Compañera, ¿y a ti quién te cuida? Programa de promoción de la salud mental basado en el modelo de activos para la salud: ensayo clínico aleatorizado

Pascual Meléndez, Raquel

### Introducción

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud, tanto es así que sin salud mental no hay salud (1). En estos momentos, parece complejo encontrar una definición universal y totalmente aceptada.

Desde una visión positiva se intenta definir la salud mental a través de la salud general (2). Esta perspectiva concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona, por tanto, defiende que se ha de promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (3).

En 2020, el Año Mundial de la Enfermería, se produce a nivel mundial una pandemia provocada por la infección del SARS-CoV-2 ocasionando una crisis global que ha expuesto la fragilidad de los sistemas de salud. En este proceso, los profesionales de enfermería han desempeñado un papel protagonista e imprescindible. Sin embargo, esto no sólo está dejando secuelas físicas sino también emocionales (4).

En la actualidad, la salud mental del colectivo enfermero está siendo mermada por diversas circunstancias. El compromiso emocional de los profesionales con las personas a las que atienden puede generar un coste del cuidado, este concepto en la literatura se describe de diversas maneras como fatiga por compasión, trastorno de estrés postraumático o traumatización vicaria. Además, las condiciones laborales precarias, la escasez del personal, la

sobrecarga asistencial y las largas jornadas de trabajo juegan un papel importante para el desarrollo de problemas de salud mental (4,5,6).

En España, el estudio realizado por el Consejo General de Enfermería "Radiografía de la situación profesional y emocional de la profesión enfermera" (7) muestra que el 84,7% de los profesionales encuestados reconoce que la pandemia les ha provocado "bastante o mucho" impacto psicológico. Un tercio de ellos (33,0%) confirman haber sufrido depresión, algo más de dos terceras partes (67,5%) episodios graves de ansiedad y 6 de cada 10 insomnio (58,6%). Estas cifras resultan preocupantes si además se añade que el 46,5% del colectivo enfermero ha pensado en algún momento en dejar la profesión.

Para intentar evitar que esto ocurra han de producirse acciones políticas y sociales dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los profesionales enfermeros para acentuar el control sobre los determinantes que afectan a la salud mental e incrementarlos. Es decir, trabajar en programas de promoción de la salud mental.

En el presente, uno de los marcos teóricos para el desarrollo de estrategias de promoción de la salud es el modelo salutogénico de Aaron Antonovsky. En su significado más general, la salutogénesis se refiere a una orientación académica donde la atención se localiza en el estudio de los orígenes de la salud y los activos para la salud, contra los orígenes de la enfermedad y los factores de riesgo (8).

En su significado más restringido, la salutogénesis se equipará con una parte del modelo; el sentido de coherencia (SOC). Éste es el corazón de la salutogénesis. Una distinción útil entre ambos sería que la orientación en relación con la salutogénesis se refiere al interés de los académicos en el estudio de los orígenes de la salud. Mientras que, la orientación en relación con el sentido de coherencia se fija en la capacidad que tiene cada individuo en emplear recursos para enfrentarse a factores estresantes de la vida (8).

El SOC es definido como una orientación dinámica y perdurable que expresa hasta qué punto una persona puede lidiar con un factor estresante. Para ello,

es imprescindible que el sujeto entienda de forma clara el problema en cuestión (la comprensibilidad), así como, de que se sienta con la capacidad y confianza porque presenta "[...] en sus propias manos o en manos de otros legítimos" los recursos adecuados para hacer frente al estresor (la manejabilidad) y, vea la vida como algo digno de ser vivida proporcionándole fuerza motivacional (la significatividad) (8,9,10).

Antonovsky explica por qué la gente cuando es sometida alguna situación de tensión es capaz de movilizar recursos de resistencia generales y específicos para afrontarla con éxito (11). Por eso, el sentido de coherencia se postula como una orientación personal, en el sentido de actitud o predisposición, que convierte la información sobre estresores y recursos en respuestas de afrontamiento (12).

Según el modelo salutogénico, tanto las enfermedades, los sufrimientos, los trastornos y los problemas mentales se conceptualizan como desafíos de salud mental. Antonovsky, hizo hincapié en el empleo de la palabra desafíos en lugar de factores estresantes, conflictos o problemas ya que, estos términos implican carga no deseable. Mientras que, el término desafío se centra menos en la enfermedad y anima a tener en cuenta que, a pesar de padecer un problema de salud mental, siempre hay algún nivel de salud y recursos presentes que puede ser reconocidos, utilizados y nutridos (13,14,15).

En pocas palabras, la teoría salutogénica pone énfasis en aquello que genera salud siendo el sentido de coherencia una orientación vital y centrándose en dar valor a lo que se ha denominado activos para la salud (16).

Un activo para la salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar, así como ayudar a reducir las desigualdades sanitarias. Estos activos pueden ser recursos humanos, sociales, físicos o medioambientales. Y, pueden operar a nivel intrapersonal como el autocuidado, la resiliencia o la autoestima, a nivel interpersonal como la familia nuclear, la pareja o la red de amistad y a nivel extrapersonal como

sería un parque, un grupo de espiritualidad o una asociación de vecinos (16,17).

Por tanto, el Modelo de Activos para la Salud (MAS) desarrollado por Morgan y Ziglio establece un marco sistemático y conceptual coherente para la aplicación de soluciones para la salud. Utiliza un abordaje mediante el cual pretende acentuar las habilidades positivas para identificar dificultades y poner en marcha soluciones de forma conjunta, lo que estimula la autoestima de las personas y logra una mayor independencia de los servicios profesionales (17,18).

Estima

Hospital, dependencia

Soluciones positivas

Recurso profesional

Capacidad, habilidad, talento

Ilustración 1. Perspectivas de los modelos de activos y del déficit.

**EL MODELO DE ACTIVOS** 

Fuente: Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública (16).

EL MODELO DEL DÉFICIT

Un activo para la salud intrapersonal relevante es el autocuidado definido como una conducta humana o un comportamiento social y cultural aprendido que tiene las características de acción intencionada y se produce cuando las personas destinan acciones para cuidarse a sí mismas y, además influyen en los factores internos y externos de las situaciones vitales para regular su propio funcionamiento (18).

El constructo conceptual nace en la Teoría General de Autocuidados de Dorothea Orem (1993) y establece que la habilidad de ocuparse del autocuidado es de complejo desarrollo y la denominó capacidad de autocuidado. El cuidado integral que defiende la teoría sitúa a la enfermería, y al rol que ejerce, como pilar fundamental, cuya meta según Orem, es ayudar a las personas a que puedan conseguir el máximo grado de estado de salud. Por consiguiente, las enfermeras deben pensar y actuar bajo el mismo prisma de autocuidado como punto focal (19).

Dado lo anterior, resulta interesante la relación entre la capacidad de autocuidado y otros constructos como es el sentido de coherencia. La investigación propuesta por Baker y Denyes (20) demostró que existen predictores de la capacidad de autocuidado que se clasificaban en dos, las condiciones básicas y el sentido de coherencia.

Las personas que presentaban un nivel de SOC elevado tenían una mejor capacidad para efectuar operaciones de autocuidado. Los resultados de la investigación se extrapolaron a la potencialidad del SOC como predictor de la disposición a la capacidad de autocuidado universal. De esta manera surgió un modelo explicativo entre ambos.

No se han encontrado estudios que promuevan la salud mental en el colectivo enfermero basándose en el modelo de activos para la salud. Sin embargo, muchos autores coinciden en la importancia de crear programas para aumentar el sentido de coherencia y autocuidado de los profesionales de enfermería. Ya que, de este modo se podría potenciar el cuidado de la salud mental y se elevaría el compromiso con el propio trabajo, con la institución y con la creación de equipos más involucrados (21,22).

Además, estudios que han evaluado el impacto de intervenciones enfocadas en la promoción de la salud basadas en el modelo de activos coinciden que éstas son eficaces.

El ensayo clínico aleatorizado de Riera-Sampol et al. (23) demostró que la intervención multifactorial dirigida por enfermeras de atención primaria basada

en los activos para la salud y la entrevista motivacional aumentó la adherencia a la prescripción de actividad física en pacientes con dos o más factores de riesgo cardiovascular pertenecientes al grupo intervención respecto a los del grupo control.

El estudio de Vives-Casos et al. (24) llevó a cabo el programa Lights4Violence en el que promovían los activos para la salud frente a la violencia de género en los adolescentes matriculados en secundaria de varios países europeos. Tras la implementación de sus intervenciones educativas en el grupo de intervención, obtuvieron que éstas fueron eficaces e invitaron a emplear su estudio como herramienta para replicar la experiencia en otros contextos y países.

También, la investigación de Clarke et al. (25) que consistió en conocer la viabilidad de aplicar una intervención basada en activos, antes y después del nacimiento para mejorar la lactancia materna, demostró al evaluar el proceso, que la proporción de mujeres que seguían dando lactancia materna era sistemáticamente mayor en el grupo intervención que en el grupo control.

### 2 Justificación

Las condiciones laborales de la profesión enfermera junto con las consecuencias ocasionadas por la pandemia han tenido un impacto demoledor en las enfermeras que trabajan en España. El creciente número de personas de este colectivo que está desarrollando problemas de salud mental pone de manifiesto la necesidad de intervenir para solventarlo. Por este motivo, el presente estudio pretende evaluar un programa de promoción de la salud mental en base a los activos para la salud del colectivo enfermero que les proporcione herramientas para potenciar sus recursos que podrían ser de utilidad en diferentes situaciones de estrés y desbordamiento emocional.

## **Objetivos**

Objetivo principal

• Evaluar la efectividad en el sentido de coherencia y capacidad de autocuidado de un programa de promoción de la salud mental basado en el modelo de

activos para la salud dirigido al colectivo enfermero de un hospital de tercer nivel.

Objetivos secundarios

- Determinar el nivel de sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado del profesional de enfermería para cada uno de los dos grupos, experimental y control, e identificar los resultados por género, grupos de edad, nivel de estudios, unidad de trabajo y años de experiencia laboral.
- Identificar las posibles asociaciones entre las variables sociodemográficas y laborales, el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado del profesional de enfermería.
- Identificar los activos para la salud del colectivo enfermero.

Hipótesis

- 1. El nivel de sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado del colectivo enfermero aumentará tras el desarrollo de un programa de salud mental basado en el modelo de activos respecto al grupo control.
- 2. El profesional de enfermería que trabaja en un hospital de tercer nivel presentará un nivel medio tanto de sentido de coherencia como de capacidad de autocuidado.
- 3. El sentido de coherencia, y sus tres componentes, correlacionarán positivamente con la capacidad de autocuidado.

Metodología

Diseño del estudio y enfoque

Ensayo clínico aleatorizado, paralelo y abierto. En el grupo experimental (Ge) se llevará a cabo la intervención, es decir, la aplicación de un programa de promoción de la salud mental basado en el modelo de activos para la salud. El grupo control (Gc) no recibirá la intervención.

Población, muestra y reclutamiento

Población

Personas que posean el título de diplomado universitario o grado en Enfermería y desarrollen su ejercicio profesional en un hospital de tercer nivel

y además cumplan con los criterios de inclusión y exclusión que se describirán
con posterioridad.
Criterios de inclusión:
□ Encontrarse en activo laboralmente.
□ Desarrollar la actividad profesional principal en el hospital.
□ Formar parte del personal asistencial del hospital.
$\hfill \square$ Poseer la capacidad funcional necesaria para la participación en el estudio.
$\ \square$ Estar dispuesto a participar libremente en el estudio una vez hayan sido
informados.
Criterios de exclusión:
□ Estudiantes y/o profesionales en períodos de "reciclaje" o en prácticas.
□ Encontrarse en situación de baja laboral.
$\hfill \square$ Formar parte del personal administrativo, investigador o docente del hospital.
□ Presentar algún problema de salud mental y/o algún problema de adicción
diagnosticado por un facultativo en los últimos dos años.
□ Asistir a psicoterapia o alguna formación relacionada con el bienestar
emocional en el momento de la intervención.

### Muestra

De acuerdo con los datos proporcionados por el Grupo de Investigación Epidemiológica Clínica y Servicios Sanitarios de un hospital de tercer nivel, en el año 2021-2022 se determinó que la población accesible estaba compuesta por 1258 participantes.

Se asume una variabilidad de ambos cuestionarios de un 20% (coeficiente de variación superior a los valores encontrados en la literatura) que implica una desviación típica de ±12, y fijando la diferencia a detectar entre ambos grupos al final, en poco más de 9 puntos. Así mismo con un diseño estimado perfectamente equilibrado y con posibles pérdidas no superiores a un 10%, el número total de casos a reclutar deberá ser de 60 individuos repartidos 30 para el Ge y Gc.

Los datos más técnicos para reproducir esta justificación son los valores empleados por convenio, error de tipo I del 5% ( $\alpha$  = 0.05), aproximación bilateral, error de tipo II del 20% ( $\beta$  = 0.20), por tanto, una potencia mínima del 80% (Granmo 7.12).

#### Reclutamiento

La captación de los participantes se hará de forma telemática enviando la información a través del correo electrónico del hospital. Será el equipo investigador de este estudio quien valore si cumple con los criterios de selección y una vez firmado el consentimiento informado, se procederá con el proceso de aleatorización.

Dicho proceso se realizará empleando el programa Epidat para asignar a los participantes en uno de los dos grupos: grupo experimental y grupo control, ambos del mismo tamaño. La aleatorización de los participantes se realizará de forma simple empleando una tabla de secuencia aleatoria generada con un diseño de 2 bloques equilibrados (GraphPad Software, Inc., CA, USA). El equipo investigador generará la lista de aleatorización y aleatorizará a los participantes incluyéndolos en uno de los dos grupos mediante la lista de secuencia aleatoria.

#### Variables

### Variables principales:

□ Sentido de coherencia. Se evaluará a través del Cuestionario Orientation to Life Questionnaire-13 Ítems OLQ-13 (26) compuesto por 13 ítems, de los cuales, 5 hacen referencia a la comprensibilidad, 4 a la manejabilidad y 4 a la significatividad. Cada respuesta, está formada por siete opciones, representadas en una escala tipo Likert, de 1 a 7, que van del "siempre", "muy a menudo" hasta "rara vez" o "nunca". De los 13 ítems, 5 tienen un puntuaje inverso (1, 2, 3,7 y 10). Por ello, antes del análisis de datos, para que todas las respuestas tengan una misma dirección con relación al significado de su respuesta a la hora de correlacionarlas, se han de invertir estos 5 ítems. La puntuación mínima que permite obtener el instrumento es 13, la máxima 91 y

La intervención consiste en un programa de promoción de la salud mental basado en el modelo de activos para la salud. Se desarrollará a lo largo de

nueve sesiones grupales, enfocadas a fortalecer los supuestos activos para la salud del colectivo enfermero con la finalidad de promover la salud mental desde una visión positiva de la adopción de habilidades para la vida y favorecer el bienestar a nivel individual, grupal y social.

Al no encontrar bibliografía que describa cuáles son los activos para la salud del colectivo enfermero éstos se deducirán en base a los activos generales identificados en otras poblaciones (28,29,30,31,32,33,34). También servirán de guía trabajos cuyos autores principales fueron Teixeira, S., Sequeira, C., Lluch-Canut (35,36).

Las intervenciones serán dirigidas por dos enfermeras especialistas en salud mental y, se impartirán con una frecuencia semanal y una duración de 90 minutos cada una, aplicándose a grupos cerrados de un máximo de 15 personas. Por tanto, se obtendrán dos grupos experimentales (GeA y GeA') y dos grupos control (GcB y GcB'). Sin embargo, para la parte estadística se mantendrán dos grupos, experimental y control (Ge y Gc).

En cada sesión se repartirá un folleto informativo sobre lo que se tratará durante la sesión, siendo estas teóricas y/o prácticas. Los objetivos y actividades de cada una de las sesiones se describirán a continuación.

. Tabla 1. Diseño de un programa de promoción de la salud mental basado en el modelo de activos para la salud.

Sesión	Contenido	Objetivos	Resultados deseados	
1	Conceptual	Presentar los supuestos básicos de la teoría salutogénica  Conocer el enfoque de la intervención y la estructura, así como a los participantes del grupo	Establecimiento del primer contacto con los participantes  Adquirir los conceptos básicos	
2	La salud como un continuo	Centrarse en avanzar hacia el polo de la salud  Introducción de la metáfora de la corriente de la vida	Aumento de la aceptación del propio potencial y de la capacidad de afrontamiento	
3	Buenas relaciones	Ser consciente de cómo las relaciones sociales pueden afectar a la calidad de vida y al afrontamiento  Practicar estilos de comunicación eficaces  Desarrollar la aceptación de los demás y de los hechos sociales distintos	Ser consciente de los puntos fuertes y de los recursos de afrontamiento en las relaciones personales existentes  Considerar el valor de ser activo y asumir la responsabilidad de las propias decisiones	
4	Los elogios	Atreverse a abrirse y percibir retroalimentación positiva	Prestar atención a los buenos sentimientos internos y ser consciente de lo que genera	
5	El estrés y la tensión como promotores de la salud	Examinar los desafios apropiados  Universalizar la sensación de tensión  Entrenar en el método de relajación autogénico de Schultz	Mejorar el afrontamiento Incrementar la resistencia al estrés	
6	Cómo hacer frente a los sentimientos como la rabia, frustración o tristeza	Promover la expresión de sentimientos  Aceptar y tomar en cuenta los aspectos naturales de los sentimientos  Ser consciente de lo que ocurre cuando están presenten	Aumentar de la tolerancia a los distintos sentimientos	
7	Autoeficacia	Desarrollar las capacidades de los participantes en autorregulación, simbolización, aprendizaje vicario, previsión y autorreflexión (10)	Aumentar la percepción de la comprensibilidad, la manejabilidad y el significado; mejorar el sentido de coherencia	
8	Factores que promueven la salud	Prestar atención a lo que actualmente funciona bien en la vida de los participantes Identificar los activos para la salud de los participantes Favorecer la autoconfianza	Aumentar la percepción de la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad Mejorar el sentido de coherencia Aumento de la percepción de la calidad de los activos para la salud	
9	Empoderamiento	Resumen mediante el cual se evalúa el programa en su conjunto  Ecci back de los activos para la salud identificados  Promover en general los activos para la salud identificados	Experimentar los activos para la salud identificados	

Durante la sesión número 8 se identificarán los activos para la salud de los participantes mediante la formación de dos grupos de discusión compuesto por las 15 personas pertenecientes a cada uno de los grupos experimentales (GeA y GeA'). Así se generará una interacción libre entre ellos y se podrá entender los múltiples significados y realidades de ambos grupos.

Durante este proceso, el moderador que será una persona experta en el ámbito realizará una serie de cuestiones a los participantes que, en general, se basarán en conocer cuáles son los activos que creen que les generan salud mental (38).

### Recogida de datos

Una vez seleccionada la muestra para los grupos (Ge y Gc) de forma aleatoria, se enviarán el cuestionario OLQ-13(26) y ASA-S (27) junto con la información sobre las variables sociodemográficas y laborales de interés, a todos los participantes por correo electrónico siete días antes del denominado día 1, día en el que se comenzará la intervención en el grupo experimental. Este mail se redactará en las dos lenguas oficiales de la comunidad, en él se explicará el procedimiento a seguir para la correcta implementación de los cuestionarios y además se adjuntará el contacto telefónico y electrónico del equipo investigador, así como la dirección url de los cuestionarios que medirán el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado. Para evitar demoras en las respuestas se redactará otro correo a modo de recordatorio que será reenviado a las personas que no respondiesen después del primer contacto. Los dos cuestionarios se volverán a enviar, exactamente siguiendo el mismo proceso anterior, siete días después del día 9, día en el que finalizará la intervención en el grupo experimental, para comparar los resultados obtenidos pre y post intervención. Del mismo modo, se hará una comparación de los datos conseguidos en los participantes que hayan recibido la intervención con los datos de las pertenecientes al grupo control.

La persona encargada de la recolección de los datos será diferente a la que lleve el programa grupal con el objetivo de que no interfiera en los resultados.

#### 5.6 Análisis de datos

Una vez obtenidos los resultados se realizará el proceso de análisis mediante el paquete estadístico IBM SPSS V.26. En todos los casos, el nivel de significación será el usual del 5% ( $\alpha$  = 0,05). Se basará en:

- Análisis descriptivo de todas las variables a estudio. Para las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión (desviación típica) así como los máximos y los mínimos. Para las variables cualitativas se empleará una distribución de frecuencias con sus intervalos de confianza (95%).
- Análisis de relación entre las posibles covariables en relación con la respuesta en el nivel del sentido de coherencia y capacidad de autocuidado se definirán modelos de regresión múltiple.
- Análisis de la relación entre las puntuaciones totales del cuestionario OLQ-13
   y ASA-S mediante el coeficiente de correlación de Pearson.
- Análisis para evaluar el programa siendo las respuestas variables cuantitativas. Se comparará la respuesta entre programa "si" (grupo experimental) y programa "no" (grupo control) empleando la prueba de la t de Student. En el supuesto que hubiera diferencias sería interesante evaluar qué ítems están más involucrados, para conocer esto se haría la comparación de cada uno de los ítems empleando el test de Wilcoxon-Mann-Whitney.
- Análisis de las diferencias significativas entre los resultados de ambos cuestionarios entre los momentos pre y post intervención. Para ello, se realizará el test de ANOVA de dos factores (análisis de la varianza). Como factores tendríamos: el tiempo, evolución (pre-post) y dos niveles de medidas repetidas grupo Ge y grupo Gc. De este análisis se obtendrán 3 significaciones (p-valores), uno para el factor tiempo, otro para el factor grupo, y finalmente el último para la interacción entre ambos factores que responderá a si la evolución del grupo experimental es diferente a la evolución del grupo control. Por otra parte, para el análisis de la información recogida en la sesión 8 se hará siguiendo la metodología cualitativa. Es decir, se enumerarán los activos

para la salud y posteriormente se elaborarán las categorías correspondientes a los conceptos objetivadores, que en este caso corresponderán a los activos y sus diferentes tipologías internas. Estas categorías se confeccionarán tomando como base los trabajo de Aviñó,D et al (39) y como ejemplos de categorización de activos a Vera,E et al. (40).

Después se organizarán por etiquetas. Los hallazgos encontrados serán de gran utilidad por lo que se realizará una devolución del proceso de identificación de activos a nivel grupal en la última sesión del programa. En un futuro estos activos podrían ser una herramienta de gran utilidad que facilite la reflexión y la discusión sobre las fortalezas del profesional enfermero y poder evitar problemas de salud mental buscando posibles soluciones.

### Cronograma de actividades

En la siguiente tabla, se muestra el cronograma de actividades que se llevará a cabo a lo largo de todo el estudio de investigación. A través de éste se pretende indicar el período de tiempo en que se desarrollarán las distintas actividades.

Tabla 2. Cronograma de actividades.

	20 айо					
ACTIVIDADES	Mes 12-14	Mes 14-16	Mes 16-19	Mes 19-23	Mes 23-24	
Envío del						
estudio al						
Comité de Ética						
Preparación de						
la puesta en						
marcha						
Recogida de						
datos						
Análisis e						
interpretación						
de datos						
Verificación y						
divulgación de						
los resultados	2022					

Fuente: Elaboración propia. 2022

### **Desarrollo**

Resultados

El presente proyecto de investigación no tiene resultados puesto que todavía no se ha llevado a cabo.

### Aspectos éticos

En primer lugar, se solicitará la evaluación del estudio al Comité Ético de Investigación Clínica del hospital de tercer nivel. Teniendo los principios éticos para la investigación médica descritos en la Declaración de Helsinki, se entregará el consentimiento informado con el objetivo de que los sujetos decidan de forma voluntaria la participación en el estudio.

Según la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales(41) todos los sujetos participantes en el estudio tendrán una garantía de confidencialidad. Además, es importante resaltar que las participantes pueden abandonar voluntariamente el ensayo en el momento que lo deseen. Por último, en caso de confirmarse la efectividad del programa, una vez concluido el estudio se brindará a los sujetos del grupo control la posibilidad de beneficiarse de la intervención ofrecida a los participantes del grupo experimental.

### **Conclusiones**

Si se confirmaran las hipótesis del estudio, este programa podría ser de gran utilidad para abogar por acciones salutogénicas que promuevan la salud y bienestar emocional de los profesionales de enfermería. Si es así, las organizaciones podrían valorar la posibilidad de incluirlo en la formación transversal de los hospitales para fortalecer las conductas psicosociales positivas, autorreflexivas, empoderas y, en definitiva, saludables del colectivo enfermero.

De esta manera, este programa basado en el modelo de activos para la salud podría ser una estrategia para la prevención de agentes estresores personales y propios de la profesión enfermera, conservando la salud mental del colectivo y convirtiéndolos en personas generadoras de salud, más implicadas en su propio cuidado y en el de los demás.

### Bibliografía

- 1. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]. [cited 2021 septiembre 15. Available from: http://www.who.int/es/.
- 2. Calvo Tudela PS, Rodríguez JLN. Herramientas para la práctica en atención familiar: escala OLQ. Fundesfam. 2016 Octubre; 11(2).
- 3. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science and Medicine. 1993; 36(6).
- 4. Domínguez-Gómez E, Rutledge DN. Prevalencia de estrés traumático secundario entre enfermeras de urgencias. J Emerg Nurs [Internet]. 2009;35(3):199–204; prueba 273–4. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003
- 5. Leinweber J, Rowe HJ. Los costos de "estar con la mujer": estrés traumático secundario en partería. Partería [Internet]. 2010;26(1):76–87. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.003
- 6. Mollart L, Skinner VM, Newing C, Foureur M. Factores que pueden influir en el estrés y el agotamiento relacionados con el trabajo de las parteras. Nacimiento de mujeres [Internet]. 2013;26(1):26–32. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.08.002
- 7. CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Codem.es. [citado el 2 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.codem.es/noticias/macroencuesta-cge-situacion-insostenible-enfermeras-85-ha-visto-afectada-su-salud-mental-por-pandemia-y-mitad-se-plantea -abandonar.
- 8. Mittelmark MB, Eriksson M, Pelikan JM, Espnes A, Sagy G, Bauer S. The Handbook of Salutogenesis. Springer; 2017.
- 9. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. Londres, Inglaterra: Jossey-Bass; 1979.
- 10. Antonovsky A. A somewhat personal odyssey in studying the stress process. Stress Medicine. 1990;6(2).

- 11. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International. 1996; 11(1).
- 12. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well.1st ed.ed. San Francisco, Calif.:Jossey-Bass;1987.
- 13. Antonovsky A. The life cycle, mental health and the sense of coherence. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 1985; 22(4): p. 273-280.
- 14. Berger H. Health promotion- a change of paradigm in psychiatry. Psychiatric Praxis. 2003; 30: p. 14-20.
- 15. Langeland E. Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems: an intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis. [Tesis doctoral]. Section for Nursing Science, The University of Bergen; 2007.
- 16. Hernán M, Morgan A, Mena ÁL. Formación en salutogénesis y activos para la salud (EASP) EAdSP, editor.: Springer; 2010.
- 17. Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, CB, Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en explosión locales? Gaceta Sanitaria, 30, 93–98. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004
- 18. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ [Internet]. 2007;Suppl 2(2\_suppl):17–22. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/10253823070140020701x
- 19. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. 1993.
- 20. Baker LK, Denyes MJ. Predictors of self-care in adolescents with cystic fibrosis: a test of Orem's theories of self-care and self-care deficit. J Pediatr Nurs [Internet]. 2008;23(1):37–48. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2007.07.008
- 21. Sanitaria EG. Salutogénesis, sentido de coherencia y capacidad de autocuidado como estrategias para mejorar la satisfacción de la ciudadanía con el sistema sanitario [Internet]. Campusgacetaeasp.es. [cited 2021 diciembre 19]. Available from:

- https://www.campusgacetaeasp.es/bloginvitado/2017/08/03/salutogenesis-sentido-de-coherencia-y-capacidad-de-autocuidado-como-estrategias-para-mejorar-la-satisfaccion-de-la-ciudadania-con-el-sistema-sanitario/
- 22. Malagon-Aguilera MC, Suñer-Soler R, Bonmatí-Tomas A, Bosch-Farré C, Gelabert-Vilella S, Juvinyà-Canal D. Relationship between sense of coherence, health and work engagement among nurses. J Nurs Manag [Internet]. 2019;27(8):1620–30. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12848
- 23. Riera-Sampol A, Bennasar-Veny M, Tauler P, Aguilo A. Effectiveness of physical activity prescription by primary care nurses using health assets: A randomized controlled trial. J Adv Nurs [Internet]. 2021;77(3):1518–32. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/jan.14649
- 24. Vives-Cases C, Davo-Blanes MC, Ferrer-Cascales R, Sanz-Barbero B, Albaladejo-Blázquez N, Sánchez-San Segundo M, et al. Lights4Violence: a quasi-experimental educational intervention in six European countries to promote positive relationships among adolescents. BMC Public Health [Internet]. 2019;19(1):389. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-6726-0
- 25. Clarke JL, Ingram J, Johnson D, Thomson G, Trickey H, Dombrowski SU, et al. An assets-based intervention before and after birth to improve breastfeeding initiation and continuation: the ABA feasibility RCT. Public Health Res (Southampt) [Internet]. 2020;8(7):1–156. Available from: http://dx.doi.org/10.3310/phr08070
- 26. Eriksson M, la escala de sentido de coherencia de Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of rife systematic review. J Epidemiol Community Health. [Internet]. 2007 [citado el 20 de febrero de 2022];61(11):938–44. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17933950/
- 27. Evers, G. C., Isenberg, M. A., Philipsen, H., Brouns, G., Halfens, R, et al.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;1:p.130.
- 28. Pérez NC. Salutogénesis, capacidad de autocuidado y activos para la salud en enfermería. Un estudio exploratorio en estudiantes de cuidados auxiliares de enfermería. Universitat de València; 2017.
- 29. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Hanestad BR. Promoting coping: Salutogenesis among people with mental health problems. Ediciones Ment Health Nurse [Internet]. 2007;28(3):275–95. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/01612840601172627
- 30. Jané-Llopis E: Mental health promotion: concepts and strategies for reaching the population. Health Promot J Austr; 2007, 18:191–197.
- 31. Paredes-Carbonell JJ, Agulló-Cantos JM, Vera-Remartínez EJ, Hernán-García M. Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. Rev Esp Sanid Penit ;2013. [ Enlaces ]
- 32. Paredes-Carbonell JJ. Promoción de salud en el medio penitenciario. En: Colomer C, Alvarez-Dardet C. Promoción de salud y cambio social. Barcelona: Massón; 2001. pág. 173-89.
- 33. Martínez-Riera JR, López-Gómez J, Rico-Berbegal P, González L. Identificación de activos de salud según colectivos de la comunidad de la Universidad de Alicante. En: ISBN. Universidad de Alicante. Proyecto Universidad Saludable; 2017. p. 84.
- 34. Cantos JMA. Salutogénesis, sentido de la vida, percepción de salud y activos para la salud en cuidadores formales e informales de enfermos de Alzheimer: un estudio exploratorio desde la terapia ocupacional; 2017 [citado el 4 de marzo de 2022]; Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/255edb62229f289532f045184d1df0b0 43d2624e
- 35. Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. Programa de promoción de la Salud Mental Positiva para adultos (Mentis Plus+): manual de apoyo. Barcelona:

- Universitat de Barcelona; Deposito Digital, Colección OMADO; 2021. (http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/2)
- 36. 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.
- 37. Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. ¿Qué mantiene a la gente sana? El estado actual del debate y la relevancia del modelo salutogénico de salud de Antonovsky. Investigación y práctica de la promoción de la salud, volumen
- 4. Centro Federal de Educación para la Salud, Colonia;1999. Disponible: http://www.bzga.de
- 38. Cubillo Llanes J, García Blanco D, Cofiño R, Hernán-García M. Técnicas de identificación de activos para la salud. Aplicable a cada centro de salud. FMC Form Médica Contin Aten Primaria [Internet]. 2019;26(7):18–26. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2019.07.002
- 39. Aviño, D., Cofiño, R. y Paredes, J. Metodología para la construcción y dinamización de un mapa de Activos para la Salud. Seminario sobre Activos para la Salud, Universidad de Alicante, España; 2014.
- 40. Vera-Remartínez, E. J., Paredes-Carbonell, J. J., Aviñó Juan-Ulpiano, D., JiménezPérez, M., Araujo Pérez, R., Agulló-Cantos, J. M., & Mora Notario, A. Sentido de coherencia y mapa de activos para la salud en jóvenes presos de la Comunidad Valenciana en España. Global health promotion. 2016;12(2), 1-10.
- 41. BOE.es BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boe.es. [citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.boe.es//buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673