bastidas-Sánchez, CV. (2007). Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. *Avances de Enfermería XXV* (2): 65-75.
- Benavides-Parra, JA. (2013). *Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado de adultos con síndrome coronario agudo hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, 2012*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Benenzon, R. (2000). *Musicoterapia de la teoría a la práctica*. Nueva edición ampliada. Paidós. Psicología Psiquiatría Psicoterapia.
- Bernalte, A. y Miret, MT. (2005). *Manual de Enfermería Comunitaria*. Ciencias de la Salud. Libros en red. [Fecha de consulta: el 12 Febrero 2012]. Disponible en: <http://www.librosenred.com/libros/manualdeenfermeriacomunitaria.html>
- Bernard, J (1994). *A Psychoanalyst's search for self-understanding*. Vail-Ballou press. Binghamon, New York.
- Besora-Torredelot, I., Bohigas-Santassusagna, A., Bonafont-Castillo, A. et al.(1998). *Qualitat de vida: l'aportació de la infermera al procés d'atenció a la salut. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya*. Barcelona.
- Betes de Toro, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: Ediciones Morata.
- Bradburn, NM. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brady, PF. (2000). La relación terapéutica. En B.S. Johnson (ed.), *Enfermería de salud mental y psiquiátrica* (Tomo I, 4<sup>a</sup> ed., pp. 49-58). Madrid: McGraw-Hill /Interamericana de España. (Original de 1997).

- Bravo de la Ossa, A. (2006). *Salud mental positiva en menores trabajadores desde el modelo de Jahoda*. (Tesis de Maestría). Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.
- Brim, OG., Ryff, CD. y Kessler, RC. (2004). *How healthy are we? A national study of well-being at midlife*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Broncano, M., González, M., Lluch, MT., Cerdán M(2013). *Características de salud mental positiva en personas con trastorno mental*. Comunicación presentada en XXX Congreso Nacional de Enfermería Mental, Sevilla.
- Bruguera, M (2007). Las terapias alternativas. En J. Rodés, JM. Piqué y A. Trilla (Eds.) *Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la fundación BBVA*. (pp 685-693). Bilbao. España.
- Bulechek, GM., Butcher, HK. y McCloskey-Dochterman, J. (2008). *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)*. (5<sup>a</sup> Edición). Barcelona: Ed. Elsevier Mosby.
- Bulechek, GM., Butcher, HK., Dochterman, J. y Wagner, CM. (2014). *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)*. (6<sup>a</sup> Edición). Barcelona: Ed. Elsevier.
- Burgos-Varo, Ortiz-Fernández, Muñoz-Cobos, Vega-Gutiérrez y Bordallo-Aragón (2006). Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria. *Técnicas de relajación y cognitivo conductuales*, 5,205-210.
- Cabello Lázaro, R., Brugada Mir, M., Aparicio Valero, C., Mas MD y Vila Doménech J. (2007). Experimentar la relajación: una técnica para disminuir la ansiedad. *Rol*. 2007; 25 (2): 38-40.
- Cadenas-Lagunes CL., y Flores-Gutiérrez, Y. (2010). *Capacidades de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2*. (Tesis de Maestría) Universidad Veracruzana. Veracruz, México.
- Calvo-Martínez, JL. (2005). *Ética a Nicómaco*. Aristóteles. Madrid: Alianza Editorial.
- Campo-Arias, A. y Oviedo, HC. (2008). *Propiedades Psicométricas de una Escala: La Consistencia interna*. 10(5): 831-839.
- Campo-Osaba, MA., Llor-Vilà, J LL., Alsinella-Solsona, S.,Torras-Conangla, A. y Rodríguez-Molinet, P. (2011). *Catàleg d'actuacions no farmacològiques en Salut Mental a l'atenció primària*. Barcelona: Edita Generalitat de Catalunya. [ Fecha de consulta: 22 Agosto 2012]. Disponible en: [http://www. Gencat.cat/ics](http://www.Gencat.cat/ics).
- Canadian Institute for Health Information. (2009). *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*. Ottawa.

- Canadian Institute for Health Information. (2011). *Recognizing and Exploring Positive Mental Health—Policy Dialogue: Synthesis and Analysis*. Ottawa.
- Cano-García, FJ., Rodríguez-Franco, L., García-Martínez, J. y Antuña-Bellerin, MA. (2005). *Introducción a la Psicología de la Personalidad Aplicada a las Ciencias de la Educación*. Sevilla: Editorial Mad SL.
- Caputo, J. y Simon, RW. (2013). Physical limitation and emotional well-being: gender and marital status variations. *SAGE. American Sociological Association*. Doi: 10.1177/0022146513484766
- Carril, J. (2010). *desESTRESate: técnicas imprescindibles para mejorar tu calidad de vida*. España: Editorial Alienta.
- Carrillo, AJ. y Díaz, FJ. (2013). Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá. *Enfermería global*, N° 30 Abril; 54-64.
- Carrillo, AJ. y Mesa, L. (2013). Parámetros de la escala ASA-A para medir la capacidad de agencia de autocuidado: estudio documental. Parainfo digital. *Monográficos de investigación en salud*. ISSN: 1988-3439-AÑO VII-N.19-2013.
- Casañas-Sánchez R, Raya-Tena A, Ibáñez-Pérez L, Valls-Colomer MM. (2009). "Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona". *Atención Primaria*, 41(4) Abril. Doi:10.1016/j.aprim.2008.09.028
- Casañas-Sánchez, R., Armengol-Vallés, J. y Puigdevall-Grau, E. (2006). Guía per a la infermera: Sessions grupals psicoeducatives en el trastorn d'ansietat a l'atenció primària. *Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut, Àmbit d'Atenció primària de Barcelona Ciutat*.
- Castillo-Laguna, MAB. y Velázquez A. (2014). La salud mental en estudiantes de psicología: un estudio descriptivo. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*. 5 (1) pp 59-69. [Fecha de consulta: 12 Enero 2015]. Disponible en: <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/viewFile/132/138>.
- Cea-Ugarte, JI., González-Pinto Arrillaga, A. y Cabo-González, O. (2010). Respiración controlada para reducir el estrés. Estudio preliminar de su eficacia sobre el cortisol. *Revista Rol*. Volumen 33, n° 5. Mayo 2010, pp 48-54.
- Cely, MI., Espinosa, XV. y Mateus, JA. (2008). *Capacidad de Agencia de Autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA en una fundación de Bogotá, en el periodo comprendido entre Agosto a Noviembre de 2007*. (Tesis de Grado). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad Enfermería de Bogotá. Colombia.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. (2<sup>a</sup> Ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collière, MF. (1993). *Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería*. Madrid: Ed. McGraw-hill/Interamericana.
- Contel-Segura, JC., Gené-Badia, J. y Peya-Gascons, M. (1999). *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Contreras-Orozco, A., Contreras-Machado, A., Hernández-Bohórquez, C., Castro-Balmaceda, MT. y Navarro-Palmet, L. (2013). Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. *Investigaciones Andinas*. N°26 Vol. 15-108p.
- Corrales, D. et al., (2000). El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Atención Primaria* 2000; 25 (4):214-219. Doi:10.1016/S0212-6567(00)78489-7
- Correa I, Blasi DG (2009). Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. *Universidad de Antioquía. Investigación y Educación de Enfermería* Vol. XXVII, N°1.
- Correa-Tello, KJ. (2014). *Efectos de una intervención educativa en la Capacidad de Agencia de Autocuidado y Resultado de Adherencia en el paciente con stent coronario*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.
- Costa-Cabanillas, M. y López-Méndez, E. (2008). *Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cowen, EL. y Kilmer, RP. (2002). Positive psychology: some plusses and some issues. *J Community Psychol*, 30(4): 449-460.
- Crespo, J., Gavira, C. y O'Ferrall, C. (2000). La relación interpersonal. Relaciones del enfermo con el paciente, la familia y el equipo terapéutico. Función y estatus del diplomado en enfermería. En J. Bobes, M. Bousoño, Sáiz, P.A. y González, M.P. (edits.), *Enfermería psiquiátrica* (pp. 99-108). Barcelona: Doyma.
- Cronbach, LJ. (1990). *Essentials of psychological testing*. Nueva York: Harper Row.
- Cronbach, LJ. y Meehl, PE. (1955). *Construct validity in psychological tests*. *Psychol Bull* 1955, 52:281-302.

- Damásio, BF. y Koller, SH. (2013). *The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context*. *Saúde Pública* 29 (10) <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00165312>
- De Elcoro M, Maldonado M y Ramírez J (2013). *Hematología: Volumen 17 Número Extraordinario XXI Congreso*. Comunicación oral. OA016. [Fecha de consulta: 17 Julio 2014]. Disponible en: <http://www.sah.org.ar/revista/numeros/vol17.n.extra.137.155.pdf>
- De Raeve, L. (2002). The modification of emotional responses: a problem for trust in nurse-patient relationships? *Nursing Ethics*, 9(5), 465-471.
- Decramer, M., Gosselink, R., Troosters, T., Verschueren, M. y Evers, G. (1997). *Muscle weakness is related to utilization of health care resources in COPD patients*. Belgium: *European Respiratory Journal*. ISSN 0903-1936, 10:417-423. Doi:10.1183/09031936.97.10020417
- Decreto 31/2007, de 30 de enero, por el que se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales. DOGC 4812 [Fecha de consulta: 7 Noviembre 2011]. Disponible en: [http://www.gencat.cat/diari\\_c/4812/07025003.htm](http://www.gencat.cat/diari_c/4812/07025003.htm)
- Delgado-Linares, I. (2014) *Atención y apoyo psicosocial*. Ediciones Parainfo.Madrid.
- Denyes, MJ. (1998). Modelo de Orem utilizado para la promoción de la salud: direcciones de investigación. *Advances Nursing Science* (Octubre 1998) 13-21.
- Diccionario Panhispánico de Dudas. [Fecha de consulta: 12 Abril 2014]. Disponible en: [www.rae.es/recursos/diccionarios/dpd](http://www.rae.es/recursos/diccionarios/dpd)
- Duncan, CB. (1966). A reputation test of personality integration. *J Pers Soc Psychol*, 3(5):516-524. Educare 21. [Fecha de consulta: 7 Noviembre 2011]. Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare02/aprendiendo/aprendiendo2.htm> en [www.enfermeríaysaludmental.com](http://www.enfermeríaysaludmental.com)
- Ferragut, G. y Cirera, L. (2010). El valor económico del autocuidado de la salud en España. Actualización del estudio "The economic and public health value of self-medication" AESGP (2004) para el caso español. ANEFP.
- Encuesta Nacional de Pacientes Crónicos (2014). Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). [Fecha de consulta: 15 Noviembre 2014]. Disponible en: <http://static.shmedical.es/documentos/publicaciones/2014/encuesta-nacional-pacientes-cronicos.pdf>

- Espinoza-Miranda, K. y Jofre-Aravena, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería*. 2012; 18:23-30.
- Espítia-Cruz, LC. (2011). *Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario La Samaritana*. (Tesis de Maestría). Universidad de Bogotá. Colombia.
- Estudio ALADINO 2013: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2013. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014. [Fecha de consulta: 5 Octubre 2014]. Disponible en: [http://www.observatorio.naos.aesan.mssi.gob.es/docs/docs/documentos/Estudio\\_ALADINO\\_2013.pdf](http://www.observatorio.naos.aesan.mssi.gob.es/docs/docs/documentos/Estudio_ALADINO_2013.pdf)
- Estudio [di@bet.es](http://www.di@bet.es). [Fecha de consulta: 21 Junio 2013]. Disponible en: [http://www.ciberdem.org/estudio\\_diabetes.php](http://www.ciberdem.org/estudio_diabetes.php)
- European Commission. "Mental Well-being. Special Eurobarometer 248 Wave 64.4. Brussels: European Commission, 2006. Health Special Eurobarometer 345/Wave 73.2. Brussels: European Commission. 2010. [Fecha de consulta: 12 Noviembre 2011]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/public\\_opinions/archives/ebs-248\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinions/archives/ebs-248_en.pdf).
- European Commission. (2003). *Eurobarometer 58.2. The mental health status of the European population*. Brussels: European Commission.
- European Commission. (2005). *Health Consumer Protection. Directorate-General. Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels.
- European Commission. (2006). *Mental Well-being. Special Eurobarometer 248 / Wave 64.4*. Brussels: European Commission.
- European Commission. (2010). *Mental Health. Special Eurobarometer 345 / Wave 73.2*. Brussels: European Commission.
- Evers GC, Isenberg MA, 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; 1986. p.130.

- Evers GC, Isenberg MA, 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 Nurse Studies* 30 (4): 331-42.
- Evers GC. (1989). *Appraisal of Self-care Agency: ASA-scale*. Assen: Van Corcum.
- Evers, G., Isenberg, MA. y Philipsen, H. (1993). Validity testing of the Dutch translation of the Appraisal of the self-care agency ASA-scale. *International Journal Nurse Studies* Vol 30, August N<sup>o</sup>4, pp.331-342.
- Fernández, A. y Manrique-Abril, FG. (2009). Agencia de autocuidado. *Salud, Historia, Sanidad. Revista on-line*; 4(1): Enero-Abril. [Fecha de consulta: 15 Mayo 2011]. Disponible en: <http://www.revistas.uptc.edu.co>
- Fernández, A. y Manrique-Abril, FG. (2010). Efecto de la intervención educativa en la Agencia de Autocuidado del Adulto Mayor hipertenso de Boyacá. *Ciencia y Enfermería XVI*, (2), 83-97.
- Fernández, A. y Manrique-Abril, FG. (2011). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Avances de Enfermería XXI* (1):30-41.
- Fernández, A. y Manrique-Abril, FG. (2012). Modificación de la Agencia de Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial en Tunja. *Salud, Historia, Sanidad on-line*; 7(1): Enero-Junio. [Fecha de consulta: 21 Enero 2013]. Disponible en: <http://www.revistas.uptc.edu.co>
- Fernández-Cervilla AB., Piris-Dorado AI., Cabrer-Vives M., Barquero-González, A. (2013). Situación actual de las Terapias Complementarias en España en el Grado de Enfermería. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. Mayo –Junio, 21(3) 1-8
- Figuerola, M. et al., (2011). *Model d'Atenció Integrada al Pacient Crònic. Generalitat de Catalunya, Institut Català de la Salut*.
- Fok, Alexander, Wong, McFayden (2002). Contextualixing the Appraisal of Self-Care Agency Scale in Hong-Kong. *Contemporary Nurse*. Apr, 12(2).124-34.
- Gallego-Pérez, C. y González-Mestre, A. (2014). *Model d'Atenció no presencial (2013-2016)*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- 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*. 1998; 6(9): 260-266.

- García, C. y Martínez-Martin, ML. (2007). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Ediciones Eslvier.
- García, M., García, G., Arreguín, L. y Landeros, E. (2011). *Capacidades de autocuidado y percepción de salud en mujeres con y sin preeclampsia*. Revista Cultura del Cuidado. Volumen 8, N<sup>o</sup>2 diciembre 2011.
- Gast, H., Denyes MJ., Campbell JC., Hartweg DL. y Schott-Baer D. (1989). *Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations*. Adv. Nurs Sci, 12 (1): 26-38.
- Gavilán-Moral, E. y Villafaina-Barroso, A. (2011). Polimedicación y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. [Fecha de consulta: 23 Mayo 2012]. Disponible en: <http://www.polimedicado.com/noticia.php?id=9>
- Gelazis, R.S. y Coombe-Moore, J. (1993). Developing a therapeutic relationship. En RP. Rawlins, SR. Williams y CK. Beck, (edits.), *Mental Health-Psychiatric Nursing. A holistic-life cycle approach* (3rd. ed., pp. 109-133). St. Louis, Missouri: Mosby Year Book.
- Generalitat de Catalunya. (2009). *Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària: elements estratègics i operatius*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. [Fecha de consulta: 25 Noviembre 2011]. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/model\\_assistencial/ordenacio\\_cartera\\_i\\_serveis\\_sanitaris/pla\\_dinnovacio\\_datencio\\_primaria\\_i\\_salut\\_comunitaria/que\\_es/documents/piapisc11febrer2010.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_dinnovacio_datencio_primaria_i_salut_comunitaria/que_es/documents/piapisc11febrer2010.pdf).
- Generalitat de Catalunya. (2010). *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. [Fecha de consulta: 25 Noviembre 2011]. Disponible en: [http://www.govern.cat/pres\\_gov/AppJava/govern/notespremsa/274085/integral-datencio-persones-trastorn-mental-addiccions-prioritzacio-dactuacions-2014-2016.html](http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notespremsa/274085/integral-datencio-persones-trastorn-mental-addiccions-prioritzacio-dactuacions-2014-2016.html)
- George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. Boston: 11.0 update (4th ed.) Allyn & Bacon.
- Gervás, J., Pérez-Fernández, M., Palomo-Cobos, L. y Pastor-Sánchez, R. (2005). *Veinte años de Reforma de la Atención Primaria. Valoración para un aprendizaje por acierto/error*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo, 2005. [Fecha de consulta: 22 Septiembre 2012]. Disponible en: [www.msc.es](http://www.msc.es).
- Gliem, JA., Gliem, RR. (2003). Continuing, and Community Education Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-

- Type Scales. *Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*. pp. 82-88.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monograph. London: Oxford University Press; 1972.
- Goldman, L. y Schafer Al., (2013). *Goldman's Cecil Medicine*. Barcelona: Editorial Esclvier.
- González-Sepúlveda, PC., Gómez-Arias, JM., Caicedo-Buitrago, LM., Piernagorda-Gutiérrez, D., Medina-Pérez, OA. (2014). Salud mental positiva en jóvenes escolarizados del municipio de Calarcá (Colombia). *Revista Cultura del Cuidado*, Vol.10 (2), pp. 49-57.
- González-Zuñiga, LE. (2012). *Salud mental y salud mental positiva en estudiantes universitarios de la escuela de ciencias políticas*. Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela. (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid.
- Gorman, L.M., Raines, M.L. y Sultan, D.F. (2002). *Psychosocial nursing for general patient care* (2<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Grup de Teràpies Complementàries del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Instruments complementaris de les cures d'infermeria. Document Marc. Barcelona, 2004.
- Grup de treball del Protocol d'intervenció grupal psicoeducativa per a pacients amb depressió lleu/moderada a l'atenció primària.PI07/90712.
- Guallar-Castillón P., Gil-Montero M., León-Muñoz LM., Graciani A., Bayán-Bravo A., Taboada JM., Banegas JR. y Rodríguez-Artalejo F. (2012) Magnitud y manejo de la hipercolesterolemia en la población adulta de España, 2008-2010, el estudio ENRICA. *Revista Española de Cardiología* Vol. 65 núm. 6. Doi10.1016/j.recesp.2012.02.005
- Guenoun-Sanz M, Bauça-Capella MA (2012) ¿Cómo influye en los pacientes crónicos de hemodiálisis la organización de actividades de ocio durante sus sesiones? *Enfermería Nefrológica*. Vol. 15 nº1 Madrid Enero-Marzo.doi.org/10.4321/S2254-28842012000100008.
- Guerrero-Caicedo, S. (2012). *Efectos de un programa de resiliencia en los niveles de salud mental positiva de estudiantes de grado sexto de la Institución Educativa Municipal Nuestra Señora de Guadalupe del corregimiento de Catambuco-Nariño*. (Tesis de Maestría). Universidad de Nariño. Colombia.
- Guirao-Goris, JA. (2003). La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. *E-ducare21 aprendiendo a cuidar*. 2003; 2. [Fecha de consulta: 12

- Marzo 2012]. Disponible en:  
<http://enfermeria21.com/educare/educare02/aprendiendo/aprendiendo2.htm>
- Hainard, F. y Verschuur, C. (2006). *Femmes et politiques urbaines. Ruses, luttes et strategies*. Madrid: Unesco. Ediciones Narcea.
- Haller, M. y Hadler, M. (2006). *How social relations and structures can produce happiness and unhappiness. A international comparative analysis*. Social Indications Research, 75: 169–216.
- Hedlund, NL. y Jeffrey, FB. (1993). Therapeutic communication. En RP. Rawlins, SR. Williams y CK. Beck, (edits.), *Mental Health-Psychiatric Nursing. A holistic-life ciclye approach* (3rd. ed., pp. 87-108). St. Louis, Missouri: Mosby Year Book.
- Held, B. (2002). The tyranny of the positive attitude in América: Observation and speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9)965-991.
- Herman, H., Saxena, S. y Moodie, R. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundaton and The University of Melbourne*. Geneva: WHO, 2005.
- Herrera, E., Berrocal, N. y Tordecilla, C. (2011). Agencia de Autocuidado en personas inscritas en un programa de control de la diabetes. Montería, *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*, ISSN 1794-5232/Edición especial.
- Herrera-Lían, A. et al., (2012). Personas con Diabetes Mellitus tipo II y su capacidad de autocuidado. Cartagena, Colombia: *Avances de enfermería XXX* (2); 39-46.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista interuniversitaria de Formación del Profesorado* 66 (23.3) 23-41.
- Hoffman, E. (2009). *Abraham Maslow: Viday enseñanzas del creador de la psicología humanista*. Barcelona: Editorial Kairós S.A.
- Informe Lannoye para el parlamento europeo. (1997). [Fecha de consulta: 3 Abril 2011]. Disponible en:  
[http://www.europarl.europa.eu/meps/es/1292/PAUL+A.A.J.G.\\_LANNOYE\\_home.html](http://www.europarl.europa.eu/meps/es/1292/PAUL+A.A.J.G._LANNOYE_home.html)
- Instituto nacional de Estadística. INE. (2014). [Fecha de consulta: 3 Mayo 2014]. Disponible en: [www.ine.es/](http://www.ine.es/)

- Isenberg, A. (2001). Teoría de Enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de la enfermería y la práctica profesional. *En Parker M. Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F. A. Davis co; 2001, p 125.
- Jahoda, M. (1958). *Current, concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Jahoda, M. (1987). *Empleo y desempleo: un análisis socio-psicológico*. Madrid: Ediciones Morata.
- Jaik-Dipp, A., Villanueva-Gutiérrez R. y Tena-Flores JA. (2011). *Burnout y salud mental positiva en docentes de posgrado*. XI Congreso Nacional de Investigación Educativa. México.
- Jamieson, E. (2008). *Procedimientos de Enfermería Clínica*. Barcelona: Ed. Eselvier-España S.L. 5<sup>a</sup> edición.
- Jané-Llopis, E. (2007). Mental health promotion: concepts and strategies for reaching the population. *Health Promotion Journal Australian*, 18:191-197.
- Janosik, E.H. y Davies, J.L. (1996). *Mental health and psychiatric nursing (2nd.ed.)*. New York: Little, Brown and Company.
- Jauset, J. (2008). *Música y neurociencia: la musicoterapia*. Ciudad: Editorial UOC Universidad Oberta de Catalunya.
- Jefatura del Estado (2003). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, artículo 21. BOE núm 280, de 22 de Noviembre de 2003. Recuperado el día 10/12/2011 en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
- Jhonson, BS. (2000). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental*. Madrid: Ed. Interamericana Mc Graw-Hill.
- Johnson, R.W. y Frisch, N.C. (1998). Tools of psychiatric mental health nursing: communication, nursing process, and the nurse-client relationship. En NC. Frisch y LE. Frisch (edits.), *Psychiatric mental health nursing* (pp. 89-104). New York: Delmar Publisers.
- Kaplan, R. y Saccuzzo, D. (1982). *Psychological Testing: Principles, Applications and Issues*. [Fecha de consulta: 19 Febrero 2013]. Disponible en: [http://www:cengage.com/higjered](http://www.cengage.com/higjered)

- Keller, B. y Mbewe DC. (1991). Policy and Planning for the Empowement of Zambia's Women Farmers. *Canadian Journal of Development Studies XII* (1):75-78
- Keyes, C., Dhingra, S. y Simoes, E. (2010). Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness. *Am J Public Health*, 100(12):2366-2371.
- Keyes, CLM. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3):539-548.
- Korte, J., Bohlmeijer, ET. y Smit, F. (2009). *Prevention of depression and anxiety in later life: design of a randomized controlled trial for the clinical and economic evaluation of a life-review intervention*. *BMC Public Health* 2009, 9:250.
- Kovess-Masfety, V, Murray, M. y Gureje, O. (2005). *Evolution of our understanding of positive mental health*. En: Herman H, Saxena S, Moodie (eds.) Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice, Geneva: WHO, 2005:35-46.
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K. y Wilkinson, JM. (1999). *Fundamentos de enfermería*.
- Lahey, BB. (2009). *Public health significance of neuroticism*. *Am Psychol*, 64:241–256. [Fecha de consulta: 20 Julio 2012]. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/index.doi.org/10.1037/a0015309>
- Lamata, F. (1998). *Manual de administración y gestión sanitaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Landeros, E. (2003). *Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad*. (Tesis maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Landeros-Olvera, E. y Gallegos-Cabriales, E. (2005). Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2005; 13(1-2):20-4.
- Lazarsfeld, P., Jahoda, M. y Zeisel, H. (1932). *Los parados de Marienthal: sociografía de una comunidad golpeada por el desempleo*. Madrid: Ediciones La piqueta.
- Lehtinen, V., Sholman, B. y Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice Epidemiology Mental Health* 2005, 1(9).

- Leiva, V., Acosta, P., Berrocal, Y., Carrillo, E., Castro, M. y Watson, Y. (2012). Capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas que padecen artritis reumatoide. *Enfermería actual en Costa Rica*. 22,1-11 [Fecha de consulta: 24 Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/artritis.pdf>. ISSN 1409-4568
- Leiva-Díaz, V. y Cubillo-Vargas, K. (2014). *Confiableidad de la escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica*. Costa Rica: 1er Encuentro Académico, Facultad de Medicina, 2014.
- Londoño Pérez, C. (2009) "Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria". *Acta colombiana de psicología* 12(1): 95-107.
- López-Alonso, M. (2011). *El cuidado: un imperativo para la bioética*. Madrid: Cátedra de Bioética. Universidad Pontificia Comillas. Ed. UNE. Unión de editoriales.
- López-Ruiz, J. y Arqué-Blanco, M. (2009). *Bases para la acreditación de la competencia de los profesionales enfermeros en terapias naturales y complementarias*. Barcelona: Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.
- Lorensen, M., Inger, M., Evers, G., Isenberg, MA. y Achterberg, T. (1993). Cross-cultural testing of the "appraisal of self-care agency: ASA scale in Norway. *International Journal Nurse Study*. Vol 30, February N<sup>o</sup>1, pp.15-2.
- Lleixà-Fortuño, M., Albarcar-Riobóo, N., Artero-Pons, S., Berenguer-Poblet, M., Querol-Vidal, MP. y Romaguera-Genís, S. (2007). Importancia de las intervenciones psicosociales para la profesión enfermera. *Metas de Enfermería* ISSN 1138-7262 Vol.10 N<sup>o</sup> 8 2007, pág. 71-74.
- Lluch-Canut, MT. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Barcelona: (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona.
- Lluch-Canut, MT. (2002). Promoción de la salud mental: Cuidarse para cuidar mejor. Barcelona. *Matronas Profesión*, (7), 10-14.
- Lluch-Canut, MT. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología conductual. Behavioral Psychology: Revista internacional de Psicología Clínica y de la salud*, (1), 61-78.
- Lluch-Canut, MT. (2004). *Enfermería Psicosocial y de Salud Mental: Marco Conceptual y metodológico*. Barcelona: Publicaciones Universidad de Barcelona.

- Lluch-Canut, MT. (2008). *Concepto de salud mental positiva: factores relacionados*. Fornés Vives y J. Gómez Salgado (Eds.), Recursos y programas para la salud mental. Enfermería Psicosocial II (pp. 37-69). Madrid. *Funden*.
- Lluch-Canut, MT. (2011). Decalogue of Positive Mental Health. Digital Print of the University of Barcelona. [Fecha de consulta: 12 Abril 2012]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/20062>.
- Lluch-Canut, MT. (2015). *Promoción de la Salud Mental Positiva. Enfermería y Salud Mental*. Barcelona: (1) mayo/agosto. [Fecha de consulta: 26 Julio 2015]. Disponible en: <http://www.enfermeriaysaludmental.com>
- Lluch-Canut, MT., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J. y Ferré-Grau, C. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 13:928. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/928>.
- Lluch-Canut, MT. y Novell, G. (1997). El autocuidado como estrategia para el crecimiento personal. *Enfermería psicosocial y salud mental* (pp. 49-54). Masson.
- Mancia, G et al., (2013). *Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la HTA*. Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Edita: Elsevier/Doyma. Hipertensión riesgo vascular.2013 (Supl 3):4-91.
- Manrique, F., Fernández, A. y Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*, Año 9- Vol 9 nº 3, 222-235.
- Mantas-Jiménez, S. (2015). Evaluación de la Salud Mental Positiva y sentido de coherencia en profesionales de la salud mental. *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, nº13, 34-42.
- Marriner, A. y Alligood, MR. (2008). *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid: Mosby-Elsevier.
- Martí M., Fabrellas, N., Chicote, S., Escribano, V., Raventós, A. y Padilla, N. (2009). Llamada al autocuidado. Seguimiento telefónico a enfermedades crónicas. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención integrada*: Vol. 1: INSS.3, Artículo 7.
- Martínez-Atienza, JF. y García-Gámiz, M.L. (2012). *Promoción de la salud*. Madrid: Ediciones Nobel.

- Martínez-Martin, ML. (2011). *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. España: Ed. Eselvier.
- Martínez-Martínez, PL. Vázquez-Ríos, ER., Hernández-Reyes, M. y Vázquez-Soto, MA. (2011). La salud mental positiva de los estudiantes de la Universidad de Juárez del Estado de Durango. [Fecha de consulta: 21 Octubre 2012. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=100525&id\\_seccion=4769&id\\_ejemplar=9793&id\\_revista=313](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=100525&id_seccion=4769&id_ejemplar=9793&id_revista=313)]
- Martínez-Riera, JR. y Del Pino-Casado, R. (2013). *Manual Práctico de enfermería comunitaria*. Barcelona: Eselvier.
- Martín-Zurro, A. y Cano-Pérez, JF. (2009). *Atención Primaria*. Madrid: Ed. Elsevier, 6<sup>a</sup> Edición.
- Martiñá, R. (2007). *Cuidar y educar "Guía para padres y docentes"*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Bonum.
- McCrae, RR. y Costa, PT. (2003). *Personality in Adulthood: A Five-factor Theory Perspective*. New York: Guilford Press.
- Medina-Pérez, O., Irira- Serrano, MF. y Martínez-Ardila, G. (2012). Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad Armenia-Quindío. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*, núm 36. [Fecha de consulta: 13 Junio 2013]. Disponible en: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>]
- MedlinePlus (2014). Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. [Fecha de consulta: 27 Mayo 2013]. Disponible en: <http://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=cronico>
- Meltzer, H. (2003). *Development of common instruments for mental health. In EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. Amsterdam: Editado por Norsikov, A. y Gudex C. IOS Press; 35-60.
- Mercado, D., Madariaga, C. y Martínez, M. (2012). Salud Mental Positiva y calidad de vida en adolescentes trabajadores y no trabajadores del municipio de Tolúviejo, Sucre. *Cultura, Educación, Sociedad-CES*. 3(1), 157-174.
- Miguel-Ruiz, MD. (2014). *Valoración de la Salud Mental Positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 137/84 de 11 de Enero sobre estructuras básicas de salud. BOE 1 de febrero de 1984. Nº27 pág. 2627.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006*. Madrid; 2007.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid; 2011.
- Ministerio de la Presidencia (2005). Real decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE núm.108, de 6 de Mayo de 2005. [Fecha de consulta: 10 Noviembre 2011]. Disponible en: [<https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>]
- Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno (1987). Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre obtención del título de Enfermero Especialista. BOE núm.183 de 1 de Agosto de 1987. [Fecha de consulta: 10 Noviembre 2011]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-17866](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-17866)
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1984). Real Decreto 137/1984, de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud. BOE núm. 27, de 1 de Febrero de 1984. [Fecha de consulta: 10 Noviembre 2011]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2574](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2574)
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE núm. 157, de 29 de Junio de 2010. [Fecha de consulta: 10 Noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/OrdenSASprogEnfermFYC.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Primer documento de análisis de situación de las terapias naturales. [Fecha de consulta: 10 Noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>
- Mira, JJ. (2004). El paciente competente, una alternativa al paternalismo. Alicante, España: *Serie Monografías Humanitas*, pp 111-123. Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Miravittles, M., Soler, JJ., Calle, M., Molina, J., Almagro, P., Quintano, JA.,...Ancochea, J. (2014). *Guía española de la EPOC (GesEPOC)*. Eselvier. Doyma. Archivos de Bronconeumología.2014; (Supl1); 1-16.

- Morales-Aguilar, R. (2013). *Capacidad de Agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá
- Mroczek, DK. (). *Positive and negative affect at midlife. In How healthy are we?. A national study of well-being at midlife*. Chicago: Editado por Brim, OG., Ryff, CD. y Kessler, RC. University of Chicago Press, MIDUS; 2004:205-226.
- Muñoz-Mendoza, C., Cabrero-García, J., Richart-Martínez, M., Orts-Cortés, MI. y Cabañero-Martínez, MJ. (2005). La medición de los autocuidados: una revisión de la Bibliografía. *Enfermería Clínica*, 2005; 15(2):76-87. Doi:10.1016/S1130-8621(05)71087-1.
- Navarro Baene, GL. (2008). *Características de salud mental positiva en estudiantes universitarios*. (Tesis de Maestría). Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.
- Navarro-Guevara, JA. y Ospina-Espinosa, VA. (2011). *Influencia de un programa de ludoteca para la salud mental y la convivencia, en la resolución de problemas, habilidades de relación interpersonal y convivencia escolar de jóvenes de grado octavo y noveno de un colegio público en Pereira*. (Tesis de Grado). Universidad Tecnológica de Pereira. Colombia
- Navarro-Peña, Y. y Castro-Salas, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, n 19 Murcia Junio 2010. [Fecha de consulta: 15 Mayo 2012]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000200004>.
- Novel, G., Lluch, M.T. y Miguel, D. (2000). *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona: Eselvier-Doyma SL.
- Nunnally, JC. y Bernstein, IJ. (1995). *Teoría Psicométrica*. 3<sup>a</sup> Edición. México, DF: Mc Graw-Hill, Latinoamérica.
- Olivella-Fernández, MC., Bastidas-Sánchez, CV. y Castiblanco-Amaya, MA. (2012). La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. *Aquichan*, Vol. 12, N<sup>o</sup> 1, 53-61.
- Orellana et al (2012). Competencias comunicativas y salud mental positiva en el perfil profesional de los profesores de la educación básica de Lima metropolitana. [Fecha de consulta: 13 Mayo 2013]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v15\\_n2/pdf/a05v15n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v15_n2/pdf/a05v15n2.pdf).
- Orem, DE. (1983). *Normas prácticas en enfermería*. Madrid: Pirámide.

- Orem, DE. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*, (4<sup>a</sup> ed.) Barcelona: Masson.
- Orem, DE. (2001). *Nursing concepts of practice* (6<sup>a</sup> ed). St Louis: Mosby.
- Orem, DE. y Taylor, SG. (2011) *Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences*. Ciudad: Nursing Science Quarterly, 24(1), 35-41.doi:10.1177/0894318410389061.
- Orem, DE. y Vardiman, E.M. (1995). Orem's nursing theory and positive mental health: practical considerations. *Nursing Science Quarterly*, 8(4), 165-173.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013) "Plan de Acción sobre salud mental (2013-2020).
- Ospino-Núñez, C. (2009). *Caracterización de la salud mental positiva en menores trabajadores de un mercado público*. (Tesis doctoral). Universidad del Norte, 2009. Barranquilla, Colombia.
- Payne, RA. (2009). *Técnicas de relajación: guía práctica*. (5<sup>a</sup> ed.). Badalona (Barcelona): Editorial Paidotribo.
- Peig-Martí, MT., Moreno-Gallego, J., Escoda-Pellisa MT., Mora-López, G., Anento-Nolla, S., Marsà-Fadurdo, C. (2011). Entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes sometidos a cirugía urológica. *Asociación Española de enfermería urológica*, núm 117, 16-18.
- Pender, N., Murdaugh, C. y Parsons, MA. (2015). *Health promotion in Nursing Practice*. (7<sup>a</sup> ed.). Editorial Pearson. Library of Congress.
- Peñaloza, M. (2004). Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva, San José de Cúcuta. *Avances de Enfermería*. [Fecha de consulta: 5 Noviembre 2011]. Disponible en: *En: <http://dx.doi.org/10.15446/av>*. Enfermería.
- Perea-Quesada, R. (2004). *Educación para la salud: reto de nuestro tiempo*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Perea-Quesada, R. et al., (2009). *Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *La Psicología positiva. Magia simpática*. Oviedo: Papeles del Psicólogo 2012 Vol. 33(3) pp 183-201.

- Pérez-Calvo, R.M. y Sáez-Cárdenas, S. (2004). *El grupo en la promoción y educación para la salud*. Lleida, España: Editorial Milenio.
- Peterson, C. (2006). *A primer in Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Pla de salut de Catalunya, 2011-2015. (2012). Barcelona: Departament de Salut.
- Potter, P. y Perry, A. (2014). *Fundamentos de Enfermería*. (8<sup>a</sup> ed). Madrid: España: Ediciones Elsevier.
- Public Health Agency of Canada: *Report from the Canadian Chronic Disease Surveillance System: Hypertension in Canada, 2010*. Ottawa: Centre for Chronic Disease Prevention and Control; 2010.
- Public Health Agency of Canada: *The human face of mental health and mental illness in Canada 2006*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2006.
- Puig-Llobet, M. y Lluch-Canut, MT. (2012). Eficacia de la musicoterapia en el contexto de la promoción de la salud mental. *Metas de Enfermería*, 15(9): 58-61.
- Puig-Llobet, M. (2009). *Cuidados y calidad de vida en Vilafranca del Penedès: Los mayores de 75 y más años atendidos por el servicio de atención domiciliaria y sus cuidadores familiares*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona.
- Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, MT. y Sabater-Mateu, P. (2007). Análisis del uso del constructo salud mental en los instrumentos genéricos que evalúan la calidad de vida. *Presencia*, 3,6.doi: 1885-0219. [Fecha de consulta: 13 Febreo 2012]. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/sumarion6.php>
- Ramage-Morin, PL., Shields, M. y Martel, L. (2010). *Health-promoting factors and good health among Canadians in mid-to late life*. Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-XPE. Health Reports, 2010; 21(3):1-9.
- Ramírez-Sánchez A, Espinosa-Calderón C, Herrera-Montenegro AF, Espinosa-Calderón, E y Ramírez-Moyano, A (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Revista Enfermería Docente*; enero-diciembre (102):6-12
- Raphael, B., Schmolke, M. y Wooding, S. (2005). "Links between mental and physical health and illness. In *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion*

- Foundaton and The University of Melbourne*". Ginebra: Editado por Herrman, H., Saxena, S. y Moodie, R. WHO; 2005:132-147.
- Real Academia Española. (2001). 22<sup>a</sup> Edición. [Fecha de consulta: 9 Septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
- Reale, G. (2003). *Introducción a Aristóteles*. (3<sup>a</sup> ed). Barcelona: Editorial Herder SL.
- Rejas-Blanco, C.J. y Martin-Muñoz, MA. (2010). *Salud Mental Positiva: Programa de promoción de la Salud Mental Positiva y prevención de la enfermedad mental en el ámbito escolar en la comunidad autónoma de Extremadura*. Creative Commons. Servicio Extremeño de Salud.
- Rivera de los Santos, F., Ramos-Valverde, P., Moreno-Rodríguez, C. y Hernán-García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Madrid: *Revista Española Salud Publica* 2011; 85:129-139.
- Rivera-Álvarez, LN. (2006). Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. *Revista Salud Pública*. 8 (3): 235-247, 2006.
- Rivera-Álvarez, LN. y Díaz, LP. (2007). Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. La Paz, Bolivia: *Revistas Bolivianas Cuadernos Hospital de Clínicas* v 52 n 2.
- Rodríguez-Gázquez, M.A., Arredondo-Holguín, E. y Salamanca-Acevedo, Y. (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*, N°30 183-195. ISSN 1695-6141.
- Roldán-Merino, J.F. (2011). *Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de Dorothea Orem para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia*. Barcelona: (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona.
- Roldán-Merino, J.F., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M.T., Menárquez-Alcaina, M., Sabadell-Gimeno, M. (2014). Validez de contenido de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) en personas con esquizofrenia. *Presencia, revista de Enfermería de Salud Mental*. Enero-Junio: 10(19).
- Ryff, CD. y Keyes, L.M. (1995). *The Structure of Psychological Well-Being Revisited*. Wisconsin: *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4): 719-727.

- Sánchez, R. y Gómez, C. (1998). Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Revista Colombiana Psiquiatría* 1998; 27: 121-130.
- Sánchez-Pacho, ML (2009). La sensibilidad a la ansiedad disminuye tras realizar un programa de enfermería en relajación. *Revista Enfermería Castilla y León*. Vol. 1, (núm. 1) 66-76
- Saxena, S., Jané-Llopis, E. y Hosmn, C. (2006). Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. *World Psychiatry*, 5(1):5-14.
- Scheier, MF. y Caver, C. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol*, 4(3):219-247
- Sequeira, C., Carvalho JC., Sampaio F., Sá L., Lluch MT. y Roldán J. (2014). Evaluación de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud Mental Positiva en estudiantes portugueses de educación superior". *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, pp 45-53.
- Söderhamn O, Evers, G. y Hamrin, E. (1996). A Swedish Version of the Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA). *Scand J Caring Sci* 1996; 10:3-9.
- Soriano-Sotomayor, M., Arrijoja, G. y Tlalpan, R. (2005). Percepción del estado de salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en personas con síndrome coronario. *Enfermería Mexicana de Cardiología*. Vol.13, Núm. 1-2 Enero-Agosto 2005.
- Sosa Correa, M. (2008). *Escala autoinformada de inteligencia emocional (EAIE)*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Sousa, V., Zauszniewski, J.A., Price, P. y Davis, S. (2005). *Relationships Among Self-Care Agency, Self-efficacy, self-care, end Glycemic control*. Research and Theory for Nursing Practice. *An International Journal*, Vol. 19, N<sup>o</sup>3, 2005.
- Sousa, V., Zauszniewski, J.A., Zeller, R. y Neese, J. (2008). *Factor Analysis of the Appraisal of Self-Care Agency Scale in American Adults With Diabetis Mellitus*. *The Diabetes Educator*, Vol. 34 N<sup>o</sup> 1, January/February. Doi: 10.117/0145721707211955
- Tobón, O. (2003). *El autocuidado una habilidad para vivir*. Colombia: Revista hacia la promoción de la salud. Universidad de Caldas.
- Tobón, O. y García-Ospina, C. (2004). *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud*. Ed. Universidad de Caldas. Ciencias para la Salud.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Barcelona: Fundación Mapfre Medicina.

- Ugalde, M. y Lluch, M.T. (2001). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Barcelona: Ed. Masson.
- Uribe, T.M. (1999). *El autocuidado y su papel en la profesión de la salud*. Antioquía. *Revista Investigación y educación en enfermería*.17 (2):109-118 septiembre 1999.
- Valencia-Valencia, L.J. y Zuleta-Ramírez, MA. (2011). *Influencia de un programa de ludoteca para la salud mental y la convivencia, en la satisfacción personal, la autonomía y la convivencia escolar de jóvenes de grado octavo y noveno de un colegio público de Pereira*. (Tesis de Grado). Universidad Tecnológica de Pereira. Colombia.
- Vavra, T.G. (2002). *Cómo medir la satisfacción del cliente: según la ISO 9001:2000*. (2<sup>a</sup> edición). Madrid, España: Ediciones FC Editorial. 28033.
- Vázquez, C. (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. (2<sup>a</sup> Edición). Ciudad: Ed. Desclée de Brouwer S. A.. Vol.153 de Biblioteca de Psicología.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de la Psicología Clínica y de la salud*. 5(2009)15-28.
- Vega-Angarita, O. (2014). Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta. *Salud Uninorte*. Vol. 30 N<sup>o</sup>2, 133-145. [Fecha de consulta: 2 Enero 2015]. Disponible en: <http://doi.org/10.14482/sun.301.4309>.
- Velandia, A. y Rivera, L. (2009). Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Revista Salud Pública*. 11(4) 538548.
- Velandia, A. y Rivera, L.N. (2009). Confiabilidad de la escala Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA), segunda versión en español, adaptada para la población colombiana. *Avances de Enfermería*, XXVII (1): 38-47, 2009.
- Ware JE, Kosinski M.(2001). Interpreting SF-36 Summary Health Measures: A Response. *Quality of Life Research*. Jan;10(5):405–413
- World Health Organization. (2001). *Strengthening mental health promotion. Fact Sheet n<sup>o</sup> 220*. Ginebra.
- World Health Organization. (2004). *Summary report: Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*. Ginebra.

- World Health Organization. (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Copenhagen: report from the WHO European Ministerial Conference.
- World Health Organization. (2008). *Policies and practices for mental health in Europe*. Copenhagen.
- World Health Organization. (2010). *Mental health and Development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Copenhagen.
- World Health Organization. (2012). *World Health Statistics, 2012*. Ginebra.
- Wright, L. (1971). Components of positive mental health. *J Consult Clin Psychol* 1971, 36(2):277-280.
- Zrinyi, M. y Zekanyné, R.I. (2007). Does self-care agency change between hospital admissions and discharge? An Orem-based investigation. *International Nursing Review*. 54, 256-262.
- Zuluaga-Alzate LJ (2013). Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida de las personas que tienen dispositivos cardíacos implantables. [Fecha de consulta: 25 Junio 2014]. Disponible en: <http://catalog.ihsn.org/index.php/citations/32280>



---

Recomendación neg:

“Cuidar de nuestras relaciones interpersonales”

Decálogo de Salud Mental Positiva. Lluch MT (2011)

---

Anexos



# Anexo I

Formulario 1 de datos sociodemográficos



**Anexo I: Formulario 1 de datos sociodemográficos**

| <b>Formulario 1</b>  |  |
|--|--|
| 1) Sexo  |  |
|  | 1. Hombre<br>2. Mujer  |
| 2) Edad  |  |
| 3) Situación civil   |  |
|  | 1. Soltero/a<br>2. Casado/a<br>3. Viudo/a<br>4. Divorciado/a<br>5. Pareja de hecho   |
| 4) Hijos   |  |
|  | 1. Sin hijos<br>2. N° de hijos   |
| 5) Estudios  |  |
|  | 1. Estudios primarios (graduado escolar, ESO)<br>2. Ciclo formativo de grado medio<br>3. Bachiller, ciclos formativos de grado superior<br>4. Carrera universitaria<br>5. Estudios de doctorado<br>6. Sin estudios<br>7. Otros estudios(estudios no reglados) decir cual   |
| 6) ¿Cuál es su profesión?  |  |
| 7) Situación laboral actual  |  |
|  | 1. a) Trabajo fijo      b) Interino      c)Suplente      d) Paro      e) Jubilación<br><br>2. Trabaja en su profesión      3. Cambiaría su trabajo<br>1) Sí      1) Sí<br>2) No      2) No<br><br>4. Si ha contestado que si a la pregunta anterior podría decir el motivo |
| a) Procedencia /nacionalidad   |  |
|  | 1) Lugar de nacimiento:      2) Provincia:      3) País:   |
| 8) ¿Estaría dispuesto/a participar en un grupo de intervención psicosocial realizando actividades de relajación? |  |
|  | 1) Sí<br>2) No<br><br><p style="text-align: right;">Muchas gracias por su colaboración</p>   |



# Anexo II

Escala Agencia de Autocuidado (ASA)



**Anexo II: Escala Agencia de Autocuidado (ASA)**

| <b>Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)</b>   |                  |            |          |               |
|---|------------------|------------|----------|---------------|
|   | Total desacuerdo | Desacuerdo | Acuerdo  | Total acuerdo |
|   | <b>1</b>         | <b>2</b>   | <b>3</b> | <b>4</b>      |
| 1. Según cambien las circunstancias puedo hacer ajustes para mantenerme con salud                   |                  |            |          |               |
| 2. Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas                    |                  |            |          |               |
| 3. Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme                                    |                  |            |          |               |
| 4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor                                       |                  |            |          |               |
| 5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud      |                  |            |          |               |
| 6. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo                                       |                  |            |          |               |
| 7. Puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud   |                  |            |          |               |
| 8. Con tal de mantenerme limpio puedo cambiar la frecuencia con que me baño                         |                  |            |          |               |
| 9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto                               |                  |            |          |               |
| 10. Si es necesario puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy                         |                  |            |          |               |
| 11. A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago        |                  |            |          |               |
| 12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir si necesito ayuda                         |                  |            |          |               |
| 13. Pocas veces puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado                            |                  |            |          |               |
| 14. Cuando obtengo información sobre mi salud raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo |                  |            |          |               |
| 15. Pocas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio                          |                  |            |          |               |
| 16. En otros momentos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud    |                  |            |          |               |
| 17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento puedo obtener información sobre los efectos indeseables |                  |            |          |               |
| 18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros                    |                  |            |          |               |
| 19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud                  |                  |            |          |               |
| 20. Con la actividad diaria rara vez tengo tiempo para cuidarme                                     |                  |            |          |               |
| 21. Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada                            |                  |            |          |               |
| 22. Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo mismo/a  |                  |            |          |               |
| 23. Pocas veces dispongo de tiempo para mi  |                  |            |          |               |
| 24. Aun con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta                     |                  |            |          |               |



# Anexo III

Cuestionario de Salud Mental Positiva  
(CSM+)



**Anexo III: Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)**

| Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) |  |                        |                         |               |                    |
|--|--|------------------------|-------------------------|---------------|--------------------|
|  |  | Siempre o casi siempre | Con bastante frecuencia | Algunas veces | Nunca o casi nunca |
| 1.   | A mí, ... me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías        |                        |                         |               |                    |
| 2.   | Los problemas ... me bloquean fácilmente   |                        |                         |               |                    |
| 3.   | A mí, ... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas                    |                        |                         |               |                    |
| 4.   | ... me gusto como soy  |                        |                         |               |                    |
| 5.   | soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas  |                        |                         |               |                    |
| 6.   | ... me siento a punto de explotar  |                        |                         |               |                    |
| 7.   | Para mí, la vida es ... aburrida y monótona  |                        |                         |               |                    |
| 8.   | A mí, ... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional   |                        |                         |               |                    |
| 9.   | ... tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas  |                        |                         |               |                    |
| 10.  | ... me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí   |                        |                         |               |                    |
| 11.  | Creo que ... tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas               |                        |                         |               |                    |
| 12.  | ... veo mi futuro con pesimismo  |                        |                         |               |                    |
| 13.  | Las opiniones de los demás ... me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones                                 |                        |                         |               |                    |
| 14.  | ... me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean                               |                        |                         |               |                    |
| 15.  | ... soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o   |                        |                         |               |                    |
| 16.  | ... intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden   |                        |                         |               |                    |
| 17.  | ... intento mejorar como persona   |                        |                         |               |                    |
| 18.  | ... me considero "un/a buen/a psicólogo/a"   |                        |                         |               |                    |
| 19.  | ... me preocupa que la gente me critique   |                        |                         |               |                    |
| 20.  | ... creo que soy una persona sociable  |                        |                         |               |                    |
| 21.  | ... soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos   |                        |                         |               |                    |
| 22.  | ... soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida                  |                        |                         |               |                    |
| 23.  | ... pienso que soy una persona digna de confianza  |                        |                         |               |                    |
| 24.  | A mí, ... me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás                                  |                        |                         |               |                    |
| 25.  | ... pienso en las necesidades de los demás   |                        |                         |               |                    |
| 26.  | Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables ... soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal |                        |                         |               |                    |
| 27.  | Cuando hay cambios en mi entorno ... intento adaptarme   |                        |                         |               |                    |
| 28.  | Delante de un problema ... soy capaz de solicitar información  |                        |                         |               |                    |
| 29.  | Los cambios que ocurren en mi rutina habitual ... me estimulan   |                        |                         |               |                    |
| 30.  | ... tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes                                     |                        |                         |               |                    |
| 31.  | ... creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada  |                        |                         |               |                    |
| 32.  | ... trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes  |                        |                         |               |                    |
| 33.  | ... me resulta difícil tener opiniones personales  |                        |                         |               |                    |
| 34.  | Cuando tengo que tomar decisiones importantes ... me siento muy insegura/o   |                        |                         |               |                    |
| 35.  | ... soy capaz de decir no cuando quiero decir no   |                        |                         |               |                    |
| 36.  | Cuando se me plantea un problema ... intento buscar posibles soluciones  |                        |                         |               |                    |
| 37.  | ... me gusta ayudar a los demás  |                        |                         |               |                    |
| 38.  | ... me siento insatisfecha/o conmigo misma/o   |                        |                         |               |                    |
| 39.  | ... me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico  |                        |                         |               |                    |



# Anexo IV

Formulario 2 post-intervención



**Anexo IV: Formulario 2 Post-intervención de utilidad y satisfacción.**

| <b>Formulario 2 Post-intervención</b>   |  |
|---|--|
| Con el cumplimiento de este formulario se pretende conocer la utilidad y la satisfacción personal que usted tiene de la intervención que hemos realizado, le agradecemos de antemano su colaboración. |  |
| 1) ¿Se ha sentido bien en el grupo de trabajo?  | <input type="radio"/> Sí<br><input type="radio"/> No   |
| 2) ¿Realiza las actividades aprendidas?   | <input type="radio"/> Sí<br><input type="radio"/> No   |
| 3) Si ha contestado que si podría decir donde   | <input type="radio"/> En el domicilio<br><input type="radio"/> En la calle   |
| 4) ¿Considera que ha sido útil para su salud el aprendizaje realizado?  | <input type="radio"/> Sí<br><input type="radio"/> No   |
| 5) En caso de contestar SI, ¿diría usted que ha aprendido bien las técnicas de relajación?  | <input type="radio"/> Sí<br><input type="radio"/> No<br><input type="radio"/> Necesitaría más tiempo<br><input type="radio"/> Duda |
| 6) Se ve capaz de realizar los ejercicios usted solo/a?   | <input type="radio"/> Sí<br><input type="radio"/> No<br><input type="radio"/> Duda   |
| 7) ¿Volvería a repetir la experiencia?  | <input type="radio"/> Si<br><input type="radio"/> No   |
| 8) La recomendaría a algún familiar o amigo/a   | <input type="radio"/> Sí<br><input type="radio"/> No   |
| 9) Si tuviera que evaluar su satisfacción al programa educativo recibido que puntuación del 0 al 10, le daría usted? ( 0=mínimo y 10= máximo)   |  |
| 10) Añadiría algún aspecto al trabajo realizado en el grupo   |  |



# Anexo V

Hoja informativa y Consentimiento  
informado



## **Anexo V: Hoja informativa y Consentimiento informado.**

### **HOJA INFORMATIVA**

ESTUDIO: “Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud”

Realizamos un estudio sobre el nivel de salud mental positiva y la capacidad de autocuidado de la población y un programa de intervención psicosocial en técnicas de relajación.

El estudio se realizara en su Centro de Atención Primaria y se pondrá en contacto con usted su enfermera en caso de ser seleccionado.

Le pedimos su participación en este estudio de forma voluntaria, tendrá que contestar unos formularios y en caso de ser incluido en la siguiente fase del estudio realizar un programa educativo en técnicas de relajación, siempre y cuando usted desee participar en dicho programa.

Se garantiza que sus datos serán tratados de forma confidencial, tanto si finaliza el estudio como si usted decide no finalizarlo.

Muchas gracias por su colaboración



# Anexo VI

Programa de intervención Psicosocial de  
Enfermería (PIPsE)



## Anexo VI: Programa de intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE)

| <b>PROGRAMA PIPSE</b><br>(Programa Intervención Psicosocial de Enfermería)   |
|--|
| <b>Intervenciones: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)</b>   |
| <b>Intervención NIC 6040: “Terapia de relajación” T (Fomento de la comodidad psicológica).</b> Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.   |
| <p style="text-align: center;"><b>Actividades propuestas por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).</li> <li>• Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.</li> <li>• Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable.</li> <li>• Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.</li> <li>• Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, respiración abdominal e imágenes de paz.</li> <li>• Invitar al paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.</li> <li>• Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.</li> <li>• Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</li> <li>• Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.</li> <li>• Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas.</li> <li>• Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.</li> </ul> <p><b>Materiales empleados:</b> Reproductor de CD, CD con música relajante, una mandala para colorear, colchonetas, sillas, la caja de los deseos, folios, bolígrafos.</p> <p>Para esta intervención se realizaron las siguientes actividades complementarias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Las mandalas</b><br/>Se repartieron mandalas para colorear y observar los colores que la componen y el orden utilizado en el coloreado. Se pidió a las participantes que realizaran la mandala en casa. Se explicó la importancia de hacerla solas, tranquilas, escogiendo el color que quisieran aunque no pegaran entre sí, también se explicó que no era importante que las colorearan de forma perfecta.</li> <li><b>2. La caja de los deseos</b><br/>Esta actividad se desarrolla de forma diferente, según si se identifican aspectos que se quieren retirar de la realidad de la persona o si se identifican deseos, en el primer caso; para los aspectos a retirar, se escribe en un papel del tamaño de ¼ de folio aproximadamente, tres aspectos que deseamos retirar de nuestra realidad, se dobla el papel 4 veces y se pondrán en la caja mágica. Asimismo para la siguiente sesión se pide a los participantes que realicen la misma operación pero redactando tres deseos que se quieren incluir en nuestra vida, este redactado se solicita para la sesión siguiente o para la sesión final, para facilitar el aprendizaje en la priorización, en la reflexión y en la decisión que se escoge</li> <li><b>3. La respiración abdominal</b><br/>Nos sentamos con las sillas en círculo, y se realizaron los ejercicios siguientes: en silencio cada una prestaba atención a su propia respiración para reconocer los posibles errores, por ejemplo una respiración demasiado superficial o rápida, sin llenar el abdomen, luego empezamos a realizar los ejercicios propuestos para realizar la respiración abdominal y profunda.</li> <li><b>4. Ejercicios de relajación</b><br/>Este ejercicio se realizó en el suelo, tumbadas en colchonetas se hicieron los ejercicios de relajación referidos en el dossier guiados por los profesionales de enfermería.</li> <li><b>5. La nube mágica</b><br/>Se realizó un ejercicio de visualización (imaginación simple dirigida) y musicoterapia, simulando que viajábamos en una nube mágica que nos transportaba a modo de viaje por un paraje de la naturaleza en el que íbamos encontrando diferentes situaciones en las que teníamos que usar los cinco sentidos, uno por uno y haciendo énfasis en poner atención a cada uno de ellos, la sensación que teníamos era de relajación y de paz.</li> </ol> |

|   |
|---|
| <p><b>Intervención NIC 6000: “Imaginación simple dirigida. T (Fomento de la comodidad psicológica).</b><br/>Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.</p>   |
| <p style="text-align: center;"><b>Actividades propuestas por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir el fundamento y los beneficios, limitaciones y tipos de las técnicas de imaginación dirigida disponibles.</li> <li>• Describir la escena implicando la mayoría de los cinco sentidos.</li> <li>• Conseguir que el paciente viaje mentalmente la escena y ayudar con la descripción detallada de la situación.</li> <li>• Utilizar palabras o frases que transmitan imágenes placenteras (como flotar, enternecerse y liberarse).</li> <li>• Utilizar una voz modulada al dirigir la experiencia de imaginación.</li> <li>• Desarrollar la parte de limpieza o eliminación de la imaginación (la parte negativa convierte en un color y se va arroyo abajo).</li> <li>• Ayudar al paciente a desarrollar un método de finalización de la técnica de imaginación, como contar despacio mientras se respira profundamente, movimientos lentos y pensamientos de sentirse relajado, fresco y alerta.</li> <li>• Animar al paciente a expresar los pensamientos y sentimientos acerca de la experiencia.</li> </ul> <p><b>Materiales empleados:</b> Reproductor de CD, CD con visualización guiada y música, colchonetas, sillas, la caja de los deseos.</p> <p>Para esta intervención se realizaron las siguientes actividades complementarias:</p> <p><b>1. La caja de los deseos</b><br/>Esta actividad se desarrolla de forma diferente, según si se identifican aspectos que se quieran retirar de la realidad de la persona o si se identifican deseos, en el primer caso; para los aspectos a retirar, se escribe en un papel del tamaño de ¼ de folio aproximadamente, tres aspectos que deseamos retirar de nuestra realidad, se dobla el papel 4 veces y se pondrán en la caja mágica. Para la siguiente sesión se pide a los participantes que realicen la misma operación pero redactando tres deseos que se quieran incluir en nuestra vida, este redactado se solicita para la sesión siguiente o para la sesión final, para facilitar el aprendizaje en la priorización, en la reflexión y en la decisión que se escoge</p> <p><b>2. La nube mágica</b><br/>Se realizó un ejercicio de visualización (imaginación simple dirigida) y musicoterapia, simulando que viajábamos en una nube mágica que nos transportaba a modo de viaje por un paraje de la naturaleza en el que íbamos encontrando diferentes situaciones en las que teníamos que usar los cinco sentidos, uno por uno y haciendo énfasis en poner atención a cada uno de ellos, la sensación que teníamos era de relajación y de paz.</p> |
| <p><b>Intervención NIC 4400: “Musicoterapia”. Q (Potenciación de la comunicación)</b> Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales</p>   |
| <p style="text-align: center;"><b>Actividades propuestas por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).</li> <li>• Informar a las participantes del propósito de la experiencia musical.</li> <li>• Ayudar a los participantes a adoptar una posición cómoda.</li> <li>• Limitar los estímulos extraños (luces, ruidos, visitas inesperadas, teléfono).</li> <li>• Asegurarse que el volumen es el adecuado.</li> </ul> <p><b>Materiales empleados:</b> Reproductor de CD, CD con música relajante, colchonetas, sillas.</p> <p>Para esta intervención se realizaron las siguientes actividades complementarias:</p> <p><b>1. La nube mágica</b><br/>Se realizó un ejercicio de visualización (imaginación simple dirigida) y musicoterapia, simulando que viajábamos en una nube mágica que nos transportaba a modo de viaje por un paraje de la naturaleza en el que íbamos encontrando diferentes situaciones en las que teníamos que usar los cinco sentidos, uno por uno y haciendo énfasis en poner atención a cada uno de ellos, la sensación que teníamos era de relajación y de paz.</p>  |

|   |
|---|
| <p><b>Intervención NIC 5510: Educación para la salud. S (Educación de los pacientes)</b> Intervención para facilitar el aprendizaje.</p>  |
| <p><b>Actividades propuestas por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrarse en los beneficios de salud positiva inmediata o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas.</li> <li>• Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia diana.</li> <li>• Utilizar debates de grupo y juego de roles para influir en las creencias, actitudes y valores que existen sobre la salud.</li> <li>• Utilizar estrategias y puntos de intervención variados en el programa educativo.</li> </ul> <p><b>Materiales empleados:</b> Dossier</p> <p>Se hizo entrega de un dossier explicativo con contenido de los ejercicios y actividades que se iban a realizar.</p>   |
| <p><b>Intervención NIC 5100:Potenciación de la socialización Q (Potenciación de la comunicación)</b><br/>Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales</p>  |
| <p><b>Actividades propuestas por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar el compartir los problemas comunes con los demás</li> <li>• Facilitar la participación de los pacientes en grupos para contar historias</li> <li>• Solicitar y esperar comunicaciones verbales.</li> </ul> <p><b>Materiales empleados:</b> globos de colores, pelotas de tenis y sillas</p> <p>Para esta intervención se realizaron las siguientes actividades complementarias</p> <p><b>1. Conversación</b><br/>Nos sentamos con las sillas en círculo, se fomentó la conversación introduciendo pie para hablar a las participantes, respetando la participación de todas, dando paso de forma suave a otra participante preguntado por su opinión sobre el tema o si quería alguien añadir algo.</p> <p><b>2. Los globos</b><br/>Nos colocamos de pie en círculo, se entregaron globos hinchados de diferentes colores, uno por persona, el juego consistió en lanzar hacia arriba el globo al aviso de la enfermera y no permitir que los globos lanzados tocaran el suelo, para ello el globo lo tenía que golpear cualquier compañero, de este modo se comprobó que para que el globo no toque el suelo necesitábamos de los demás ya que en algunos momentos el globo se alejaba de nosotros y no llegábamos a golpearlo , a donde no llegábamos nosotros llegaban ellos y viceversa.</p> <p><b>3. Las pelotas de tenis</b><br/>Esta actividad se realizó sentándonos todas en grupo en el suelo en círculo, colocando ambas manos con las palmas hacia arriba, la mano derecha descansando con la palma hacia arriba, encima de la mano izquierda de la persona que tienes a la derecha de forma que recibía la pelota con la mano derecha y la ponía en la mano derecha de la siguiente persona y así sucesivamente. Se introdujo una pelota de tenis que corría de mano derecha de una persona a mano derecha de la siguiente por el círculo, cada minuto se introducía una nueva pelota hasta entrar seis, de este modo, la importancia de pasar la pelota sin romper el círculo evidenció la importancia de la persona como parte importante de un grupo y la importancia del grupo para poder hacer crecer a la persona.</p> |



# Anexo VII

Sesiones y fichas del programa



## Anexo VII: Sesiones y fichas de actividades del programa de intervención PIPsE

### Sesiones

- + **Horario:** (9.30h – 11h) a la primera y la última sesión se añadieron **30 minutos** para realizar las escalas y las valoraciones, las participantes acudieron de 9.00h-11.30h
- + **Lugar de realización:** Aula sanitaria del EAP Barrí Llatí (Santa Coloma de Gramenet)
- + **Material:** el material de cada sesión se ha de cuantificar para 22 participantes
- + **Vestimenta:** se aconseja realizar las sesiones con ropa suelta y que no apriete, tipo chándal, zapato que no resbale y no llevar joyas ni abalorios.

### Sesión 1.

#### Material

- Dossier
- Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)
- Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)
- Mandala para colorear que se ha de traer en la sesión nº 3
- Reproductor de CD
- CD con música relajante
- Colchonetas y sillas
- Bolígrafos

#### Temporización

- + Presentación de las participantes **(5 minutos)**
- + Entrega de las escalas de valoración CSM+ y ASA **(30 minutos)**
- + Entrega del dossier y la mandala para colorear en casa **(5 minutos)**
- + Presentación del programa **(10 minutos)**
- + Se explica que han de redactar 3 cosas que quieran sacar de su vida para la sesión siguiente escrita en un papel **(10 minutos)**
- + Explicación y realización de ejercicios:
  - Respiración abdominal **(20 minutos)**
  - Relajación guiada/visualización **(20 minutos)**
  - Ejercicios de Relajación **(20 minutos)**

## Sesión 2.

### Material

- Dossier
- Reproductor de CD
- CD con música relajante
- Colchonetas y sillas
- La caja de los deseos
- Globos de colores

### Temporización

- + La caja de los deseos (para introducir los papeles con lo que quieren desechar de su vida). **(5 minutos)**
- + Globos de colores **(15 minutos)**
- + Conversación **(30 minutos)**
- + Realización de ejercicios:
  - Respiración abdominal **(10 minutos)**
  - Relajación guiada/visualización **(15 minutos)**
  - Ejercicios de relajación **(15 minutos)**
- + Se recuerda que han de traer la mandala coloreada en la siguiente sesión

## Sesión 3.

### Material

- Dossier
- Reproductor de CD
- CD con música relajante
- Colchonetas y sillas
- Pelotas de tenis (6 unidades)

### Temporización

- + Se recogen y comentan las mandalas **(30 minutos)**
- + Pelotas de tenis **(15 minutos)**
- + Realización de ejercicios:
  - Respiración abdominal **(10 minutos)**
  - Relajación guiada/visualización **(15 minutos)**
  - Ejercicios de relajación **(15 minutos)**

- ✚ Se pide que traigan tres deseos que quieran en su vida, escritos en un papel, para la próxima sesión **(5 minutos)**

## Sesión 4.

### Material

- Dossier
- Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)
- Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)
- Formulario nº2
- Reproductor de CD
- CD con música relajante
- La caja de los deseos
- Colchonetas y sillas
- Bolígrafos

### Temporización

- ✚ Conversación **(20 minutos)**
- ✚ La caja de los deseos (para introducir los papeles con lo que quieren desear para su vida). **(10 minutos)**
- ✚ Realización de ejercicios:
  - ✚ Respiración abdominal **(10 minutos)**
  - ✚ Relajación guiada/visualización **(15 minutos)**
  - ✚ Ejercicios de relajación **(15 minutos)**
- ✚ Espacio para aclarar posibles dudas **(20 minutos)**
- ✚ Se pasan las escalas de valoración CSM+, ASA y el formulario nº 2 de satisfacción. **(30 minutos)**
- ✚ Nos despedimos de todas las participantes

**Fichas actividades Programa Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE)**

| Programa Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE)   |
|---|
| <b>1. Intervención NIC 5100: Potenciación de la socialización (Globos)</b>  |
| <b>Objetivos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar la valía personal mediante un juego simbólico</li><li>• Valorar la importancia de la ayuda de las demás personas</li><li>• Reconocer la necesidad de los seres humanos de la cooperación conjunta</li></ul>  |
| <b>Materiales empleados:</b> globos de diferentes colores   |
| <b>Actividad</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lanzar los globos al aire y no permitir que tocan el suelo</li></ul>   |
| <b>Dinámica:</b> Para conseguir el objetivo propuesto el grupo se colocó en círculo, se entregaron globos hinchados de diferentes colores, uno por persona, el juego consistió en lanzar hacia arriba el globo al aviso de la enfermera y no permitir que los globos lanzados tocan el suelo, para ello el globo lo tenía que golpear cualquier compañero, de este modo se comprobó que para que el globo no toque el suelo necesitábamos de los demás ya que en algunos momentos el globo se alejaba de nosotros y no llegábamos a golpearlo, a donde no llegábamos nosotros llegaban ellos y viceversa. |
| <b>Factores Salud Mental Positiva:</b> factores que se potencian de la Salud Mental Positiva. <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Factor 2:</b> Actitud Prosocial</li><li>• <b>Factor 4:</b> Autonomía</li><li>• <b>Factor 5:</b> Resolución de problemas y Autoactualización</li><li>• <b>Factor 6:</b> Habilidades de Relación Interpersonal</li></ul>   |
| <b>Capacidades fundamentales de Agencia de Autocuidado:</b> componentes de poder que se potencian de la Agencia de Autocuidado + capacidades operacionales <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Componente de poder 2:</b> Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para el cumplimiento de las operaciones de autocuidado.</li><li>• <b>Componente de poder 3:</b> Estar motivado, tener metas para el autocuidado, de acuerdo con sus características y su significado para la vida, la salud y el bienestar.</li></ul>   |

## Programa Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE)

**2. Intervenciones NIC 6040. Terapia de Relajación. NIC 6000. Imaginación simple dirigida. NIC 4400. Musicoterapia. (Caja de los deseos)****Objetivos**

- Identificar aquellos aspectos de las situaciones personales que se quieren retirar de la realidad de la persona
- Identificar aquellos deseos que se quieren incluir en la realidad de la persona
- Identificar aspectos que se quieren retirar de situaciones generales
- Identificar aspectos que se quieren incluir en situaciones generales.
- Aprender a priorizar las aspiraciones, reflexionando y gestionando los impulsos y deseos
- Gestionar las decisiones de forma meditada

**Materiales empleados:** una caja de cartón decorada (de unos 30x15 cm aproximadamente), folios y bolígrafos.

**Actividad**

- Identificar tres aspectos de nuestra vida que queramos retirar de la realidad que vivimos
- Identificar tres aspectos que queramos introducir en nuestra realidad
- Visualizar estos aspectos, tanto los que deseamos introducir como los que queremos retirar.

**Dinámica:** Esta actividad se desarrolla de forma diferente, según si se identifican aspectos que se quieren retirar de la realidad de la persona o si se identifican deseos, en el primer caso; para los aspectos a retirar, se escribe en un papel del tamaño de  $\frac{1}{4}$  de folio aproximadamente, tres aspectos que deseamos retirar de nuestra realidad, se dobla el papel 4 veces y se pondrán en la caja mágica.

Asimismo para la siguiente sesión se pide a los participantes que realicen la misma operación pero redactando tres deseos que se quieren incluir en nuestra vida, este redactado se solicita para la sesión siguiente o para la sesión final, para facilitar el aprendizaje en la priorización, en la reflexión y en la decisión que se escoge

**Factores Salud Mental Positiva:** factores que se potencian de la Salud Mental Positiva.

- **Factor 1:** Satisfacción personal
- **Factor 4:** Autonomía
- **Factor 5:** Resolución de problemas y Autoactualización

**Capacidades fundamentales de Agencia de Autocuidado:** componentes de poder que se potencian de la Agencia de Autocuidado + capacidades operacionales

- **Componente de poder 1:** Habilidad para mantener la atención sobre uno mismo como agente de autocuidado, hacia las condiciones externas e internas y hacia los factores importantes para el autocuidado.
- **Componente de poder 3:** Estar motivado/a, tener metas para el autocuidado, de acuerdo con sus características y su significado para la vida, la salud y el bienestar.
- **Componente de poder 4:** Habilidad para razonar dentro de un marco de referencia de autocuidado, tomar decisiones acerca del autocuidado y operacionalizar dichas decisiones.
- **Componente de poder 6:** Habilidad para ordenar acciones de autocuidado que lleven hacia la realización final de las metas de autocuidado.

## Programa Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE)

**3. Intervención NIC 5100. Potenciación de la Socialización. (Pelotas de tenis)****Objetivos**

- Identificar la valía personal mediante un juego simbólico
- Valorar la importancia de la ayuda de las demás personas
- Reconocer la necesidad de los seres humanos de la cooperación conjunta

**Materiales empleados:** 6 pelotas de tenis

**Actividad propuesta:**

- Realizar un círculo en el grupo que será el circuito por donde se pasaran las pelotas de tenis de persona a persona

**Dinámica:** Esta actividad se realizó sentándonos todas en grupo en el suelo en círculo, colocando ambas manos con las palmas hacia arriba, la mano derecha descansando con la palma hacia arriba, encima de la mano izquierda de la persona que tienes a la derecha de forma que recibía la pelota con la mano derecha y la ponía en la mano derecha de la siguiente persona y así sucesivamente, en un momento concreto al azar la enfermera indicaba un cambio en la dirección de la pelota, es decir si la pelota “corría” de derecha a izquierda, tenía que hacerlo desde ese momento de izquierda derecha, estos cambios se sucedían cada vez con más frecuencia. Se introdujo una pelota de tenis que corría de mano derecha de una persona a mano derecha de la siguiente por el círculo, cada minuto se introducía una nueva pelota hasta entrar seis, de este modo, la importancia de pasar la pelota sin romper el círculo evidenció la importancia de la persona como parte importante de un grupo y la importancia del grupo para poder hacer crecer a la persona.

**Factores Salud Mental Positiva:** factores que se potencian de la Salud Mental Positiva.

- **Factor 1:** Satisfacción personal
- **Factor 2:** Actitud Prosocial
- **Factor 3:** Autocontrol
- **Factor 5:** Resolución de problemas y Autoactualización
- **Factor 6:** Habilidades de Relación Interpersonal

**Capacidades fundamentales de Agencia de Autocuidado:** componentes de poder que se potencian de la Agencia de Autocuidado + capacidades operacionales

- **Componente de poder 1:** Habilidad para mantener la atención sobre uno mismo como agente de autocuidado, hacia las condiciones externas e internas y hacia los factores importantes para el autocuidado.
- **Componente de poder 2:** Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para el cumplimiento de las operaciones de autocuidado.
- **Componente de poder 10:** Un conjunto de habilidades cognoscitivas, preceptuales, manipulativas, de comunicación e interpersonales adaptadas a la ejecución de actividades de autocuidado.

## Programa Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE)

## 4. Intervención NIC 6040. Terapia de relajación. (Mandalas)

**Objetivos**

- Identificar la valía personal mediante un juego simbólico.
- Valorar la importancia de aprovechar el momento que nos ofrece la vida.
- Reflexionar sobre la fugacidad de la vida y la importancia que le damos a veces a cosas sin importancia.
- Reconocer la necesidad de los seres humanos de la cooperación conjunta.

**Materiales empleados:** mandalas para colorear.

**Actividad propuesta**

- Colorear una mandala.

**Dinámica:**

Se repartieron mandalas para colorear y observar los colores que la componen y el orden utilizado en el coloreado. Se pidió a las participantes que realizaran la mandala en casa.

Se explicó la importancia de hacerla solas, tranquilas, escogiendo el color que quisieran aunque no pegaran entre sí, también se explicó que no era importante que las colorearan de forma perfecta.

**Factores Salud Mental Positiva:** factores que se potencian de la Salud Mental Positiva.

- **Factor 1:** Satisfacción personal
- **Factor 2:** Actitud Prosocial
- **Factor 4:** Autonomía
- **Factor 5:** Resolución de problemas y Autoactualización
- **Factor 6:** Habilidades de Relación Interpersonal.

**Capacidades fundamentales de Agencia de Autocuidado:** componentes de poder que se potencian de la Agencia de Autocuidado + capacidades operacionales

- **Componente de poder 1:** Habilidad para mantener la atención sobre uno mismo como agente de autocuidado, hacia las condiciones externas e internas y hacia los factores importantes para el autocuidado.
- **Componente de poder 2:** Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para el cumplimiento de las operaciones de autocuidado.
- **Componente de poder 7:** Realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria.
- **Componente de poder 8:** Habilidad para llevar a cabo de forma consistente las operaciones de autocuidado, integrándolas con aspectos relevantes de la persona, la familia y la comunidad.

## Programa Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE)

## 5. Intervenciones NIC 6040. Terapia de relajación, NIC 6000. Imaginación simple dirigida. NIC 4400. Musicoterapia. (Nube mágica)

**Objetivos**

- Visualizar aspectos de la naturaleza que nos conduzcan a la relajación
- Escuchar los sonidos de la naturaleza: agua, pájaros, viento, hojas..
- Identificar los olores de la naturaleza: olor a mar, a tierra...
- Identificar las sensaciones de tacto de la naturaleza: el tacto de la hierba, del agua pasando por las manos...
- Evocar el sabor de las frutas, sabores agradables y relajantes: el sabor de una naranja...

**Materiales empleados:** Reproductor de CD, CD con música relajante, colchonetas y sillas.

**Actividad propuesta**

- Conseguir que el paciente viaje mentalmente ayudando con la descripción de la escena detallando la situación e implicando los cinco sentidos.

**Dinámica:** se realizó un ejercicio de visualización (imaginación simple dirigida) simulando que viajábamos en una nube mágica que nos transportaba a modo de viaje por un paraje de la naturaleza en el que íbamos encontrando diferentes situaciones en las que teníamos que usar los cinco sentidos, uno por uno y haciendo énfasis en poner atención a cada uno de ellos, la sensación que teníamos era de relajación y de paz. (Las personas que no podían tumbarse en la colchoneta realizaron el ejercicio sentados en una silla puesta en la pared para poder recostarse).

**Factores Salud Mental Positiva:** factores que se potencian de la Salud Mental Positiva.

- **Factor 1:** Satisfacción personal
- **Factor 3:** Autocontrol
- **Factor 4:** Autonomía
- **Factor 5:** Resolución de problemas y Autoactualización

**Capacidades fundamentales de Agencia de Autocuidado:** componentes de poder que se potencian de la Agencia de Autocuidado + capacidades operacionales.

- **Componente de poder 1:** Habilidad para mantener la atención sobre uno mismo como agente de autocuidado, hacia las condiciones externas e internas y hacia los factores importantes para el autocuidado.
- **Componente de poder 2:** Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para el cumplimiento de las operaciones de autocuidado.
- **Componente de poder 3:** Estar motivado/a, tener metas para el autocuidado, de acuerdo con sus características y su significado para la vida, la salud y el bienestar.
- **Componente de poder 4:** Habilidad para razonar dentro de un marco de referencia de autocuidado, tomar decisiones acerca del autocuidado y operacionalizar dichas decisiones.

## Programa Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE)

**6. Intervención NIC 5100. Potenciación de la socialización. (Conversación)****Objetivos**

- Fomentar el compartir los problemas con los demás
- Facilitar la participación de los pacientes en grupos para explicar vivencias
- Facilitar la capacidad de las participantes para relacionarse verbalmente con las demás

**Materiales empleados:** sillas

**Actividad propuesta**

- Conversar entre todas las participantes del grupo

**Dinámica:** Nos sentamos con las sillas en círculo, se fomentó la conversación introduciendo pie para hablar a las participantes, respetando la participación de todas, dando paso de forma suave a otra participante preguntado por su opinión sobre el tema o si quería alguien añadir algo.

**Factores Salud Mental Positiva:** factores que se potencian de la Salud Mental Positiva.

- **Factor 2:** Actitud Prosocial
- **Factor 4:** Autonomía
- **Factor 5:** Resolución de problemas y Autoactualización
- **Factor 6:** Habilidades de Relación Interpersonal

**Capacidades fundamentales de Agencia de Autocuidado:** componentes de poder que se potencian de la Agencia de Autocuidado + capacidades operacionales.

- **Componente de poder 6:** Habilidad para ordenar acciones de autocuidado que lleven hacia la realización final de las metas de autocuidado.
- **Componente de poder 10:** Un conjunto de habilidades cognoscitivas, preceptuales, manipulativas, de comunicación e interpersonales adaptadas a la ejecución de actividades de autocuidado.

## Programa Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE)

## 7. Intervención NIC 6040 Terapia de relajación. (Ejercicios de relajación)

**Objetivos**

- Fomentar un estado de tranquilidad
- Liberar la tensión muscular y mental.

**Materiales empleados:** el dossier, colchonetas y sillas

**Actividad propuesta**

- Realizar ejercicios para relajarse

**Dinámica:**

Este ejercicio se realizó en el suelo, tumbadas en colchonetas se hicieron los ejercicios referidos en el dossier para la relajación, con una relajación guiada por los profesionales de enfermería.

**Factores Salud Mental Positiva:** factores que se potencian de la Salud Mental Positiva.

- **Factor 3:** Autocontrol
- **Factor 4:** Autonomía

**Capacidades fundamentales de Agencia de Autocuidado:** componentes de poder que se potencian de la Agencia de Autocuidado + capacidades operacionales.

- **Componentes de poder 1:** Habilidad para mantener la atención sobre uno mismo como agente de autocuidado, hacia las condiciones externas e internas y hacia los factores importantes para el autocuidado.
- **Componente de poder 2:** Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para el cumplimiento de las operaciones de autocuidado.
- **Componente de poder 5:** Habilidad para adquirir conocimientos acerca del autocuidado: técnicos y fuentes y recursos autorizados, retener dicho conocimiento y hacerlo operativo.
- **Componente de poder 6:** Habilidad para ordenar acciones de autocuidado que lleven hacia la realización final de las metas de autocuidado.
- **Componente de poder 9:** Regular energía física disponible para el autocuidado que sea suficiente para la iniciación y continuación de las operaciones del autocuidado.

## Programa Intervención Psicosocial de Enfermería (PIPSE)

**8. Intervención NIC 6040. Terapia de relajación. (Respiración abdominal)****Objetivos**

- Identificar la respiración propia
- Aprender la técnica de la respiración abdominal
- Aprender la técnica de la respiración profunda

**Materiales empleados:** el dossier, colchonetas y sillas.

**Actividad propuesta**

- Reconocer la respiración propia y sus posibles errores
- Realizar los ejercicios de respiración abdominal y profunda.

**Dinámica:** Nos sentamos con las sillas en círculo, y se realizaron los ejercicios siguientes: en silencio cada una prestaba atención a su propia respiración para reconocer los posibles errores, por ejemplo una respiración demasiado superficial o rápida, sin llenar el abdomen, luego empezamos a realizar los ejercicios propuestos para realizar la respiración abdominal y profunda.

**Factores Salud Mental Positiva:** factores que se potencian de la Salud Mental Positiva.

- **Factor 3:** Autocontrol
- **Factor 4:** Autonomía
- **Factor 5:** Resolución de problemas y Autoactualización

**Capacidades fundamentales de Agencia de Autocuidado:** componentes de poder que se potencian de la Agencia de Autocuidado + capacidades operacionales.

- **Componente de poder 1:** Habilidad para mantener la atención sobre uno mismo como agente de autocuidado, hacia las condiciones externas e internas y hacia los factores importantes para el autocuidado.
- **Componente de poder 2:** Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para el cumplimiento de las operaciones de autocuidado.
- **Componente de poder 5:** Habilidad para adquirir conocimientos acerca del autocuidado: técnicos y fuentes y recursos autorizados, retener dicho conocimiento y operacionalizarlo.
- **Componente de poder 7:** Realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria.
- **Componente de poder 9:** Regular energía física disponible para el autocuidado que sea suficiente para la iniciación y continuación de las operaciones del autocuidado.



# Anexo VIII

Financiación y difusión de la investigación



## Anexo VIII: Financiación y difusión de la investigación

### Financiación de la investigación

Esta investigación ha contado con la siguiente financiación:

***“Avaluació de la Salut Mental Positiva de persones amb problemes crònics de salut atesos a una consulta d’Infermeria de Atenció Primària de Salut”.***

- **Investigador principal:** Dra. M<sup>a</sup> Teresa Lluch
- **Equipo Investigador:** Montserrat Puig Llobet; M<sup>a</sup>Aurelia Sánchez Ortega; Núria Albacar Riobóo; M<sup>a</sup> Dolores Miguel Ruiz; Susana Mantas Jiménez; Anna M<sup>a</sup> Pulpón Segura; Miriam Broncano Bolsón; Montserrat Solà Pola; Sandra Gelabert Vilella.
- **Entidad financiadora:** Universidad de Barcelona
- **Expediente:** ACESB2011/03
- **Fecha de inicio:** 15 de Diciembre de 2011
- **Fecha de finalización:** 30 de Septiembre de 2012.
- **Financiación total del proyecto:** 2916 €

### Difusión de la investigación

#### Artículo:

- Lluch-Canut MT, Puig Llobet M, Sanchez-Ortega MA, Roldán Merino J y Ferré Grau C, and Positive Mental Health Research Group (2013). ***“Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status”.*** BMC Public Health 2013, 13:928. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/928>.  
Impact Factor: 2,32. Q2

### Ponencias y comunicaciones:

- Comunicación oral: Sánchez-Ortega MA .; Puig-Llobet M.; Lluch-Canut MT.; Pera G.; Miguel-Ruiz MD.; Roldán-Merino JF.; Oriach-Alonso MR.; Ingla-Mas J.; Marchal-Torralbo AM.(2013, Noviembre). **“Evaluación de la Capacidad de autocuidados de pacientes con problemas de salud crónicos atendidos en una consulta de enfermería de atención primaria”**. Ponencia presentada en XVII Encuentro Internacional de Investigación en Curas de Enfermería INVESTEN- Instituto de Salud Carlos III, Lleida.
- Póster: Sánchez-Ortega MA.; Puig-llobet M.; Lluch-Canut MT.; Miguel-Ruiz MD.; Roldán-Merino JF (2013, Julio). **“Relación entre Autocuidado y Salud Mental Positiva en personas con problemas crónicos de salud”**. Presentación de póster electrónico, realizada en Simposio Concha Colomer “Building Bridges Synergies for Health, celebrado en Gerona.
- Póster: Sánchez-Ortega MA.; Puig, M.; Lluch, MT.; Oriach, MR.; Marchal, AM.; Ingla, J. (2012, Diciembre). **“Evaluación de la Salud Mental Positiva en pacientes crónicos en Atención Primaria”**. Presentación de póster en la 2<sup>a</sup> Jornada del Pla de Salut a Catalunya 2011-2015, celebrado en Sitges, Barcelona.
- Póster: Sánchez-Ortega MA.; Puig, M.; Lluch, MT.; Oriach, MR.; Marchal, AM. (2012, Octubre). **“Evaluación de la Salud Mental Positiva en pacientes crónicos en Atención Primaria”**. Presentación de póster en la XI Congrés de la Associació d’Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC), celebrado en Sitges, Barcelona.

## Capítulo de Libro

- Lluch-Canut, MT; Puig-Llobet, M; Sánchez-Ortega, MA; Miguel-Ruiz, D; Albacar-Riobóo, N; Mantas-Jiménez, S; Broncano-Bolzoni, M; Pulpón-Segura, AM; Solà-Pola, M; Gelabert-Vilella, S (2014). **“Evaluación de la Salud Mental Positiva de personas con problemas crónicos de salud atendidos en una consulta de enfermería de Atención Primaria de Salud”**. En J.F. Roldán-Merino y M.T. Lluch-Canut (Coords.), Diseños de proyectos de investigación en enfermería de salud mental y adicciones (pp. 136-145). Esplugues de Llobregat (Barcelona): Ediciones San Juan de Dios- Campus Docent, Colección Digital Profesionalidad No. 2. ISBN: 978-84-939878-5-5. Depósito legal: B 9015-2014.



# Anexo IX

Autorización de la institución



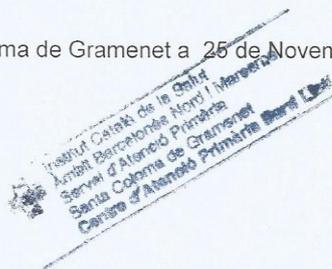
**Anexo IX: Autorización de la institución**

En relació al projecte: *"Efectividad de un programa de intervenció psicosocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crònics de salud"*, presentat per la Sra. **M<sup>a</sup> Aurelia Sánchez Ortega**, Infermera del EAP Barri Llatí de Santa Coloma de Gramenet, per a realitzar la seva Tesi Doctoral en l'àmbit d'Atenció Primària

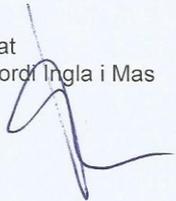
Es fa constar:

Que havent estat revisat per la direcció del Centre EAP Barri Llatí, Director **Sr. Jordi Ingla i Mas** i adjunta a la Direcció, **Sra. Remei Moreno i Granada**, i amb el vist-i-plau previ de la **Sra. Amelia Fabregat i Garcia**, Directora de la SAP de Santa Coloma de Gramenet i del **Sr. Pere Torán i Monserrat** Coordinador de l'Unitat d'Investigació IDIAP Jordi Gol i Gorina del Institut Català de la Salut de la Metropolitana Nord, es dona permís per desenvolupar aquest treball en el nostre centre.

Santa Coloma de Gramenet a 25 de Novembre de 2011.



Signat  
Sr. Jordi Ingla i Mas



Signat  
Sra. Remei Moreno i Granada





---

Recomendación nº10:

“No hay que olvidarse de pintar la vida con humor para que esta tenga más color”

Decálogo de Salud Mental Positiva. Lluch MT (2011)

---

**Artículo**



RESEARCH ARTICLE

Open Access

# Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status

Teresa Lluch-Canut<sup>1\*</sup>, Montserrat Puig-Llobet<sup>1</sup>, Aurelia Sánchez-Ortega<sup>2</sup>, Juan Roldán-Merino<sup>3,4</sup>, Carmen Ferré-Grau<sup>5</sup> and Positive Mental Health Research Group

## Abstract

**Background:** A holistic perspective on health implies giving careful consideration to the relationship between physical and mental health. In this regard the present study sought to determine the level of Positive Mental Health (PMH) among people with chronic physical health problems, and to examine the relationship between the observed levels of PMH and both physical health status and socio-demographic variables.

**Methods:** The study was based on the Multifactor Model of Positive Mental Health (Lluch, 1999), which comprises six factors: Personal Satisfaction (F1), Prosocial Attitude (F2), Self-control (F3), Autonomy (F4), Problem-solving and Self-actualization (F5), and Interpersonal Relationship Skills (F6). The sample comprised 259 adults with chronic physical health problems who were recruited through a primary care center in the province of Barcelona (Spain). Positive mental health was assessed by means of the Positive Mental Health Questionnaire (Lluch, 1999).

**Results:** Levels of PMH differed, either on the global scale or on specific factors, in relation to the following variables: a) age: global PMH scores decreased with age ( $r=-0.129$ ;  $p=0.038$ ); b) gender: men scored higher on F1 ( $t=2.203$ ;  $p=0.028$ ) and F4 ( $t=3.182$ ;  $p=0.002$ ), while women scored higher on F2 ( $t=-3.086$ ;  $p=0.002$ ) and F6 ( $t=-2.744$ ;  $p=0.007$ ); c) number of health conditions: the fewer the number of health problems the higher the PMH score on F5 ( $r=-0.146$ ;  $p=0.019$ ); d) daily medication: polymedication patients had lower PMH scores, both globally and on various factors; e) use of analgesics: occasional use of painkillers was associated with higher PMH scores on F1 ( $t=-2.811$ ;  $p=0.006$ ). There were no significant differences in global PMH scores according to the type of chronic health condition. The only significant difference in the analysis by factors was that patients with hypertension obtained lower PMH scores on the factor Autonomy ( $t=2.165$ ;  $p=0.032$ ).

**Conclusions:** Most people with chronic physical health problems have medium or high levels of PMH. The variables that adversely affect PMH are old age, polypharmacy and frequent consumption of analgesics. The type of health problem does not influence the levels of PMH. Much more extensive studies with samples without chronic pathology are now required in order to be able to draw more robust conclusions.

\* Correspondence: [tluch@ub.edu](mailto:tluch@ub.edu)

<sup>1</sup>Mental Health Sciences Department, School of Nursing, University of Barcelona, Campus of Health Sciences, Feixa Llarga, s/n, 08907-Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

Full list of author information is available at the end of the article

## Background

The notion of Positive Mental Health (PMH) arose out of changes in the general mental health context that took place during the first half of the twentieth century. This period saw a shift in the way that mental disorders were described and approached, namely it became accepted that mental health was more than just the absence of illness, the term “mental health” came to be used as a broad concept covering both mental wellbeing and mental illness, and greater emphasis was placed on the need to work from a community perspective in order to prevent and, especially, to promote mental health. This approach remains a cornerstone of current mental health policy, as is illustrated by the various documents and lines of work being followed by the main political and health institutions [1-8]. In Spain, both the central government and the governments of the various autonomous regions consider the positive aspect of mental health in their mental health plans and strategies [9-11].

Although there is no single definition of mental health, the one published by the World Health Organization in 2001 places considerable emphasis on the positive aspect, it being stated that “*mental health is a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community*” [12]. This definition makes clear that mental health is more than just the absence of illness, and it is this aspect that is captured by the concept of PMH. By moving beyond a narrow vision of disorder it becomes possible to think in terms of promoting mental health by fostering and developing the optimal functioning of the human individual [13,14]. In this same regard the Public Health Agency of Canada (PHAC) states that “*mental health is the capacity of each and all of us to feel, think, and act in ways that enhance our ability to enjoy life and deal with the challenges we face. It is a positive sense of emotional and spiritual well-being that respects the importance of culture, equity, social justice, interconnections and personal dignity*” [15].

However, this positive perspective on mental health is not founded on a single criterion. Cowen and Kilmer (2002)'s analysis of several studies found a total of 60 criteria or variables referring to the positive side of mental health [16]. Some of them are constructs (such as wellbeing, quality of life, resilience, sense of coherence, optimism, happiness or flourishing) that have generated conceptual and metric approaches of considerable interest [17], with some of the key theoretical approaches being: The conception of Psychological well-being de Bradburn (1969) as the balance between two independent dimensions which he termed positive and negative affect [18]; The salutogenic approach of Antonovsky

(1996) which focused on coping rather than stressors and “salutory” factors rather than risk factors [19]; Scheier and Carver (1985) proposed the optimism/pessimism dimension, which they described as a tendency to believe that one will generally experience either good or bad outcomes in life [20]; Character strengths and virtues of Peterson and Seligman [21]; the resilience of Rutter as the capacity to cope with adversity and to avoid breakdown or diverse health problems when confronted with stressors [22]. These theoretical perspectives have also led to the development of important measurement instruments, such as: the Bradburn Affect Balance Scale of Bradburn, [19], The General Well-Being Schedule (GWBS) de Dupuy [23], The Subjective Well-Being de Ryff [24], the Life Orientation Test (LOT) de Scheier and Carver [25], The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) [26].

However, as Lehtinen, Sholman & Kovess-Masfety (2005) points out “*Happiness or life satisfaction are necessarily not the same as positive mental health, although they can be seen as essential components of the construct. More research on the epidemiology of positive mental health is evidently needed*” [27]. Indeed, it is interesting to study the PMH as a construct. Cronbach and Meehl (1955) [28] define a construct as a concept for which there is not a single observable referent, which cannot be directly observed, and for which there exist multiple referents, but none all-inclusive. The question is, however, how many factors or criteria are required to define mental health? The idea of PMH as a construct can be traced back to the pioneering work of Marie Jahoda in 1958 [29], who proposed six general criteria and 16 specific criteria to define the construct PMH. Although Jahoda's work has been, and continues to be, widely cited, empirical applications of it have yet to be developed. Furthermore, some authors have explicitly stated that their work is based on Jahoda's proposals but they have not maintained the PMH construct [24,30,31]. The lack of conceptual definitions and specific instruments for evaluating the PMH construct was highlighted by the EUROHIS project, which led to the suggestion that PMH could be assessed by using the Energy and Vitality subscale of the SF-36 [32]. As a result this subscale has been used by recent research on PMH in the European population – Eurobarometers studies [33-35]. Something similar occurred with the MIDUS (Midlife in the United States) [36] in the USA. The aim of this project, which used various assessment scales, was to evaluate health in the midlife population, not simply from the perspective of standard health indicators or in terms of the absence of illness but also in relation to variables such as quality of life and psychological wellbeing. In a similar vein, researchers in Canada have used the definition of mental health formulated by the PHAC (Public Health

Agency of Canada) to operationalize the PMH construct into five components: 1) Ability to enjoy life; 2) Dealing with life's challenges; 3) Emotional well-being; 4) Spiritual well-being; and 5) Social connections and respect for culture, equity, social justice and personal dignity [37,38]. Another recent study of PMH as a construct has been done with Asian population considering the relevance of spiritual and religious practices to mental health [39].

One line of work on PMH is that being developed in Spain, in this case based on the conceptual and metric model of Lluch (1999) [40]. Building on the work of Jahoda, Lluch (1999) proposed a multifactor model of PMH comprising six factors that together constitute the PMH construct: Personal Satisfaction (F1), Prosocial Attitude (F2), Self-control (F3), Autonomy (F4), Problem-solving and Self-actualization (F5), and Interpersonal Relationship Skills (F6). The conceptual description of each factor is shown in Table 1. A measurement instrument, the Positive Mental Health Questionnaire (PMHQ),

has also been developed in order to operationalize the model and measure PMH [41].

The questionnaire was constructed in three stages. The first was the conceptual definition of the six factors, and the second was the creation of the items and structuring of the questionnaire. We conducted an exhaustive search of questionnaires which measured concepts related to positive mental health or evaluated any of the six factors proposed. The search generated a large pool of items. A measurement instrument was designed with a total of 39 items distributed among the six general factors that made up the hypothetical model. The third stage was validation, in which psychometric reliability and validity analyses were conducted. The internal consistency of the instrument was calculated using Cronbach's alpha coefficient (1990) [42] and temporal stability was analyzed with the test-retest correlation after 40 days. For content validity, five expert raters were recruited: three psychologists and two psychiatrists specializing in mental health. The raters analyzed the scale applying criteria of relevance and representativeness to assess the fit of the contents of the items to the factors. Other criteria assessed were the length of the questionnaire and the proposed number of factors. The analysis was carried out before the scale was administered. The reports were favourable in all cases, with a unanimous level of agreement. To analyze the criterion validity the General Health Questionnaire, GHQ-12 (Goldberg, 1972) [43] was administered. For construct validity an exploratory factor analysis was performed, using the principal components method and applying oblimin rotation which, according to Nunnally and Bernstein (1995) [44], may provide a more precise factorial definition. We also analyzed the correlations between factors.

The structure and psychometric properties of this instrument are described below in the Methods section. The PMHQ is currently being used by various research groups, both in Spain and internationally [45-47]. A decalogue of practical recommendations has also been designed to show how the theory can be applied in everyday life [48].

The Multifactor Model of Positive Mental Health is based on a holistic view of health and considers that there is a close inter-relationship between physical and mental health. However, the relationship between physical and mental health and between the social, biological and psychological determinants of these positive states is complex. The cooccurrence of physical illness and mental illness is well established and the complex nature of their relationships is being increasingly explored. But research defining positive states of health – mental and physical – is limited. Research has been conducted into the influence of positive states of mind on physical health [49,50], and one of the consequences of this work is that PMH can be regarded as a key aspect of the

**Table 1 Multifactor model of positive mental health (Lluch, 1999)**

| PMH factors                                | Definition  |
|--|---|
| F1: Personal Satisfaction                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Self-concept/Self-esteem</li> <li>- Satisfaction with personal life</li> <li>- Optimistic outlook on the future</li> </ul>   |
| F2: Prosocial Attitude                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Active predisposition towards society</li> <li>- Altruistic social attitude; attitude of helping/supporting others</li> <li>- Acceptance of others and of differential social characteristics</li> </ul>   |
| F3: Self-Control                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ability to cope with stress/situations of conflict</li> <li>- Emotional balance/emotional control</li> <li>- Tolerance of frustration, anxiety and stress</li> </ul>   |
| F4: Autonomy                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Able to have one's own standards</li> <li>- Independence</li> <li>- Self-regulation of one's behavior</li> <li>- Sense of personal security/self-confidence</li> </ul>   |
| F5: Problem-Solving and Self-Actualization | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analytical capacity</li> <li>- Able to make decisions</li> <li>- Flexibility/able to adapt to change</li> <li>- Attitude of continuous growth and personal development</li> </ul>  |
| F6: Interpersonal Relationship Skills      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Able to establish interpersonal relationships</li> <li>- Empathy/ability to understand the feelings of others</li> <li>- Able to give emotional support</li> <li>- Ability to establish and maintain close interpersonal relationships.</li> </ul> |

PMH: Positive Mental Health.

individual's overall health status, in relation to which it would act as a protective factor [1,6,7,17,19,22,51]. One sector of the population where it would be important to determine this relationship between physical and mental health is that comprising people with chronic health problems (e.g., hypertension, diabetes or asthma). Therefore, the present study aimed to explore the relationship between PMH and a number of socio-economic variables and physical health conditions in a sample of people with chronic diseases of this kind.

## Methods

A cross-sectional, descriptive and correlational study was carried out between January and May 2012. The study sample comprised people with chronic physical health diseases who were being seen by a nurse attached to a primary care center in Barcelona (Spain). As is common in Spain this primary care center was organized into what are known as "basic healthcare units", each one comprising a general practitioner and associated staff. A total of 1295 adults were registered with the Basic Healthcare Unit (BHU) studied here. All patients aged over 45 who were being seen by the nurse of this basic healthcare unit were eligible for inclusion, although participation was strictly voluntary. Patients were excluded if they were not registered with the basic healthcare unit in question, or if they declined to take part. A total of 441 people aged over 45 were registered with the said healthcare unit. The sample was chosen by means of accidental (non-probability) sampling, yielding a sample size of  $n = 259$  with an  $\alpha$  risk = 0.05 for a precision of 5%.

The study variables were grouped into four blocks: a) socio-demographic variables: age (45–55; 56–65; 66–75;  $y > 75$  years), gender (male/female), level of education (none, primary, professional training, high school), marital status (single, married, widowed, divorced, civil partner), number of children, nationality/place of birth (country and autonomous region within Spain); b) employment variables: profession (housewife, industrial worker, service sector, construction) and employment status (permanent, temporary, unemployed, retired); c) physical health variables: type of chronic condition according to the International Classification of Diseases (ICD-9), number of chronic conditions, prescribed drug consumption (0 to 5 different drugs per day, 6 or more different drugs per day) and frequency of analgesic use (occasionally/daily); and d) the PMH variable, assessed according to the six factors of the above mentioned Multifactor Model of Positive Mental Health: Personal Satisfaction (F1), Prosocial Attitude (F2), Self-control (F3), Autonomy (F4), Problem-solving and Self-actualization (F5), and Interpersonal Relationship Skills (F6). PMH was also evaluated as a single variable based on the global score for the six factors.

The socio-demographic and employment variables, as well as those related to physical health conditions, were assessed by means of an ad hoc instrument constructed with different types of closed question, depending on whether the variables were dichotomous or multiple.

The PMH variable was assessed using the Positive Mental Health Questionnaire (PMHQ; Lluch, 1999) [40,41]. This questionnaire comprises 39 items which are unevenly distributed across the six factors that define the construct: F1-Personal Satisfaction (8 items), F2-Prosocial Attitude (5 items), F3-Self-control (5 items), F4-Autonomy (5 items), F5-Problem-solving and Self-actualization (9 items), and F6-Interpersonal Relationship Skills (7 items). The items take the form of positive or negative statements which are responded to a scale ranging from 1 to 4, according to how frequently they occur: always or almost always, quite often, sometimes, never or rarely. The questionnaire provides a global score for PMH (sum of the item scores) as well as specific scores for each factor. The global PMH value ranges from 39 points (low PMH) to 156 points (high PMH). The minimum and maximum values for each factor are: 8–32 (factor F1), 5–20 (factor F2), 5–20 (factor F3), 5–20 (factor F4), 9–36 (factor F5) and 7–28 (factor F6).

The PMHQ has been validated in a population of students and in the general population. The first study was conducted with a sample of 387 first- and second-year students at the School of Nursing at the University of Barcelona, during the 1998–1999 academic year. To assess the test-retest reliability, the questionnaire was administered after an interval of 40 days to 298 subjects. All questionnaire items obtained discrimination scores above 0.25. In the exploratory factor analysis the six factors extracted accounted for 46.8% of the total variance of the questionnaire. In the resulting factor matrix, the weights of each item with respect to the factor extracted were above 0.40 in all cases. The overall correlation of the GHQ-12 with the PMHQ was  $r = -0.41$ . The Cronbach's alpha (internal consistency) of the global scale was 0.91, and by factors the values obtained were: F1 = 0.83; F2 = 0.58; F3 = 0.81; F4 = 0.77; F5 = 0.79; and F6 = 0.71. In the test re-test analysis the values were similar: global PMH = 0.85; F1 = 0.79; F2 = 0.60; F3 = 0.72; F4 = 0.77; F5 = 0.77; F6 = 0.72. The second validation study in the general population was conducted with a sample of 581 subjects, in 2006. For the criterion validity of the WHOQOL-BREF was added. In exploratory factor analysis the six factors extracted accounted for 44.6% of the total variance of the questionnaire. The overall correlation of the PMHQ with the GHQ-12 was  $r = -0.43$  and with the WHOQOL-BREF  $r = 0.54$  [52]. The Cronbach's alpha (internal consistency) of the overall scale was 0.88 (men = 0.87 and women = 0.89) and according to factors the values

obtained were:  $F1 = 0.77$ ;  $F2 = 0.59$ ;  $F3 = 0.78$ ;  $F4 = 0.72$ ;  $F5 = 0.75$ ; and  $F6 = 0.66$ . In the retest analysis (with an interval of 35 days) similar values were obtained: global PMH = 0.84;  $F1 = 0.77$ ;  $F2 = 0.55$ ;  $F3 = 0.74$ ;  $F4 = 0.82$ ;  $F5 = 0.68$ ;  $F6 = 0.60$ .

The nurse attached to the basic healthcare unit gave out the PMHQ to patients, who completed it alone once consent had been obtained from both the primary care center and the patients themselves.

Data were analyzed using the software package PASW 18. In general, tests were considered significant when they had a  $p$  value less than 0.05 (alpha significance level = 5). All tests were two-tailed.

Categorical variables were analyzed in the form of frequency and percentage tables, while numerical variables were considered in terms of basic descriptive statistics (mean, median, quartiles, standard deviation, and standard error). Means of a normally distributed numerical variable were compared using the Student's  $t$  test when there were two groups, and by one-way ANOVA when there were more than two groups. The non-parametric Mann-Whitney U test was used for groups with a small sample size.

Two numerical variables were compared by means of Pearson or Spearman correlations (depending on whether or not the two variables were normally distributed).

We also analysed the psychometric properties of reliability and validity of the PMHQ. The internal consistency of the instrument was calculated using the Cronbach alpha coefficient (1990) [42] and a principal components factor analysis was performed using oblimin rotation.

This study was approved by the Ethical Committee of Clinical Research of the *Fundació Jordi Gol i Gorina* (Primary Care Research Institute, Catalonia, Spain).

## Results

### Descriptive socio-demographic data

There was a slightly higher proportion of women than men (54.1% versus 45.9%). The most common age of patients was between 66 and 75 years (43.2%). The majority of them (81.9%) were married, and the most common number of children was two (54.1%). A high proportion of the sample had no formal schooling (42.1%) or had only completed primary education (49%). The large majority (90%) had been born in a different autonomous region of Spain to the one in which they currently lived (Catalonia), and were therefore immigrants to this region. As regards their employment status, 67.9% were retired, 16.6% had a permanent job, 12.3% were unemployed and 3.1% had no stable employment. By profession the sample could be classified as follows: 33.9% were housewives, 32.4% worked in the service sector, 8.5% worked in industry and 7.3% were employed in the construction sector.

### Descriptive physical health conditions data

The most frequent chronic health condition was hypertension (68.7%), followed by Hypercholesterolemia (55.2%), Diabetes Mellitus (26.3%) and Osteoarthritis (17.4%). Sixty per cent of the sample had one or two health conditions, while 35.5% had three or more. The majority of patients (69.1%) were taking between one and five different prescribed drugs per day, with the remaining 30.9% receiving polymedication (6 or more different drugs per day). As regards consumption of analgesics, 68.7% did not take painkillers or only did so occasionally, while the remaining 31.3% of patients used them on a daily basis.

### Psychometric properties of the PMHQ

In the principal components factor analysis the six factors extracted explained 48.3% of the total variance of the questionnaire. The F1 factor explained the highest percentage of explained variance (21.5%) while the other five factors participated to a much lower extent ( $F2 = 9.2\%$ ;  $F3 = 5.1\%$ ;  $F4 = 4.7\%$ ;  $F5 = 4.1\%$ ;  $F6 = 3.6\%$ ). In the resulting factor matrix, the weights of each item with regard to the factor extracted were greater than 0.40 in all cases.

The Cronbach's alpha (internal consistency) of the overall scale was 0.91 and for the factors the values obtained were:  $F1 = 0.75$ ;  $F2 = 0.60$ ;  $F3 = 0.76$ ;  $F4 = 0.64$ ;  $F5 = 0.82$ ; and  $F6 = 0.64$ .

### Descriptive positive mental health and age groups data

Results from the PMHQ showed that the mean global PMH score was  $X = 118$  ( $SD = 15.5$ ). The global PMH score decreased with age. The mean score among patients aged 45–55 years was  $X = 121.29$  ( $SD = 16.70$ ), while in those aged 76 and over it was  $X = 113.88$  ( $SD = 15.85$ ), which corresponded to the lowest level of PMH in this sample. PMH scores were practically the same in the 56–65 and 66–75 age groups (Table 2).

The analysis of PMH levels by age and by specific factor revealed the following: 1) the highest level of Personal Satisfaction (F1) was reported by patients aged 65–75 years, while the lowest level corresponded to the 45–55 age group; 2) scores for Prosocial Attitude (F2) were very similar across all the age groups; 3) the lowest scores on Self-control (F3) were obtained by patients aged 76 and over, while the highest scores corresponded to the 45–55 and 65–75 age groups; 4) scores for Autonomy (F4) were very similar across all the age groups; 5) Problem-solving ability and Self-Actualization (F5) decreased with age; and 6) Interpersonal Relationship Skills (F6) decreased with age.

Global scores on the PMHQ were then analyzed according to three levels of mental health: low, moderate and high. A low level was defined as more than one standard deviation below the mean obtained in the study

**Table 2 Levels of PMH score, both global and by factor according to age**

| Age for intervals                                  | Mean (SD)    | Min | Max |
|--|--------------|-----|-----|
| <b>Global PMH</b>                                  |              |     |     |
| 45-55  | 121.2 (7,16) | 87  | 150 |
| 56-65  | 119.3 (3,14) | 86  | 15  |
| 66-75  | 119.0 (7,15) | 83  | 153 |
| >76  | 113.8 (7,15) | 82  | 151 |
| <b>Fac1 Personal Satisfaction</b>                  |              |     |     |
| 45-55  | 24.8 (3,5)   | 8   | 31  |
| 56-65  | 25.2 (3,8)   | 15  | 132 |
| 66-75  | 26.9 (3,8)   | 16  | 32  |
| >76  | 25.8 (3,7)   | 17  | 32  |
| <b>Fac2 Prosocial Attitude</b>                     |              |     |     |
| 45-55  | 16.5 (2,4)   | 12  | 20  |
| 56-65  | 16.7 (2,2)   | 10  | 20  |
| 66-75  | 16.3 (2,4)   | 10  | 20  |
| >76  | 16.3 (2,8)   | 9   | 20  |
| <b>Fac3 Self Control</b>                           |              |     |     |
| 45-55  | 14.0 (4,0)   | 6   | 20  |
| 56-65  | 13.9 (3,1)   | 7   | 20  |
| 66-75  | 14.0 (3,3)   | 5   | 20  |
| >76  | 12.9 (3,0)   | 6   | 20  |
| <b>Fac4 Autonomy</b>                               |              |     |     |
| 45-55  | 15.8 (2,2)   | 6   | 20  |
| 56-65  | 15.6 (3,0)   | 8   | 20  |
| 66-75  | 15.4 (2,7)   | 6   | 20  |
| >76  | 15.9 (2,1)   | 11  | 20  |
| <b>Fac5 Problem-Solving and Self-Actualization</b> |              |     |     |
| 45-55  | 28.2 (5,1)   | 19  | 36  |
| 56-65  | 26.9 (4,7)   | 18  | 36  |
| 66-75  | 26.4 (5,3)   | 15  | 36  |
| >76  | 22.9 (5,6)   | 12  | 35  |
| <b>Fac6 Interpersonal Relationship Skills</b>      |              |     |     |
| 45-55  | 21.6 (3,2)   | 15  | 27  |
| 56-65  | 20.7 (3,7)   | 10  | 28  |
| 66-75  | 20.7 (3,5)   | 11  | 28  |
| >76  | 19.9 (3,5)   | 10  | 28  |

PMH: Positive Mental Health.  
 Minim: Minimum.  
 Maxim: Maximum.  
 SD: Standard Deviation.

sample ( $X = 118.6$ ), a moderate level corresponded to one standard deviation ( $SD = 15.5$ ) either side of the mean, and a high level was equivalent to more than one standard deviation above the mean. This categorization revealed that 16.9% of the sample had a low level of mental health, 65.5% a moderate level and 17.6% a high level.

**Correlations between PMH scores and socio-demographic characteristics**

Analysis of PMH scores in relation to gender (Table 3) revealed significant differences on four factors. On F1 (Personal Satisfaction) the mean score for men was higher than that of women ( $t = 2.203$ ;  $p = 0.028$ ). Conversely, on F2 (Prosocial Attitude) women obtained a higher mean score than did men ( $t = -3.086$ ;  $p = 0.002$ ). On F4 (Autonomy) the mean score for men was higher than that of women ( $t = 3.182$ ;  $p = 0.002$ ). And, on F6 (Interpersonal Relationship Skills) women obtained a higher mean score than did men ( $t = -2.744$ ;  $p = 0.007$ ).

As regards levels of PMH according to age, Pearson's  $r$  showed a significant correlation (Table 4) between age and: a) the global score: as age increased, the global level of PMH tended to fall ( $r = -0.129$ ;  $p = 0.038$ ); and b) Problem-solving and Self-actualization (F5): the level of PMH on this factor tended to decrease with age ( $r = -0.269$ ;  $p = 0.001$ ).

With respect to marital status there were no differences in the level of PMH between any of the sub-categories of this variable, neither for those patients with a partner or for those who lived alone (regardless of whether they were single, widowed or divorced). Neither were any significant differences observed in the level of PMH according to the number of children a patient had.

The relationship between PMH scores (both global and by factor) and educational level was analyzed by means of Spearman correlations. Although none of the correlations was statistically significant, a strong trend towards significance was observed for the global PMH score ( $r = 0.115$ ;  $p = 0.064$ ) and for the scores on F4-Autonomy ( $r = 0.114$ ;  $p = 0.068$ ) and F5-Problem-solving and Self-actualization ( $r = 0.123$ ;  $p = 0.048$ ). For both the global score and the score on these two factors the analysis showed that the level of PMH tended to increase with higher levels of education.

**Table 3 Relationship between PMH and gender**

| PMH   | Male                 | Female               | t      | p*    |
|---|----------------------|----------------------|--------|-------|
|   | Mean (SD)<br>n = 119 | Mean (SD)<br>n = 140 |        |       |
| <b>Global PMH</b>                                   | 118.5 (15,8)         | 118.5 (3,15)         | .027   | 0.978 |
| <b>Fac1.</b> personal satisfaction                  | 26.2 (3,6)           | 25.1 (4,2)           | 2.203  | 0.028 |
| <b>Fac2.</b> prosocial attitude                     | 15.9 (2,3)           | 16.9 (2,4)           | -3.086 | 0.002 |
| <b>Fac3.</b> self control                           | 13.7 (3,3)           | 13.8 (3,3)           | -2.71  | 0.786 |
| <b>Fac4.</b> autonomy                               | 16.2 (2,5)           | 15.1 2,7             | 3.182  | 0.002 |
| <b>Fac5.</b> problem-solving and self actualization | 26.3 (5,6)           | 26.1 (5,1)           | .230   | 0.818 |
| <b>Fac6.</b> interpersonal relationship skills      | 20.0 (3,5)           | 21.2 (3,4)           | 2.744  | 0.007 |

PMH: Positive Mental Health.  
 SD: Standard Deviation.  
 \*Student's t test.

**Table 4 Relationship between PMH and age (n = 259)**

| PMH   | r      | p*    |
|---|--------|-------|
| <b>Global PMH</b>                                   | -0.129 | 0.038 |
| <b>Fac1.</b> personal satisfaction                  | .072   | 0.251 |
| <b>Fac2.</b> prosocial attitude                     | -.048  | 0.439 |
| <b>Fac3.</b> self control                           | -.067  | 0.280 |
| <b>Fac4.</b> autonomy                               | -.034  | 0.591 |
| <b>Fac5.</b> problem-solving and self actualization | -.269  | 0.000 |
| <b>Fac6.</b> interpersonal relationship skills      | -.115  | 0.066 |

PMH: Positive Mental Health.  
 \*Pearson correlation coefficient.

The one-way ANOVA, carried out to examine the relationship between level of PMH and place of birth, revealed no significant relationship. Neither was there any significant difference with respect to type of job or current employment status.

**Correlations between PMH scores and physical health conditions**

For each of the 16 chronic health diseases detected we compared the PMH scores (both global and by factor) obtained by patients with and without the condition (Table 5). Basic descriptive statistics (frequency, mean, standard deviation and standard error) were calculated for PMH levels in the two groups (i.e., those with and without each health condition). The Student's *t* test was used to compare the means between these two groups.

Significant differences in the level of PMH were only found in relation to hypertension and on F4 (Autonomy). Specifically, the mean PMH score obtained on this factor by patients without hypertension was higher than that of those with this condition ( $t = 2.165$ ;  $p = 0.032$ ). In general, the magnitude of effect sizes is small. But, as Cohen (1988) [53] pointed out, small differences may be of

interest in new areas of research or in studies with modest designs.

No significant differences were found in relation to the health conditions Diabetes Mellitus, Hypercholesterolemia, Osteoarthritis, Osteopathy, Hypothyroidism and Cancer. With regard to Heart Failure, Asthma, Arthritis, Hepatitis, Psoriasis, Alzheimer, Parkinson, Obesity and Fibromyalgia the number of patients was too small to allow an analysis of correlations.

As regards the amount of medication that patients were consuming daily there were significant differences in relation to the global PMH score and the score on F3 (Self-control), F4 (Autonomy) and F5 (Problem-solving and Self-actualization). Specifically, the median score of polymedication patients was significantly lower as compared with patients taking fewer than six prescribed drugs daily for: global PMH ( $t = 2.423$ ;  $p = 0.017$ ); F3 ( $t = 2.552$ ;  $p = 0.012$ ), F4 ( $t = 2.100$ ;  $p = 0.038$ ); and F5 ( $t = 2.617$ ;  $p = 0.010$ ).

With respect to analgesic consumption, whether or not a patient took painkillers had no effect on PMH scores, neither globally nor by factor. We then analyzed PMH levels among those patients who did use analgesics ( $N = 181$ ) according to how often they did so (daily or occasionally). A significant difference was only observed in relation to F1 (Personal Satisfaction), where the mean score of patients who occasionally took painkillers was significantly higher than that of those who used them on a daily basis ( $t = -2.811$ ;  $p = 0.006$ ).

Finally, the relationship between PMH levels and the number of chronic health conditions was examined by means of Spearman's correlation coefficients. The analysis only revealed a significant correlation in relation to F5-Problem-solving and Self-actualization ( $r = -0.146$ ;  $p = 0.019$ ), such that PMH scores on this factor were lower when the number of health conditions was higher. For the global PMH score the correlation was close

**Table 5 Relationship between PMH and physical health condition (Hypertension)**

| PMH   | Yes<br>Mean (SD)<br>n = 178 | No<br>Mean (SD)<br>n = 81 | t     | p*    | d**  |
|---|-----------------------------|---------------------------|-------|-------|------|
| <b>Global PMH</b>                                   | 117.8 (15.7)                | 120.0 (15.0)              | 1.042 | 0.298 | 0.14 |
| <b>Fac1.</b> personal satisfaction                  | 25.7 (4.1)                  | 25.4 (3.6)                | 0.698 | 0.486 | 0.09 |
| <b>Fac2.</b> prosocial attitude                     | 16.4 (2.4)                  | 16.6 (2.3)                | 0.756 | 0.433 | 0.10 |
| <b>Fac3.</b> self control                           | 13.8 (3.2)                  | 13.9 (3.4)                | 0.260 | 0.795 | 0.03 |
| <b>Fac4.</b> autonomy                               | 15.4 (2.9)                  | 16.1 (2.2)                | 2.165 | 0.032 | 0.29 |
| <b>Fac5.</b> problem-solving and self actualization | 25.9 (5.2)                  | 26.8 (5.5)                | 1.955 | 0.282 | 0.26 |
| <b>Fac6c</b> interpersonal relationship skills      | 20.5 (3.5)                  | 21.1 (3.4)                | 1.336 | 0.183 | 0.18 |

PMH: Positive Mental Health.  
 SD: Standard Deviation.  
 \*Student's *t* test.  
 \*\*Standardized Mean Difference.

to but failed to reach statistical significance ( $r = -0.019$ ;  $p = 0.081$ ).

## Discussion

### Perceived PMH

Most of the patients in this sample presented moderate or high levels of PMH. This finding is consistent with data from the Eurobarometer survey 2010 [35] which have found that people generally feel more positive than negative, in other words, they are able to experience positive emotions more often than negative ones. However, there has been a decrease in relation to positive feelings since the Eurobarometer survey conducted in 2006, with fewer people reporting that they have experienced positive emotions all or most of the time over the last month [34]. It would be interesting to carry out longitudinal studies in this regard.

The present results show that age is related to PMH, since global PMH scores were significantly lower among the oldest group of patients (aged 76 and over). This is consistent with previous findings [34,37]. However, it contrasts with the results of the MIDUS study [54], in which the best levels of PMH were reported by people aged 65–74 years. Our results for age can be explained by considering the different factors that make up the Multifactor Model of Positive Mental Health on which this study is based. Specifically, the finding that the global PMH score decreased with age is consistent with the fact that three of the model's six factors showed a relationship to age: older age was associated with lower scores on Self-control (F3), Problem-solving and Self-actualization (F5), and Interpersonal Relationship Skills (F6). In fact, on none of the factors did the oldest age group score higher than the other groups. This suggests that after the age of 75, perceived positive mental health decreases on certain factors (F3, F5 and F6) and is maintained on others (F1, F2 and F4). It should also be noted that the youngest age group (45–55 years) obtained the highest scores on the global PMH scale and on two factors (F5 and F6). By contrast, the same group was associated with the lowest PMH scores on Personal Satisfaction (F1). More detailed studies are now required to explore these findings in greater depth.

As regards the relationship between PMH and gender there were no differences between the global scores of men and women. However, the analysis by factors showed that women scored higher on F2 (Prosocial Attitude) and F6 (Interpersonal Relationship Skills), while men scored higher on F1 (Personal Satisfaction) and F3 (Self-control). These results are consistent with the Canadian study [34], in which men had higher levels of PMH in relation to emotional coping skills and wellbeing, while women scored higher on spiritual values

and social relationships. In the MIDUS study [54] women reported lower levels of PMH.

We observed no differences in PMH scores between employed and unemployed patients, a finding that contrasts with those studies which have reported lower levels of mental health among the unemployed and those with unstable jobs [37]. This aspect requires further exploration in future studies.

Overall, educational level showed no significant correlation with perceived PMH, although a strong trend towards significance was observed for the global score and for the scores on F4 (Autonomy) and F5 (Problem-solving and Self-actualization). While acknowledging that larger-scale studies are needed to confirm these findings the results are nonetheless in line with those obtained in the Canadian study [37], in which the highest levels of coping skills were shown by those with university-level education. Conversely, in the MIDUS study [54] education was not related to the perceived level of PMH.

According to the present results, living alone or with a partner did not have a significant effect on the level of PMH. This contrasts with the findings of previous research, such as the Eurobarometer 2010 [35], where living alone was associated with greater consumption of antidepressants, or the Canadian study [37], which found that people who lived alone or who didn't have a partner were more likely to report lower levels of emotional wellbeing. It should be noted, however, that what is normally assessed is the level of social support, rather than simply living alone or with someone else. Our study did not take this aspect into account, and it would be interesting to explore this variable in future research.

### PMH and physical health conditions

Most of our subjects had hypertension and hypercholesterolemia or diabetes. The association of two or more chronic conditions was very common, and the proportion of different conditions corresponds to the statistical data published by public health agencies and organizations [55,56]. This was also the case for daily medication consumption: 30.9% of the sample took more than six different prescribed drugs per day, and 31.3% took painkillers every day).

Overall, there was no chronic health condition that produced significant differences in the level of PMH reported by patients with and without the condition, which suggests that having a particular chronic health problem does not in itself influence the degree of PMH. Our research is entirely exploratory and the sample size is very small. Further studies will be needed to draw more robust conclusions. While some studies have found a relationship between physical health and mental health problems [57], our study does not allow us to draw conclusions in this regard. In order to examine

whether having a chronic disease is associated with PMH it would be necessary to perform this same study with a similar sample of subjects from the general population who do not suffer any chronic disease.

One chronic health condition, hypertension, yielded a significant difference on one of the factors of PMH. Specifically, patients without hypertension scored higher on F4 (Autonomy) than those with this condition. However, this result should be considered with caution because the magnitude of the effect size is small. For the remaining chronic problems the sample size was too small to allow conclusions to be drawn, hence the need for larger-scale studies in the future. This is an aspect worth exploring since the literature supports the relationship between perceived health status and quality of life, personal satisfaction and PMH [38,58,59]. For example, the MIDUS study [54] found that for persons aged 25–75 years those with physical health diseases reported lower levels of PMH than did those without such diseases. Similarly, people surveyed in the Eurobarometer study 2010 [35] also stated that physical health diseases had a negative impact on their PMH.

In this context, an important finding of the present study is the relationship between PMH and the amount of daily medication. Patients who took more medication reported lower levels of PMH, both in terms of the global score and on three of the six factors (Self-control, Autonomy, and Problem-solving and Self-actualization). However, the specific analysis for analgesic consumption showed that this was only associated with differences on F1 (Personal Satisfaction): patients who did not take painkillers on a daily basis reported greater satisfaction than those who did.

Some authors state that people with low levels of emotional stability and whose response to situations is often disproportionate or accompanied by irritability and anxiety may be more likely to develop a mental disorder in the future [60,61]. This suggests that positive mental health could be a key factor in terms of increasing the level of general health, and also for detecting those most at risk of developing a mental disorder [62,63].

### Limitations

One of the main limitations of this study is the sample size, such that the results need to be verified by studying much larger groups of people with chronic health diseases. This is especially the case for those health conditions where 1) it was not possible to examine the correlations due to the small number of patients (e.g., heart failure, asthma, etc.), 2) the results show a trend towards a significant relationship (e.g., obesity and Alzheimer's disease), and 3) those conditions, such as hypertension, for which a significant relationship was

observed but where a larger sample would be needed to generalize the results and draw firmer conclusions.

A further limitation is that all the subjects had at least one chronic health disease, and it would be necessary in the future to study people without any such condition in order to determine whether the same pattern of results is obtained.

### Conclusions

The study sample comprised older adults (aged 45 and over) whose socio-demographic profile and physical health status corresponded to the general population of people with chronic health problems who are seen in the primary care setting. In this context the main role of the nursing team is to monitor and manage the physical health problem.

The four most prevalent chronic health diseases in this sample were hypertension, hypercholesterolemia, diabetes and osteoarthritis. Overall, there was no chronic health condition that produced significant differences in the level of PMH reported by patients with and without the condition. This suggests that having a particular chronic health problem (as opposed to any other one) does not in itself influence the degree of PMH. However, there was one chronic health disease, namely hypertension, which did produce a significant difference on one of the PMH factors: patients without hypertension scored higher on F4 (Autonomy) than did those with this condition, but the magnitude of the effect size was small.

As regards medication, 30.9% of the sample took more than six different prescribed drugs per day (polymedication) and 31.3% used some form of analgesic on a daily basis. PMH showed a negative association with the amount of daily medication: the more medication that was taken the lower the reported level of PMH, both globally and on various factors. Patients who took painkillers every day scored higher on F1 (Personal Satisfaction) than did those who made less frequent use of analgesics.

Reported levels of PMH decreased with age, both in terms of the global score and the scores on F3 (Self-control), F5 (Problem-solving and Self-actualization) and F6 (Interpersonal Relationship Skills). Globally, there were no significant differences between the PMH of men and women, although the analysis by factors showed that women scored higher on F2 (Prosocial Attitude) and F6 (Interpersonal Relationship Skills), while men scored higher on F1 (Personal Satisfaction) and F3 (Self-control).

In summary, the specific type of chronic physical health problem suffered do not appear to influence the level of positive mental health. This is an important finding in that it suggests that such chronic diseases do not in themselves impact negatively on a person's mental

health, although neither do they improve it. However, health status (high consumption of medication and the need for daily analgesia) does influence the level of positive mental health. This suggests that the key aspect is not the type of chronic health disease but, rather, the way in which the problem develops and the therapeutic approach it requires. As such, it is vital to develop strategies for maximizing the care and self-care of health (both physical and mental) so that people with chronic health diseases can maintain an optimal mental and physical status. In this regard, there is a need for longitudinal studies with larger samples in order to explore further the extent to which positive mental health is determined by the development of a physical health disease.

#### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

#### Authors' contributions

TLL, MP, JR and CF designed the study and methodology. ES picked up the sample. PMH-Research Group provided support in the conceptual process. All authors read and approved the final manuscript.

#### Authors' information

Positive Mental Health Research Group (PMH-RG) is comprised of the following members: Albacar N, Broncano M, Falcó A, Gelabert S, Lleixà MM, Mantas S, Miguel MD, Pulpón A, Sanromà M, Sequeira C, Solà M.

#### Funding

This research received financial support from the Research Commission of The Health Science Campus of Bellvitge. University of Barcelona (Catalonia, Spain).

#### Author details

<sup>1</sup>Mental Health Sciences Department, School of Nursing, University of Barcelona, Campus of Health Sciences, Feixa Llarga, s/n, 08907-Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain. <sup>2</sup>Primary Health Care, Neighbourhood Latino Santa Coloma de Gramanet, Catalan Institute for Health, Barcelona, Spain. <sup>3</sup>Campus Docent, Sant Joan de Déu-Fundació Privada, School of Nursing, University of Barcelona, Barcelona, Spain. <sup>4</sup>CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental), Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain. <sup>5</sup>Faculty of Nursing, Rovira i Virgili University of Tarragona, Tarragona, Spain.

Received: 23 February 2013 Accepted: 2 October 2013

Published: 5 October 2013

#### References

- Herman H, Saxena S, Moodie R: *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne*. Geneva: World Health Organization; 2005.
- European Commission: *Health Consumer Protection. Directorate-General. Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels: European Commission; 2005.
- World Health Organization: *Policies and practices for mental health in Europe*. Copenhagen: World Health Organization; 2008.
- World Health Organization: *Mental health: facing the challenges, building solutions. report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen: World Health Organization; 2005.
- World Health Organization: *Mental health and Development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Copenhagen: World Health Organization; 2010.
- Herman H, Jané-Llopis E: **Mental health promotion in public health**. *Promot Educ* 2005, **12**(2):42–47.
- World Health Organization: *Summary report: Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Saxena S, Jané-Llopis E, Hosmn C: **Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options**. *World Psychiatry* 2006, **5**(1):5–14.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009–2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut: *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010.
- World Health Organization: *Strengthening mental health promotion. Fact Sheet nº 220*. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Barry MM: **Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice**. *I J Mental Health Promotion* 2009, **11**(3):4–17.
- Lluch M: **Concepto de salud mental positiva: factores relacionados**. In *Recursos y programas para la salud mental. Enfermería Psicosocial II*. Edited by Fornes J, Gómez J. Madrid: Fuden; 2008:37–69.
- Public Health Agency of Canada: *The human face of mental health and mental illness in Canada 2006*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2006.
- Cowen EL, Kilmer RP: **Positive psychology: some plusses and some issues**. *J Community Psychol* 2002, **30**(4):449–460.
- Kovess-Masfety V, Murray M, Gureje O, et al: **Evolution of our understanding of positive mental health**. In *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO; 2005:35–46.
- Bradburn NM: *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine; 1969.
- Antonovsky A: **The salutogenic model as a theory to guide health promotion**. *Health Promot Int* 1996, **11**(1):11–18.
- Scheier MF, Caver C: **Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies**. *Health Psychol* 1985, **4**(3):219–247.
- Peterson C, Seligman MEP: *Character strengths and virtues. A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- Rutter M: **Implications of resilience concepts for scientific understanding**. *Ann N Y Acad Sci* 2006, **1094**:1–12.
- Dupuy HJ, Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elison J: **The Psychological Well-Being (PGWB) Index**. In *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. New York: Le Jacq Publishing; 1984:184–188.
- Ryff CD, Keyes LM: **The structure of psychological well-being revisited**. *J Pers Soc Psychol* 1995, **69**(4):719–727.
- Scheier MF, Carver CS: **Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health**. *J Pers* 1987, **55**:169–210.
- Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, Hiller L, Joseph S, Parkinson J, Secker J, Steward-Brown S: **The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation**. *HQLO* 2007, **5**:63.
- Lehtinen V, Sholman B, Kovess-Masfety V: **Level of positive mental health in the European union: results from the eurobarometer 2002 survey**. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005, **1**(9). Published online 2005 July 21. doi:10.1186/1745-0179-1-9.
- Cronbach LJ, Meehl PE: **Construct validity in psychological tests**. *Psychol Bull* 1955, **52**:281–302.
- Jahoda M: *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books; 1958.
- Wright L: **Components of positive mental health**. *J Consult Clin Psychol* 1971, **36**(2):277–280.
- Duncan CB: **A reputation test of personality integration**. *J Pers Soc Psychol* 1966, **3**(5):516–524.
- Meltzer H: **Development of common instruments for mental health**. In *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. Edited by Norsikov A, Gudex C. Amsterdam (The Netherlands): IOS Press; 2003:35–60.
- European Commission: *Eurobarometer 58.2. The mental health status of the European population*. Brussels: European Commission; 2003.
- European Commission: *Mental Well-being. Special Eurobarometer 248 / Wave 64.4*. Brussels: European Commission; 2006.

35. European Commission: *Mental Health. Special Eurobarometer 345 / Wave 73.2*. Brussels: European Commission; 2010.
36. Brim OG, Ryff CD, Kessler RC: *How healthy are we? A national study of well-being at midlife*. Chicago: The University of Chicago Press; 2004.
37. Canadian Institute for Health Information: *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2009.
38. Canadian Institute for Health Information: *Recognizing and Exploring Positive Mental Health—Policy Dialogue: Synthesis and Analysis*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2011.
39. Vaingankar JA, Subramaniam M, Chong SA, Abdin E, Edelen MO, Picco L, Lim YW, Chua BY, Tee JY, Sherbourne C: **The positive mental health instrument: development and validation of a culturally relevant scale in a multi-ethnic asian population**. *HQLO* 2011, **9**(92):1–18.
40. Lluch MT: *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. University of Barcelona, Faculty of Psychology; PhD Thesis; 1999. <http://www.tdx.cat/TDX-0331104-104403/>.
41. Lluch MT: **Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva**. *Psicol Conductual* 2003, **11**(1):61–78.
42. Cronbach LJ: *Essentials of psychological testing*. Harper Row: Nueva York; 1990.
43. Goldberg D: *The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph*. London: Oxford University Press; 1972.
44. Nunnally JC, Bernstein IJ: *Psychometric theory*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill; 1994.
45. Amar J, Palacio J, Llinas H, Puerta L, Sierra E, Pérez AM, Velásquez B: **Calidad de Vida y salud mental positiva en menores trabajadores de toluviejo (quality of life and positive mental health in a young worker of toluviejo)**. *Suma Psicológica* 2008, **15**(2):385–403.
46. Ospino CM, Madariaga CA: *Caracterización de la salud mental positiva en menores trabajadores de un mercado público*. Digital Print of the Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia: Magister Thesis; 2009. <http://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/683>.
47. Sosa M: *Escala autoinformada de inteligencia emocional (EAIÉ): validación de la Escala de Inteligencia Emocional Autoinformada*. Universidad Complutense: PhD Thesis; 2009.
48. Lluch MT: *Decalogue of Positive Mental Health*. Barcelona: Digital Print of the University of Barcelona; 2011. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/20062>.
49. Raphael B, Schmolke M, Wooding S: **Links between mental and physical health and illness**. In *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne*. Edited by Herrman H, Saxena S, Moodie R. Geneva: WHO; 2005:132–147.
50. Keyes CLM: **Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health**. *J Consult Clin Psychol* 2005, **73**(3):539–548.
51. Jané-Llopis E: **Mental health promotion: concepts and strategies for reaching the population**. *Health Promot J Austr* 2007, **18**:191–197.
52. Lucas R: *Versión española del WHOQOL-BREF*. Madrid: Ergon; 1998.
53. Cohen J: *Statistical power analysis for the behavioral science*. 2nd edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
54. Mroczek DK: **Positive and negative affect at midlife**. In *How healthy are we? A national study of well-being at midlife*. Edited by Brim OG, Ryff CD, Kessler RC. University of Chicago Press, MIDUS: University of Chicago Press; 2004:205–226.
55. Public Health Agency of Canada: *Report from the Canadian Chronic Disease Surveillance System: Hypertension in Canada, 2010*. Ottawa: Centre for Chronic Disease Prevention and Control; 2010.
56. World Health Organization: *World Health Statistics, 2012*. Geneva: World Health Organization; 2012.
57. Ramage-Morin PL, Shields M, Martel L: **Health-promoting factors and good health among Canadians in mid-to late life**. *Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-XPE. Health Reports* 2010, **21**(3):1–9.
58. Puig M: *Cuidados y calidad de vida en Vilafranca del Penedès: Los mayores de 75 y más años atendidos por el servicio de atención domiciliaria y sus cuidadores familiares*. Universidad de Barcelona: PhD Thesis; 2009. <http://www.tesisenred.net/handle/10803/2873>.
59. Haller M, Hadler M: **How social relations and structures can produce happiness and unhappiness. A international comparative analysis**. *Soc Indic Res* 2006, **75**:169–216.
60. McCrae RR, Costa PT: *Personality in Adulthood: A Five-factor Theory Perspective*. New York: Guilford Press; 2003.
61. Lahey BB: **Public health significance of neuroticism**. *Am Psychol* 2009, **64**:241–256.
62. Keyes C, Dhingra S, Simoes E: **Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness**. *Am J Public Health* 2010, **100**(12):2366–2371.
63. Korte J, Bohlmeijer ET, Smit F: **Prevention of depression and anxiety in later life: design of a randomized controlled trial for the clinical and economic evaluation of a life-review intervention**. *BMC Public Health* 2009, **9**:250.

doi:10.1186/1471-2458-13-928

**Cite this article as:** Lluch-Canut et al.: Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health* 2013 **13**:928.

**Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:**

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at  
[www.biomedcentral.com/submit](http://www.biomedcentral.com/submit)

